

Programmation wallonne

EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CE COMPRIS LA PRÉVENTION

Mise en oeuvre du Plan wallon de Promotion de la santé et de Prévention



Cette programmation n'aurait pu voir le jour sans de multiples contributeurs dont :

- Les Membres de la Task force
- L'équipe de ESPRIst ULiège
- L'équipe du RESO UCL
- L'équipe de Sciensano
- La Fédération wallonne de Promotion de la Santé, l'InterCLPS et les directeurs des CLPS wallons.
- Les représentantes du Cabinet de la Ministre régionale de la Santé Christie Morreale
- L'AVIQ, la Direction de promotion de la santé, la Direction de la recherche de la statistique et de la veille des politiques, la Direction transversale des finances, la Direction juridique.

Merci à toutes et tous.

NB : Par respect pour le RGPD, la liste détaillée des membres de la Task force est disponible sur demande à l'AVIQ .

Introduction : Mettre en œuvre le Plan wallon de Promotion de la Santé et Prévention pour faire de la Wallonie en environnement favorable à la santé et durable : une priorité de santé publique et politique !

Bien que moins visibles car il s'agit la plupart du temps d'un travail de deuxième ligne, les politiques de prévention et de promotion de la santé montrent leur caractère incontournable et leur efficacité en termes de santé publique, de préservation des systèmes de santé, de diminution des coûts liés aux soins et de réductions des inégalités sociales et de santé depuis de nombreuses années (Porcherie et al., 2017). Récemment, la lutte contre la COVID-19 a remis en exergue l'intérêt de ces politiques. En effet, la crise a touché tous les déterminants sociaux de la santé et montré, notamment, l'importance d'une bonne compréhension de l'information, de l'accessibilité aux matériels de prévention, des contacts sociaux, de l'alimentation de qualité, etc.

Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs protecteurs de la santé et garants de la qualité de vie des Wallons. Pour répondre à ces enjeux, une première version de la [Partie 2 du Plan Wallon de Prévention et Promotion de la santé](#) (WAPPS) a été élaborée : le Gouvernement wallon a pris acte du WAPPS lors de la 2^{ème} lecture du Décret wallon Promotion de la Santé et Prévention le 30 novembre 2018. Le Décret a finalement été approuvé en 3^{ème} lecture le 2 mai 2019. Cependant, à l'époque, le Décret a été soumis au Gouvernement Wallon (GW) sans Arrêté du Gouvernement Wallon (AGW) d'application. Le Décret révisé pour permettre son application – et compte-tenu des leçons tirées de la crise liée à la pandémie de COVID-19 – a été approuvé par le Parlement le 2 février 2022. Le 19 juillet dernier, le Gouvernement wallon a validé en 3^{ème} lecture l'arrêté d'application de ce Décret.

Il est admis que des conditions de vie précaires entraînent des désavantages en matière de bien-être, ainsi qu'une dégradation de l'état de santé général. Par ailleurs, un mauvais état de santé entraîne une résilience moindre face aux défis de la vie, ainsi qu'une moins bonne intégration sociale et économique. Or, accroître les interventions de promotion de la santé, en les menant de manière structurée, contribue à réduire ce cercle vicieux. Il était, dès lors, nécessaire de proposer rapidement une programmation « Santé dans Toutes les Politiques », c'est-à-dire systémique et transversale. Cela a été fait dans le cadre du Plan de relance wallon pour structurer durablement les politiques de Promotion de la Santé et la Prévention.

La présente Programmation 2023-2027 pour la mise en œuvre du WAPPS propose donc un renfort de ces politiques pour la Wallonie, en vue d'amoindrir notamment l'impact de la crise sanitaire sur les déterminants de la santé à moyen et à long terme et répondre aux enjeux de santé actuels.

Par ailleurs, elle s'inscrit dans la continuité des objectifs visés par la Charte de Genève pour le bien-être (OMS, 2021) qui exprime l'urgence de créer des sociétés sources d'un bien-être durable, engagées en faveur de l'équité en santé, aujourd'hui et pour les générations futures, dans le respect des limites écologiques (voir le rapport national sur les conséquences du réchauffement climatique sur le système de santé belge (Van de Vel et al., 2021), la Déclaration de Politique Générale 2019-2024 du Gouvernement wallon les recommandations internationales, de la Commission parlementaire wallonne spéciale COVID (2021) ou des premiers constats des Stratégies Concertées COVID-19 menées en Wallonie et ProxiSanté).

De plus, de nombreux plans wallons présentent la santé, la promotion de la santé et la prévention comme des solutions *transversales* et *cohérentes* avec le concept de *Health in all Policies (HiAP, La santé dans toutes les Politiques)*¹. Ce concept est central au sein de la politique-cadre Santé 2020 de la Région OMS Europe². Cette programmation encourage le développement de collaborations étroites entre les différents secteurs tels que ceux visant la lutte contre la pauvreté, le développement durable, la violence intra-familiale, la santé environnementale ou l'e-santé.

La *mise en œuvre* de cette programmation est ainsi une opportunité de se doter d'une ligne de conduite structurée qui soit en adéquation avec les besoins de la population wallonne et en concertation avec les différents secteurs liés à la promotion de la santé et la prévention (intersectorialité). Il est essentiel de rappeler que le secteur de la santé, tant du côté des services de santé que des services de promotion de la santé, doit soutenir ses efforts de collaboration intersectorielle tout en tenant compte de la logique des autres secteurs. C'est de cette manière que le secteur pourra participer activement à la construction d'une vision opérationnelle visant la réduction des inégalités sociales de santé.

Par ailleurs, une société équilibrée, durable et capable de résilience (d'un point de vue individuel mais surtout sur le plan systémique) nécessite la santé et le bien-être des individus qui la composent. C'est d'ailleurs un des axes d'action des Objectifs de Développement Durable, essentiel face aux nombreux enjeux, multi-échelles et multi-factoriels, en cours et à venir, tels que les dérèglements climatiques, l'augmentation des maladies chroniques, les futures pandémies, les crises socio-économiques, les crises géopolitiques et les flux migratoires (de Montigny et al., 2017 ; Van den Broucke, 2020, cités par Lambert et al., 2021b).

Enfin, la programmation wallonne 2023-2027 pour la mise en œuvre du WAPPS est structurée selon les cinq axes initiaux. Elle s'appuie sur la littérature scientifique (dont une synthèse est faite dans les parties concernant le contexte) et est le fruit d'une longue concertation telle que décrite dans la partie méthodologique. Chacun des axes contient entre deux et quatre objectifs spécifiques, priorisés et reformulés sur base d'une sélection et réorganisation des objectifs spécifiques du WAPPS afin de répondre à la question « Par où commencer pour renforcer les politiques de Promotion de la Santé et la Prévention en Wallonie ? ». Six stratégies (détaillées dans la [partie méthodologique](#)) traversent ces objectifs spécifiques et regroupent des objectifs transversaux (co-formulées avec l'AVIQ) ; des objectifs opérationnels situés aux croisements entre les objectifs spécifiques et les stratégies (une douzaine par axe) sont également cités et encadrés, à titre d'exemple.

Enfin, le dispositif sera évalué de façon continue selon les standards de qualité requis par les recommandations internationales. Cette évaluation sera soutenue notamment par le développement d'un outil digital de gestion intégrée « W.all.in.health » faisant l'objet d'un autre programme du Plan wallon de relance. Celui-ci permettra d'observer et de renforcer les actions wallonnes menées dans le cadre de cette programmation ainsi que de les suivre cartographiquement et administrativement, tout en assurant un lien avec les plateformes e-health et les autres actions des autres plans.

¹ HiAP sous-entend littéralement la « santé dans tous les domaines politiques », c'est-à-dire la conduite d'une collaboration intersectorielle en matière de santé impliquant la participation de tous les domaines d'action politique et de tous les niveaux de pouvoir (OMS, 2015). Voir également [la brochure](#) d'information produite par l'OMS.

² Le concept de « Santé dans toutes les politiques » (HiAP) est en effet, devenu indissociable des recommandations de l'OMS et de l'Union européenne pour la promotion de la santé et la réduction des inégalités en matière de santé (OMS, 2015). C'est ce qui ressort de la stratégie « *Health for All* » de l'OMS, de la politique-cadre Santé 2020 de la Région OMS Europe, de la Déclaration de Rio de l'OMS sur les inégalités en matière de santé, du Traité de Rome en ce qui concerne la HiAP, de la Charte de Tallinn sur les systèmes de santé et de la stratégie en matière de santé de la Communauté européenne.

Table des matières

INTRODUCTION : METTRE EN ŒUVRE LE PLAN WALLON DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION POUR FAIRE DE LA WALLONIE EN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA SANTÉ ET DURABLE : UNE PRIORITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE ET POLITIQUE !	3
CONTEXTE : COMPRENDRE COMMENT SE CONSTRUIT LA SANTÉ	7
OÙ EN EST LA SANTÉ EN 2022 ?	7
LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SONT D'ABORD DES INÉGALITÉS SOCIALES.....	8
<i>Inégalités sociales de santé au prisme de la pandémie liée à la COVID-19</i>	9
QUE FAIT LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET POURQUOI EST-ELLE PLUS QUE JAMAIS ESSENTIELLE DANS LE CONTEXTE ACTUEL ET À VENIR ?	9
LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN PÉRIODE DE PANDÉMIE LIÉE À LA COVID-19	11
QUELQUES TEXTES FONDATEURS EN MATIÈRE DE PROMOTION DE SANTÉ	12
LES FONDAMENTAUX DES STRATÉGIES D'ACTION EN PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION	13
<i>Les données probantes en promotion de la santé et l'evidence based</i>	14
<i>La notion de complexité des interventions en promotion de la santé</i>	14
<i>La littératie en santé et la littératie numérique en santé</i>	15
<i>L'universalisme proportionné</i>	15
<i>La participation et l'empowerment</i>	16
<i>La démarche communautaire</i>	17
<i>L'approche par milieu de vie et par territoire</i>	17
CONTEXTE : FAIRE FACE AU DIAGNOSTIC SOCIAL ET ÉPIDÉMIOLOGIQUE POUR LA WALLONIE	18
SANTÉ, CONDITIONS DE VIE ET INÉGALITÉS SOCIALES EN WALLONIE	19
INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ	22
QUELLES PRIORITÉS POUR LA PROGRAMMATION 2023-2027 DU PLAN WALLON DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION ?.....	24
ÉLÉMENTS MÉTHODOLOGIQUES : DÉFINIR UNE PROGRAMMATION POUR 2023-2027	25
ANCRAGE DANS LE WAPPS - PLAN WALLON DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION	26
LES SYNERGIES AVEC D'AUTRES PLANS ET STRATÉGIES EN WALLONIE	27
PROCESSUS DE PRÉPARATION DE LA PROGRAMMATION	28
<i>Sélectionner les objectifs prioritaires parmi les objectifs du WAPPS</i>	28
<i>Structurer la nouvelle programmation</i>	29
<i>Soumettre le projet de programmation à la concertation</i>	30
PRÉSENTATION DES STRATÉGIES.....	30
<i>STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer</i>	30
<i>STRATÉGIE B : Outiller les professionnels en stimulant les échanges de pratiques et en formant à des pratiques innovantes</i>	32
<i>STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie</i>	34
<i>STRATÉGIE D : Renforcer les collaborations intersectorielles dans une optique de promotion de la santé, en vue de générer des dynamiques locales qui influencent les déterminants sociaux de la santé</i>	36
<i>STRATÉGIE E : Informer et collaborer pour renforcer l'accessibilité des services de prévention et de promotion de la santé</i>	38
<i>STRATÉGIE F : Intégrer la promotion de la santé dans le parcours de soin</i>	39
PROGRAMMATION 2023-2027	41
AXE 1.1 – MODES DE VIE : ALIMENTATION, ACTIVITÉ PHYSIQUE, SÉDENTARITÉ	41
INTRODUCTION.....	41
<i>Ancrage socio-épidémiologique</i>	41
<i>Cohérence avec le WAPPS</i>	42
<i>Recommandations internationales</i>	43

OBJECTIFS PRIORISÉS POUR LA PROGRAMMATION 2023-2027	44
AXE 1.2 – MODES DE VIE : LUTTE CONTRE LE TABAGISME	51
INTRODUCTION	51
<i>Ancrage socio-épidémiologique</i>	<i>51</i>
<i>Recommandations internationales</i>	<i>51</i>
OBJECTIFS PRIORISÉS POUR LA PROGRAMMATION 2023-2027	52
AXE 2.1 – PRÉVENTION DES USAGES ADDICTIFS ET RÉDUCTION DES RISQUES	56
INTRODUCTION	56
<i>Ancrage socio-épidémiologique</i>	<i>56</i>
<i>Recommandations internationales</i>	<i>57</i>
OBJECTIFS PRIORISÉS POUR LA PROGRAMMATION 2023-2027	57
AXE 2.2 – PROMOTION D'UNE BONNE SANTÉ MENTALE ET DU BIEN-ÊTRE GLOBAL	63
INTRODUCTION	63
<i>Ancrage socio-épidémiologique</i>	<i>63</i>
<i>Recommandations internationales</i>	<i>64</i>
OBJECTIFS PRIORISÉS POUR LA PROGRAMMATION 2023-2027	64
AXE 3 – PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES	71
INTRODUCTION	71
<i>Ancrage socio-épidémiologique</i>	<i>71</i>
<i>Recommandations internationales</i>	<i>72</i>
OBJECTIFS PRIORISÉS POUR LA PROGRAMMATION 2023-2027	73
AXE 4 – PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES, Y COMPRIS LA POLITIQUE DE VACCINATION	81
INTRODUCTION	81
<i>Ancrage socio-épidémiologique</i>	<i>82</i>
<i>Recommandations internationales</i>	<i>86</i>
OBJECTIFS PRIORISÉS POUR LA PROGRAMMATION 2023-2027	88
AXE 5 – PRÉVENTION DES TRAUMATISMES ET PROMOTION DE LA SÉCURITÉ	94
INTRODUCTION	94
<i>Ancrage socio-épidémiologique</i>	<i>95</i>
<i>Recommandations internationales</i>	<i>95</i>
OBJECTIFS PRIORISÉS POUR LA PROGRAMMATION 2023-2027	96
ÉVALUATION DU PLAN	102
RAPPEL DES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES EN CE QUI CONCERNE L'ÉVALUATION ET CALENDRIER	102
ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ ET RÉPONSES AUX OBLIGATIONS (INTER)NATIONALES	103
GLOSSAIRE	105
BIBLIOGRAPHIE	109
RÉFÉRENCES INTRODUCTION	109
RÉFÉRENCES AXE 1.1 - MODES DE VIE : ALIMENTATION, ACTIVITÉ PHYSIQUE, SÉDENTARITÉ	114
RÉFÉRENCES AXE 1.2 - MODE DE VIE : LUTTE CONTRE LE TABAGISME	115
RÉFÉRENCES AXE 2.1 – PRÉVENTION DES USAGES ADDICTIFS ET RÉDUCTION DES RISQUES	116
RÉFÉRENCES AXE 2.2 – PROMOTION D'UNE BONNE SANTÉ MENTALE ET DU BIEN-ÊTRE GLOBAL	116
RÉFÉRENCES AXE 3 – PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES	117
RÉFÉRENCES AXE 4 – PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES Y COMPRIS POLITIQUE DE VACCINATION	118
RÉFÉRENCES AXE 5 – PRÉVENTION DES TRAUMATISMES ET PROMOTION DE LA SÉCURITÉ	119
RÉFÉRENCES GLOSSAIRE	120

Contexte : Comprendre comment se construit la santé

Où en est la santé en 2022 ?

Si l'espérance de vie a considérablement augmenté dans les pays industrialisés au cours de la seconde moitié du 20^{ème} siècle, de nombreuses inégalités face à la mort, à la maladie, au handicap et à l'accès aux soins, en fonction de l'origine sociale des individus, sont encore observées. Plus encore, il semblerait que ces inégalités, malgré les progrès de la médecine, des conditions sanitaires et d'hygiène, n'aient pas régressé au cours des dernières décennies. Les avancées faites dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des maladies bénéficient en effet aux catégories sociales les plus élevées (Appouey & Silber, 2013 ; Aïach, 2010).

Il est probable que la persistance des inégalités sociales de santé (ISS) ait des causes multiples : différences d'exposition aux facteurs de risque, en particulier dans le domaine du travail (évolutions accélérées du marché de l'emploi) et de l'environnement ; accélération du vieillissement physiologique corrélée avec la dureté des conditions sociales d'existence des individus ; incidence des habitudes de classe en matière d'alimentation et d'hygiène de vie ; aptitude socialement différenciée à pouvoir intégrer et mettre en œuvre des informations d'ordre préventif et de promotion de la santé (notamment en matière de soins) ; impact des différentes attitudes des professionnels de la santé en fonction de l'appartenance sociale des patients et du genre ; effets de renforcement cumulatif entre position objective dans l'espace des positions sociales et fragilisation des éléments d'ordre subjectif susceptibles de renforcer les problèmes sociaux et économiques (Aïach, 2010 ; Jain et al., 2005 ; Suhard & Safon, 2016 ; Wilkinson & Pickett, 2013). En d'autres termes, « être en bonne santé n'est pas qu'une affaire de capital physiologique individuel, de chance ou de malchance en matière de maladie et de mort, c'est aussi et surtout une question sociale, environnementale et économique » (Aïach, 2010, p.8). Ainsi, en plus de bénéficier d'une bonne qualité de soins et d'avoir une réelle égalité d'accès à ces derniers, est-il certain que de disposer d'un logement décent et d'un milieu de vie favorisant le bien-être, d'avoir accès à un emploi satisfaisant et suffisamment rémunéré, de vivre dans un environnement de qualité, de profiter d'une meilleure éducation, sont des facteurs déterminants pour agir dans ce domaine (Suhard & Safon, 2016).

Les inégalités sociales de santé (ISS) ne sont pas synonymes de précarité, de pauvreté ou d'exclusion sociale. Elles existent au sein de l'ensemble de la société selon un gradient social (Adam et al., 2017). Mais il est de plus en plus évident qu'avec l'augmentation du spectre de la précarité ces dernières années, les ISS se creusent entre les différents groupes sociaux. Au cours des dernières décennies, de nombreuses recherches ont montré que la précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité (particulièrement en ce qui concerne la santé mentale et les maladies transmissibles), ainsi que de recours aux soins, jugés moins adéquats par les professionnels (Chauvin & Estecahandy, 2010 ; Paugam, 2009). La notion de précarité renvoie à une accumulation – éventuellement transitoire et réversible – de conditions de vie instables, génératrices de difficultés diverses, qui ont en commun le risque d'une rupture progressive des liens sociaux qui apportent soutien et reconnaissance dans différentes sphères de socialisation (Chauvin & Estecahandy, 2010 ; Paugam, 2009). Elle concerne donc, quantitativement et qualitativement, un nombre beaucoup plus large de personnes et de situations que les « pauvres » ou les « exclus ». Les personnes précaires cumulent aussi les facteurs de risque et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres. Par ce qu'elle implique comme perte des repères et des sécurités, par ce qu'elle entraîne en termes de perte de la confiance en soi, en autrui et en l'avenir, la précarité s'accompagne en effet du risque d'un affaiblissement du souci de soi et de sa santé (Chauvin & Estecahandy, 2010).

À l'échelle de la Belgique, la crise sanitaire liée à la COVID-19 est à la fois venue exacerber les problèmes préexistants mais a aussi créé une nouvelle forme de détresse psychologique (Rens et al., 2021). En effet, les troubles anxieux et dépressifs étaient particulièrement élevés dans la population en 2020 et 2021 (Sciensano, 2021). Parmi la population générale, certaines catégories ont été plus affectées par ces problèmes, dont les populations précaires (Rea & Racapé, 2021). Une étude belge récente met en lumière la baisse du recours et/ou de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux des populations précarisées, ce qui a pu aggraver la situation de santé et sociale d'un certain nombre de personnes (Geurts & Favresse, 2022). Ces constats seront approfondis dans la suite du document.

Les inégalités sociales de santé sont d'abord des inégalités sociales

Le concept d'inégalités sociales de santé a connu un intérêt croissant chez les scientifiques et dans le monde politique. Pour bien le saisir, il convient d'abord de distinguer les inégalités de santé des inégalités sociales de santé (ou iniquités de santé). Les inégalités de santé incluent tout type d'écart de l'état de santé entre groupes ou individus. Elles peuvent, à titre d'exemple, découler de facteurs génétiques, physiologiques et sont dans ce cas considérées comme inévitables. Quant aux inégalités sociales de santé ou iniquités, elles sont exclusivement liées à des facteurs sociétaux extérieurs aux individus ; elles sont de ce fait considérées comme évitables et injustes (Arcaya et al., 2015 ; Marmot, 2010, cités par Lambert et al., 2021).

Deux conditions doivent être remplies pour pouvoir parler d'inégalités sociales de santé (ISS) (Aïach, 2010) :

- Il doit s'agir d'un objet socialement valorisé : la vie par opposition à la mort, la santé et le sentiment de bien-être psychologique par opposition à la maladie, à la souffrance et au handicap ;
- Cet objet socialement valorisé doit concerner des groupes sociaux hiérarchisés dans une position de dominant/dominé. Sont ainsi concernés les classes sociales, les catégories socioprofessionnelles, les groupes différenciés en fonction du revenu, du niveau d'instruction ou encore du pouvoir dont ils disposent dans la société.

Les inégalités sociales de santé découlent de certaines formes d'inégalités structurelles propres aux modes de fonctionnement de chaque société (Haschar-Noé & Lang, 2017 ; Fassin & Aïach ; Fassin, 2009 ; Fassin et al., 2000, cités par Lambert et al., 2021). Elles trouveraient d'abord leur source dans une répartition inégale des ressources matérielles, affectant profondément la vie des individus, notamment en ce qui concerne le logement, l'alimentation ou l'exposition à l'insécurité. Le niveau de ressources immatérielles d'un individu, telles que le réseau social ou le niveau d'éducation, impacterait aussi directement la santé. De plus, des facteurs d'ordre psychosocial entreraient en compte : certains groupes seraient systématiquement plus exposés au stress et à d'autres émotions négatives, devant ainsi faire face à des phénomènes tels que l'exclusion sociale, la stigmatisation ou la discrimination (Arcaya et al., 2015 ; Goldberg et al., 2002).

« Se pencher sur les déterminants sociaux de la santé – ou sur la manière dont les inégalités de santé sont construites socialement – permettrait de s'éloigner d'une perception simpliste consistant à accorder un poids trop important aux comportements individuels sans tenir compte des mécanismes plus complexes produisant les inégalités. En effet, selon certains sociologues, les inégalités instituées par la société seraient incorporées par les individus, transcrites du social vers le biologique (Fassin et al., 2000). Finalement, agir pour l'atténuation des inégalités sociales de santé implique de s'intéresser aux "causes des causes" et donc d'agir sur l'ensemble des déterminants qui façonnent la santé » (Lambert et al., 2021a, p.19).

Inégalités sociales de santé au prisme de la pandémie liée à la COVID-19

La littérature scientifique a déjà mis en évidence la présence d'inégalités sociales dans les épidémies passées (Dubost et al., 2020 ; Blumenshine, 2008). Ce phénomène résulte de quatre facteurs, souvent cumulatifs et entrecroisés : les inégalités face au risque d'exposition, la vulnérabilité différenciée face à la maladie (morbidité et mortalité), les inégalités dans la prise en charge, l'accès aux soins et aux services sociaux ainsi que les inégalités dans la distribution des conséquences des mesures sanitaires.

« Il est admis que la remontée générale des inégalités joue un rôle majeur dans l'impact de la pandémie sur nos sociétés. Selon la théorie des cycles séculaires, il existe une corrélation historique entre le niveau des inégalités, l'intensité des liens entre territoires éloignés et la virulence des pandémies » (Turchin, 2007, p.162). Ainsi, la pandémie et sa gestion sont une sorte de révélateur et d'amplificateur d'enjeux sociétaux, de vulnérabilités et d'inégalités préexistantes, à différents niveaux d'intensité, à diverses échelles territoriales, et de façon différenciée au sein de la population et de ses groupes sociaux (Gaille & Terral, 2021 ; Stok et al., 2021).

Communément appelée « crise sanitaire », la pandémie liée à la COVID-19 a une nature bien plus complexe, dite syndémique, car cet épisode historique se caractérise par la rencontre de deux catégories de maladies – des maladies virales (la COVID-19, par exemple) et des maladies non transmissibles préexistantes (maladies chroniques telles que des maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires, etc.) – sur un fond d'inégalités sociales de santé, environnementales et économiques entre groupes sociaux (telles que les conditions de logement, l'accès aux services sociaux et de soin, la qualité de l'emploi et l'accès à un revenu suffisant pour vivre dignement, la qualité de l'air, le réseau social, etc.) (Rousseaux & Malengreaux, 2022).

Plus concrètement, cela signifie que le cumul de ces deux catégories de maladies, dans un contexte de vie défavorable à la santé, va exacerber les effets néfastes de ces maladies virales et non-transmissibles (Horton 2020). Ainsi, la notion de syndémie va au-delà de la seule notion de comorbidité, car elle reconnaît que l'exposition et la vulnérabilité des personnes sont déterminées également par leurs contextes et conditions de vie. L'exposition différenciée des groupes de population aux déterminants sociaux de la santé, aux maladies chroniques et à la COVID-19 a eu un effet multiplicateur, ayant pour conséquence un impact différencié à la fois sur les taux de mortalité et de morbidité entre groupes sociaux ainsi que sur l'ampleur des conséquences sociales, psychologiques et économiques de la syndémie pour ceux-ci (Stok et al., 2021).

Que fait la promotion de la santé et pourquoi est-elle plus que jamais essentielle dans le contexte actuel et à venir ?

La promotion de la santé s'appuie sur une approche multifactorielle et globale de la santé, qui se définit de façon ambitieuse comme la recherche d'un « état de complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946).

La définition de la promotion de la santé qui fait aujourd'hui référence est apportée par la [Charte d'Ottawa](#) (OMS, 1986) : « La promotion de la santé est 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, changer son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. 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 ».

En proposant un cadre d'intervention à travers **5 axes stratégiques d'interventions complémentaires** (OMS, 1986), elle met l'accent sur les interactions complexes entre les personnes, les groupes et leurs environnements physiques, sociaux et politiques. Ces derniers sont intégrés et transversaux au travail de programmation :

- Élaborer une politique publique saine ;
- Créer des milieux favorables ;
- Renforcer l'action communautaire ;
- Développer les aptitudes personnelles ;
- Réorienter les services de santé.

La Charte d'Ottawa rappelle avec justesse les préalables indispensables à la santé : l'individu doit pouvoir développer et maintenir des conditions de vie – et tout au long de la vie – qui assurent son bien-être, notamment se loger, accéder à l'instruction et l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable³.

La promotion de la santé s'est développée à la suite du constat que pour améliorer la santé des populations, les solutions construites sur un modèle biomédical, c'est-à-dire centré sur la maladie, ne suffisent pas et doivent être complétées par des solutions construites sur un modèle écologique selon Harpet (2017), qui intègre une vision large de ce qui est appelé les *déterminants de la santé*, répartis en quatre grandes familles : les facteurs biologiques, comportementaux, environnementaux et liés au système de soins et de santé (Harpet, 2017 cité par Malengreaux et al., 2020).

Basé sur le travail de Bronfenbrenner (1979) qui conceptualisait les interactions entre l'individu et son environnement comme un emboîtement de systèmes à l'instar de poupées russes (Absil, 2012), l'approche socio-écologique en santé a fait évoluer ce modèle multi-niveaux pour définir cinq niveaux d'influence spécifiques aux comportements de santé : les facteurs intra-personnes, les processus interpersonnels et groupes primaires, les facteurs institutionnels, les facteurs communautaires et les politiques publiques (Mc Leroy, 1998, cité par Van Hoye, 2020).

Des chercheuses (Porcherie et al., 2017 ; Jabot et al., 2017) ont constaté que la promotion de la santé est parfois assimilée à la prévention, ce qui peut entraîner de la confusion et le risque de réduire les stratégies d'intervention à des mesures préventives au détriment des approches globales visant un ensemble de déterminants de la santé⁴.

Les actions de ces deux champs peuvent être comparées – et mises en complémentarité – en distinguant facteurs de risque (approche négative) et facteurs de protection ou salutogène⁵ (approche positive). Tandis que les interventions de *prévention*⁶ s'attacheront à lutter contre les facteurs de risque des maladies et à agir sur les déterminants proximaux de la santé, la *promotion de la santé* visera le renforcement des facteurs de protection et l'action sur les déterminants structurels de la santé.

³ La Charte d'Ottawa est précédée par la [Déclaration d'Alma-Ata](#) sur les soins de santé primaires du 12 septembre 1978. Cette déclaration réaffirme avec force que « la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé ».

⁴ Une approche systémique et globale de plus en plus mobilisée est celle dénommée l'approche « One Health ». Elle commence par la reconnaissance de l'interdépendance du bien-être des populations humaines avec celui des êtres vivants et des écosystèmes qui les entourent. Elle s'applique à la conception et à la mise en application de programmes, de travaux de recherche, d'expertises, de politiques et de législations pour lesquels plusieurs secteurs communiquent (sont intriqués) et collaborent en vue de renforcer la robustesse des travaux scientifiques et d'améliorer les résultats en matière de santé publique (Santé publique France, 2021).

⁵ Les facteurs qui conditionnent une « bonne santé ».

⁶ Le domaine de prévention recouvre différents types d'actions selon le moment de l'histoire de la maladie où elles interviennent (cf. [WAPPS - Partie 1](#), p.15-17).

Les conditions qui influencent la santé sont multiples et interactives. Certains déterminants de la santé ne sont pas modifiables (par exemple l'âge, le lieu de naissance, les attributs héréditaires [génétiques])⁷. La promotion de la santé concerne fondamentalement l'action visant à aborder l'éventail des déterminants de la santé potentiellement modifiables, non seulement ceux qui sont liés aux actions des individus, mais aussi les facteurs qui échappent largement au contrôle des individus et des groupes. Ceux-ci comprennent, par exemple, le revenu et l'accès aux ressources, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, l'accès à des services de santé appropriés et les déterminants environnementaux de la santé (Hamant et al., 2022). Les mesures visant à agir sur les déterminants de la santé sont inextricablement liées à l'équité en santé et s'intéressent fondamentalement à la répartition du pouvoir et des ressources au sein des populations (OMS, 2021). « La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes » (Sizaret, 2018, p.97).

La promotion de la santé en période de pandémie liée à la COVID-19

Dans son article intitulé « *Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa?* », Van den Broucke (2020) démontre à quel point la promotion de la santé est une réponse solide, *evidence based*⁸, efficace (maintenir la soutenabilité du système de soins), à la fois globale (approche systémique) et spécifique (adaptée aux différents groupes de populations). Les modèles théoriques auxquels se réfère la promotion de la santé (notamment les modèles de croyances relatives à la santé et de la motivation à la protection pour la santé) sont décisifs pour mettre en place des actions cohérentes autour des déterminants sociaux de la santé, mais aussi pour éclairer les stratégies de communication et d'éducation pour la santé » (Van den Broucke, 2020).

Les acteurs de promotion de la santé peuvent contribuer concrètement et rigoureusement à plusieurs niveaux de gestion d'une crise sanitaire : ils peuvent en effet agir sur les comportements individuels de santé ou sur les institutions et communautés, et en matière de politiques publiques, agir en émettant des recommandations basées sur des données probantes issues de deux sources : les données sur les problèmes et les données sur les solutions. Par exemple, l'expertise de la promotion de la santé au regard de la littératie en santé peut guider l'élaboration de messages de santé publique afin que ceux-ci soient non seulement accessibles mais aussi compris, acceptés et utilisés par les différents groupes au sein de la population, dont les plus vulnérables. Tenir compte du niveau de littératie en santé permet de procurer à toutes et tous les informations nécessaires pour faire des choix favorables à la santé (Van den Broucke, 2020). La littératie en santé désigne « la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie » (Rootman et al., 2008). En Belgique, 40 % de la population éprouverait des difficultés à réaliser les actions liées à la littératie en santé (Cultures&Santé asbl, 2016).

Enfin, la crise sanitaire liée à la COVID-19 marquera certainement un tournant pour la promotion de la santé, tant par la reconnaissance de son expertise pour faire face à ce grand défi de santé publique, que par les opportunités d'apprentissages créées par ce dernier (Van den Broucke, 2020).

⁷ Voir la définition proposée par le Réseau francophone international pour la promotion de la santé : <https://refips.org/a-propos/promotion-de-la-sante-en-bref/>

⁸ Le concept d'*evidence based* en promotion de la santé est défini comme « l'utilisation d'informations issues de la recherche et des études systématiques pour identifier les déterminants et les facteurs qui influencent les besoins en santé ainsi que les actions de promotion de la santé qui s'avèrent les plus efficaces pour y remédier dans un contexte et auprès d'une population donnée » (OMS, 2021).

Quelques textes fondateurs⁹ en matière de promotion de santé

La programmation dans le cadre du [Plan promotion et prévention de la santé en Wallonie \(partie 1\)](#) s'inscrit dans un contexte international riche en matière de définition de stratégies de promotion de la santé. Plus particulièrement, **la Belgique s'est engagée à appliquer une série de résolutions de l'OMS, engagements qui n'ont pas encore tous été transposés dans la législation belge** (cf. WAPPS, p.7). Depuis 1986, plusieurs conférences mondiales sur la promotion de la santé ont contribué à transformer la santé publique. Chaque conférence a développé des principes et des stratégies qui contribuent à diversifier les interventions pour améliorer la santé de toutes et tous. Dans la foulée de ces conférences sont produits des documents techniques qui concrétisent ces approches et diffusent des recommandations pour les autorités publiques (voir Tableau 1). La Wallonie souscrit ainsi à la nécessité de s'insérer dans un cadre commun tout en tenant compte de ses particularités régionales et même locales¹⁰.

Déclaration de Sundsvall (9-15 juin 1991)	Elle insiste sur la mise en place des milieux favorables à la santé. Et pose les fondamentaux de l'approche par milieu de vie : ville, quartier, hôpital, entreprise et tout autre lieu d'accueil collectif.
Charte sociale européenne (ratifiée le 2 mars 2004)	Son <i>article 11</i> consacre le « Droit à la protection de la santé » et stipule que « (...) les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment à : éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente ; prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé ; prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents.
Déclaration Adelaïde de 2010	Elle contient la justification de l'approche <i>HiaP - Health in all policies</i> (la santé dans toutes les politiques), identifie certains de ses moteurs et mécanismes et discute du rôle que jouera le secteur de la santé.
La neuvième conférence mondiale sur la promotion de la santé (Shanghai 2016)	Elle avait pour thème « La promotion de la santé dans les objectifs de développement durable ». Une ambition de la Conférence de Shanghai est d'améliorer la littératie en santé de la population.
« Country Cooperation Strategy » OMS – Belgique	Elle propose un cadre stratégique de collaboration entre la Belgique et l'OMS et décrit les domaines prioritaires de collaboration qui sont les suivants : les systèmes de santé centrés sur les personnes (soins intégrés, approche selon le parcours de vie, inégalités sociales de santé, performance du système de soins) ; les maladies non-transmissibles (actions sur les facteurs de risque tels que le tabagisme, la malnutrition, l'alcool et la santé mentale) ; état de préparation, de surveillance et de réponse dans des situations de crises sanitaires (plan générique de crise) ; environnement et santé ; maladies transmissibles. En outre, il s'est instauré un <i>Policy dialogue</i> entre la Wallonie et l'OMS pour l'élaboration du plan en 2016.
La Déclaration d'Astana (2018)	Elle prend des engagements dans quatre domaines clés : faire des choix politiques courageux pour la santé dans tous les secteurs ; instaurer des soins de santé primaires durables ; veiller à l'autonomisation individuelle et communautaire ; et aligner l'appui des parties prenantes sur les politiques, stratégies et plans nationaux.

⁹ Pour un historique complet des textes fondamentaux en santé publique et en promotion de la santé, ainsi que pour consulter les engagements de la Belgique en lien avec ces textes de référence, voir le [WAPPS – Partie 1](#) (p.7-14).

¹⁰ Une présentation du WAPPS a été réalisée devant les experts de la Prévention au centre européen de l'OMS à Copenhague en novembre 2016 afin de bénéficier de leurs conseils et de la validation de la méthodologie suivie ; ceux-ci ont pris acte du travail réalisé et suggéré les prochaines étapes pour la deuxième phase du Plan (cf. [WAPPS – Partie 1](#), p.4).

La Déclaration de Rotorua (2019)	<p>« WAIORA : Promouvoir la santé planétaire et le développement durable pour toutes et tous » appelle à une action immédiate de la communauté mondiale dans quatre domaines clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'équité en santé tout au long de la vie, au sein des pays et entre eux, au sein des générations et entre celles-ci ; • Rendre tous les habitats urbains et autres inclusifs, sans danger, résistants, durables et favorables à la santé et au bien-être de la population et de la planète ; • Concevoir et mettre en œuvre des stratégies efficaces et équitables d'adaptation aux changements climatiques ; • Établir une gouvernance, des systèmes et des processus collaboratifs, efficaces, responsables et inclusifs à tous les niveaux afin de promouvoir la participation, la paix, la justice, le respect des droits de la personne et l'équité intergénérationnelle en santé.
La charte de Genève pour le bien-être (2021)	<p>Elle recense les grands domaines d'action et propose des instruments de mise en œuvre. Le Charte préconise cinq grandes mesures qui sont : concevoir une économie équitable au service du développement humain, qui tienne compte des limites de la planète ; créer des politiques publiques pour le bien commun ; instaurer la couverture sanitaire universelle ; utiliser la transformation numérique pour remédier aux effets néfastes et à la perte d'autonomie et pour accroître les effets bénéfiques ; valoriser et préserver la planète.</p>

Tableau 1. Textes fondamentaux dans l'évolution des approches en promotion de la santé (Ferron, 2021).

Au niveau de l'Union européenne, la stratégie Santé 2020 intègre le concept de santé dans toutes les politiques. En effet, il n'est plus soutenable de considérer la santé comme l'apanage d'un seul secteur. Les améliorations équitables et durables obtenues en matière de santé procèdent d'une politique efficacement menée par tous les secteurs ainsi que de la cohérence de l'ensemble des politiques publiques menées par ailleurs au sein du gouvernement, d'une collaboration efficace et participative de la société et du renforcement du principe de responsabilité envers les acteurs de la société ayant un impact sur la santé publique.

Plus récemment, avec l'expérience acquise au cours de la crise sanitaire liée à la COVID-19 qui a révélé la nécessité générale d'un appui à la transformation structurelle et aux réformes systémiques des systèmes de santé à travers l'Union européenne (UE), le programme *EU 4 Health* ambitionne de contribuer significativement à la relance post-COVID-19 en renforçant la résilience des systèmes de santé et en promouvant l'innovation dans le secteur de la santé. Une large place est faite pour les actions qui contribuent à un accroissement de la capacité des services et systèmes de santé à favoriser la promotion et la prévention de la santé, ce qui appuie encore une fois la réelle pertinence d'une programmation structurée pour la Région wallonne.

Les fondamentaux des stratégies d'action en promotion de la santé et prévention

« Agir en promotion de la santé ne se limite pas à mener des actions visant le renforcement des compétences des individus, mais implique, à travers l'adoption d'une acception large de la santé, de mener des actions sur plusieurs déterminants de la santé, saisis à la fois dans leur dimension macro à micro-contextuelle, tout en tenant compte des inégalités sociales de santé. La participation des populations et le renforcement de leur pouvoir d'agir (ou *empowerment*) sont des principes fondamentaux de ce champ d'action » (Ferron, 2021, p.5).

La promotion de la santé représente un champ de références et de pratiques utiles pour faire face aux problématiques de santé exacerbées par la pandémie, mais aussi pour rendre la population wallonne collectivement plus résiliente aux crises et transitions actuelles et à venir (de Montigny, 2019 ; Hancock, 2020). Dans la section suivante sont présentés des principes fondamentaux, à la base des interventions réussies en promotion de la santé, et qui servent d'arguments probants en faveur d'une programmation structurée basée sur les publications les plus récentes en la matière. Nombreux sont les principes fondamentaux en promotion de la santé qui inspirent la programmation, certains sont développés ci-après (les plus utilisés et transversaux)¹¹.

Les données probantes en promotion de la santé et l'evidence based

La prise de décision fondée sur les données probantes est devenue un critère important de qualité pour la mise en œuvre et l'évaluation des interventions dans le domaine de la promotion de la santé (Ablin et al., 2017 ; Cambon et al., 2010, cités par Lambert et al., 2021e). Une définition récente de l'*Evidence-Based Health Promotion (EBPH)* la présente comme « un processus d'intégration de preuves issues de la recherche scientifique et de la pratique pour améliorer la santé de la population cible » (Vanagas et al., 2017, p.1, traduction libre). Plus globalement, il s'agit d'utiliser des données récentes et de bonne qualité pour répondre de manière efficace à certains besoins de santé au sein d'un contexte donné (Brownson et al., 2009 ; Cambon et al., 2010). La démarche EBPH implique également de faire participer la communauté, d'évaluer les actions mises en place et d'engendrer de nouvelles connaissances à partir de ces évaluations (Brownson et al., 2009, Lambert et al., 2021). Par ailleurs, les démarches d'évaluation des interventions en promotion de la santé doivent être capables de tenir (et de rendre) compte de la complexité des actions (Malengreaux et al., 2022).

La notion de complexité des interventions en promotion de la santé

Agir en promotion de la santé implique d'activer plusieurs leviers et stratégies d'intervention (niveaux individuels, communautaires ou politiques). Ainsi, les interventions en promotion de la santé sont considérées comme étant des interventions complexes, car elles sont « constituées d'un ensemble d'actions conduites à plusieurs niveaux, s'appuient sur les contributions incertaines d'une grande variété d'acteurs porteurs de logiques et de représentations pas toujours convergentes » (Jabot et al., 2017). Dans la littérature, la notion de *complexité* désigne « une série de caractéristiques inhérentes aux interventions conçues dans un objectif de promotion de la santé. D'abord, les interventions complexes supposent plusieurs composantes qui interagissent entre elles. Ces composantes ont trait aux personnes impliquées dans l'intervention (l'équipe en charge de l'intervention, les participants, les décideurs, leur histoire et leur organisation, etc.), et aux aspects d'ordre financier, matériel, procédurier, etc. Ces composantes agissent et évoluent en système, c'est-à-dire qu'elles interagissent sur une période et dans un contexte spécifiques » (Cambon & Alla, 2019 ; Robert & Ridde, 2013, cités par Malengreaux et al., 2020, p.10).

Les interventions et « leur complexité » se passent en « milieu réel », c'est-à-dire dans des organisations, qui constituent elles-mêmes d'autres systèmes, qui évoluent et s'adaptent, au gré de l'intervention, et qui vont par conséquent l'influencer. L'intervention se situe à la croisée de plusieurs niveaux de contextes et de systèmes sociaux (Malengreaux et al., 2020). Les effets consécutifs à ces interventions complexes sont variés, nombreux, et découlent de processus qui se déroulent sur des périodes diverses. De plus, l'influence du contexte est déterminante pour comprendre les relations de causalité entre l'intervention et ses effets « de sorte que l'intervention complexe est indissociable de son contexte » (Cambon & Alla, 2019 ; Cambon et al., 2019, cités par Malengreaux et al., 2020, p. 10). De ce fait, il est crucial d'utiliser des approches évaluatives participatives et émancipatrices, cohérentes avec les principes fondamentaux de promotion de la santé (Rootman et al., 2001), qui impliquent les acteurs concernés dans des démarches compréhensives.

¹¹ Pour une liste exhaustive, voir Lambert (2021).

Ces approches visent donc à comprendre comment les interventions parviennent à engendrer des changements, pour dépasser les limites d'autres approches évaluatives, qui visent à prouver l'efficacité des interventions en se centrant de manière réductrice sur l'existence d'un lien entre l'intervention et ses effets (Jabot et al., 2017 ; Michie & Abraham, 2004, cités par Malengreaux et al., 2020). De plus, les analyses de transférabilité et les capitalisations d'expérience en promotion de la santé, en interrogeant les contraintes et les ressources des contextes d'intervention, s'attachent ainsi à comprendre comment une intervention peut être efficace dans un autre contexte (Hamant & Delescluse, 2021).

La littératie en santé et la littératie numérique en santé

La littératie en santé est un déterminant de la santé : elle peut dès lors être mobilisée pour agir sur la réduction des inégalités sociales de santé. Un bon niveau de littératie contribue à ce que les individus fassent des choix éclairés et adoptent des comportements favorables à leur santé (Van den Broucke & Renwart, 2014). Kristine Sørensen et ses collaborateurs proposent de définir la littératie en santé de la manière suivante : « *La littératie en matière de santé est liée à l'alphabétisation et elle englobe les connaissances, la motivation et les compétences des personnes pour accéder aux informations sur la santé, les comprendre, les évaluer et les appliquer afin de porter des jugements et de prendre des décisions dans leur vie quotidienne relatives aux soins de santé, à la prévention des maladies et à la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer leur qualité de vie tout au long de leur vie* » (Sørensen et al., 2012).

L'approche dite « clinique » met l'accent sur les relations entre patients et soignants tandis que l'approche dite de « santé publique » inscrit la littératie dans le domaine plus large du développement du pouvoir d'agir (Sørensen et al., 2012). « *Pour la promotion de la santé, il est important que les populations puissent comprendre les messages de santé, les évaluer et prendre des décisions relatives aux problèmes de santé publique qui les concernent* » (Lambert et al., 2021d, p.27).

« *Si la littératie en santé fait référence à des aptitudes propres à chaque individu, elle ne s'inscrit pas moins dans des contextes spécifiques, que sont les "systèmes" en place et les "acteurs" qui y opèrent. La littératie numérique en santé¹² spécifie le cadre dans lequel se trouvent ces informations, à savoir l'univers numérique* » (Cultures&Santé asbl, 2021, p.3). Avec la suppression de plus en plus effective de l'accompagnement physique, de partage oral et de la transmission écrite, dans le cadre de relations inter-individuelles ou d'espaces collectifs, le système de santé s'avère de plus en plus informatisé. Les supports numériques se généralisent, tant pour le grand public que pour les professionnels, et sont devenus indispensables pour accéder à des informations pour la santé, à des données personnelles ou partagées, ou encore pour accomplir des démarches administratives (Cultures&Santé asbl, 2021).

L'universalisme proportionné

Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de précarité (ou vulnérabilité) sociale. C'est ce qui est appelé l'universalisme proportionné (Marmot, 2010). « *En pratique, la nature syndémique de la crise sanitaire liée à la COVID-19 rend indispensable une approche de santé publique qui intègre le contrôle de la situation épidémiologique, le traitement des patients et les politiques et programmes visant à diminuer les inégalités sociales de santé* (Horton 2020 ; Singer et al. 2017). *Les politiques de gestion de la pandémie de COVID-19, focalisées sur des mesures universelles, c'est-à-dire identiques à toute la population, de prévention de la propagation du SARS-CoV-2, ont démontré leurs limites en ce sens qu'elles n'ont pas été contextualisées aux situations de vie* (Van Damme et al., 2020, cité par Rousseaux & Malengreaux, 2022).

¹² La littératie numérique en santé renvoie à la notion de compétences en matière de *cybersanté* ; elle est également appelée *littératie en e-santé*, *littératie digitale en santé*, ou encore *eHealth literacy*, *digital health literacy* (Cultures&Santé asbl, 2021).

Ainsi, pour lutter contre les inégalités sociales de santé (y compris toutes formes de discriminations), les politiques publiques doivent prévoir de combiner des mesures universelles et proportionnelles. La nécessité d'assurer l'équité est une condition fondamentale pour la mise en œuvre de l'ensemble des objectifs du WAPPS.

La participation et l'empowerment

Participation communautaire, participation citoyenne, action sociale, co-production, co-construction, nombreux sont les termes employés pour parler de participation (Le Boulengé et al., 2021). La participation présente plusieurs intérêts : elle a un impact sur le bien-être et la santé des personnes, elle favorise leur adhésion, elle oriente vers des interventions plus efficaces, car plus pertinentes. La participation constitue un vecteur d'équité, car elle permet de prendre en considération les particularités des publics. « *La participation, comme outil, voire comme nécessité en promotion de la santé, a comme objectif principal de permettre aux populations d'avoir accès à une citoyenneté complète, de prendre part à des décisions les concernant, et de devenir actrices de leur vie* » (Sachs, 2006, cité par Le Boulengé et al., 2021, p.56).

De son côté, la résilience « communautaire » se veut l'application concrète du concept de résilience individuelle à l'échelle d'un groupe de personnes. Un groupe résilient est celui qui s'organise de manière à être capable non seulement de surmonter les différents aléas possibles, mais surtout d'améliorer son quotidien et son environnement en tissant du lien social, en misant davantage sur la solidarité. Des facteurs clés de résilience collective ou communautaire sont le développement de l'autonomie et un travail de dépassement des situations d'adversité (à la fois aux niveaux personnel et collectif) (Adam et al., 2017).

Le développement du pouvoir d'agir – *empowerment* en anglais, traduit par « autonomisation » dans les publications de l'OMS – constitue l'un des principes fondamentaux de la promotion de la santé (Cyril et al., 2016 ; Woodall et al., 2010, cités par Lambert et al., 2021f). En promotion de la santé, l'émergence de ce concept, étroitement lié à celui de « participation », marque un tournant du « faire pour » vers le « faire avec » les populations (Lambert et al., 2021f). Le processus qui conduit à l'*empowerment* peut être envisagé aux niveaux individuel, organisationnel et communautaire (pour les références complètes, voir Lambert et al., 2021f, p.41) :

- L'*empowerment* individuel concerne le renforcement du pouvoir d'agir et du sentiment de contrôle individuel. Ce processus passe par l'amélioration de la confiance en soi, des compétences personnelles, de l'efficacité personnelle et de la conscience critique (Ninacs, 2003 ; Woodall et al., 2010). Lorsque le renforcement du pouvoir d'agir est uniquement individuel, sans traitement des causes structurelles limitant l'accès aux ressources, ses effets restent limités (Woodall et al., 2010). Il peut même entraîner des effets contre productifs liés à l'accroissement du sentiment d'impuissance ;
- L'*empowerment* communautaire s'appuie sur le développement du pouvoir d'agir de l'ensemble des membres d'un groupe qui, ensemble, mettent en place des stratégies pour réduire les injustices sociales et pour acquérir davantage de contrôle sur les décisions qui les concernent (Woodall et al., 2010) ;
- L'*empowerment* organisationnel désigne la capacité d'une organisation à rassembler les forces et à favoriser les changements. L'enjeu est ici de faire en sorte que les organisations permettent au pouvoir développé par les personnes et les groupes de s'exprimer. L'organisation (lieux de travail, politiques, de loisirs, etc.) représente un endroit permettant de renforcer les compétences individuelles et communautaires (Cyril et al., 2016).

La démarche communautaire

Les démarches communautaires constituent une des cinq stratégies de promotion de la santé, définie par l'OMS pour réduire les inégalités sociales de santé (OMS, 2021). Si les problématiques actuelles sont totales¹³, la démarche communautaire pourrait bien constituer une force par sa méthodologie concrète dont ses spécificités reposent sur la mise en contact des individus, leur participation et implication dans le processus collectif mis en place. Elles pourraient ainsi, par les multiples mises en pratiques adaptées aux contextes et aux besoins spécifiques des « communautés concernées », favoriser la mise en commun de ressources, d'expériences de vie, etc. Dans un contexte de crise sanitaire comme celui lié à la COVID-19, les apports de la démarche communautaire pourraient être nombreux : meilleure adhésion des populations aux politiques de prévention, amélioration de la littératie en santé menant à une meilleure adhésion aux mesures sanitaires liées à la gestion d'une pandémie, etc. Plusieurs études ont en effet mis en lumière les bénéfices de celle-ci dans l'adoption durable (ou la création de nouveaux) de comportements sains (Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé, 2020 ; Morin et al., 2012).

La démarche communautaire en promotion de la santé est entendue comme un ensemble de pratiques spécialisées de santé publique visant le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et des groupes sur leurs conditions de vie et de santé, à l'aide de stratégies d'interventions telles que l'éducation pour la santé, l'organisation communautaire, l'action sur les environnements, le plaidoyer politique, et la réorientation du secteur du soin (Ferron, 2021).

La mise en œuvre « systématique » des démarches communautaires en santé est et sera essentielle dans la gestion et l'appréhension des diverses crises *sociétales* dont la crise climatique et écologique¹⁴.

L'approche par milieu de vie¹⁵ et par territoire

L'approche par milieux de vie correspond à l'application de l'approche socio-écologique (les microsystèmes, selon Bronfenbrenner) (Kokko, 2013 ; Torp 2014). Un milieu de vie est défini comme « *le lieu ou le contexte social où les individus s'engagent dans des activités quotidiennes, au sein duquel des facteurs environnementaux, organisationnels et personnels interagissent pour influencer la santé et le bien-être* » (Nutbeam, 1998). Cette définition voit les milieux de vie comme des systèmes complexes (par le nombre de déterminants), ouverts et dynamiques (en constante rétroaction entre l'individu et l'environnement, au cours du temps). Dès lors, le changement de comportement repose sur une combinaison de développement de l'organisation et de projet, un équilibre avec une approche top-down et bottom-up et des initiatives centrées tant sur la promotion de la santé que sur les priorités du cœur de métier du milieu de vie. L'approche par milieu de vie a plusieurs avantages : elle permet de situer les pratiques de promotion de la santé au sein d'un contexte (social), d'optimiser les interventions pour tenir compte des contingences contextuelles propres au milieu de vie et de cibler des facteurs organisationnels plutôt que de développer une intervention générique (Poland 1999).

Elle permet également de se centrer sur les lieux où la santé se crée (se maintient ou se dégrade), d'identifier les parties prenantes, d'observer et de mesurer les impacts d'une intervention et d'identifier des leviers pour des changements pérennes dans la société.

¹³ *Totale* car elle touche toutes les sphères de la société et de l'humanité. Au même titre que la santé est un fait social total, elle est la résultante de tous les facteurs qui définissent la société (l'économie, le rapport à l'environnement, l'habitat, l'insertion dans le tissu social, etc.) (Gaille & Terral, 2021).

¹⁴ Lire à ce sujet l'approche écologique de Bronfenbrenner pour lequel le développement du sujet se produit dans l'interaction de différents types d'environnements (milieux de vie) : le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème, l'ontosystème et le chronosystème (Absil et al., 2012 ; El Hage & Reynaud, 2014).

¹⁵ Ce paragraphe est largement inspiré des travaux de Van Hoye (2020) et Van Hoye et al. (2021).

Une grande diversité de milieux de vie existe et peuvent connaître des niveaux d'organisation plus ou moins structurés, plus ou moins soumis à des réglementations, des normes et des contrôles de qualité qui encadrent la vie quotidienne des bénéficiaires et des résidents. Ce niveau de structuration est, par exemple, très élevé dans un hôpital, une prison, une maison de repos et de soin, beaucoup moins dans une entreprise, une résidence service, un centre sportif ou un centre communautaire, une structure d'accueil à bas seuil et encore moins dans un quartier où circulent, interagissent, s'approvisionnent les habitants au gré de leurs obligations et envies.

Les milieux de vie renvoient aux habitants, à leurs environnements quotidiens et aux dynamiques sociales et affectives dans lesquelles ils sont immergés. Ces milieux de vie sont toujours singuliers : ils se rapportent à la façon dont les personnes expérimentent leur vie quotidienne (Davenne, 2015).

A contrario, le territoire trace un contour géographique, une construction utile pour penser les déterminants sociaux de la santé. A l'intérieur de ce périmètre seront élaborées les stratégies qui s'implanteront dans différents milieux de vie, y compris dans un contexte professionnel entretenant des relations complexes et mouvantes, comme autant d'espaces complémentaires. Les différents milieux de vie auxquels appartient un individu ou un collectif correspondent à la notion de méso-système introduite par Brofenbrenner (1979).

Les territoires construisent des espaces d'accès où se rencontrent l'offre et la demande de services. Les espaces de première proximité doivent permettre des déplacements relativement aisés tant des professionnels que des citoyens et des usagers. Les territoires construisent des espaces de concertation, ils constituent des espaces de citoyenneté.

Contexte : Faire face au diagnostic social et épidémiologique pour la Wallonie.

La Wallonie (ou Région wallonne) est une des trois régions qui composent la Belgique. Les deux autres régions, situées au nord, sont la Région flamande et la Région de Bruxelles-Capitale. La Wallonie couvre une superficie de 16 901 km², soit 55,1 % du territoire belge. Elle est composée de 5 provinces : le Brabant wallon, le Hainaut, Namur, Liège et le Luxembourg. Ces provinces sont elles-mêmes subdivisées en 20 arrondissements administratifs et 262 communes. Les 262 communes wallonnes sont de tailles fort différentes puisque leur étendue varie de 6,8 km² pour Saint-Nicolas (Liège) à 213,7 km² pour Tournai (Hainaut).

	Superficie en km ²	Part du territoire wallon (%)	Nombre de communes
Province de Brabant wallon	1 097	6,5	27
Province de Hainaut	3 813	22,6	69
Province de Liège	3 857	22,8	84
Province de Luxembourg	4 459	26,4	44
Province de Namur	3 675	21,7	38
Wallonie	16 901	100	262

Sources : SPF Finances, limites administratives et Statbel

« Les découpages administratifs sont généralement ceux pour lesquels les statistiques sont les plus abondantes et pertinentes. Ils ne constituent cependant pas toujours l'échelle la plus adaptée à l'analyse de certains phénomènes spatiaux, sociaux, économiques et environnementaux. Les tailles variées des communes et la réalité de terrain qu'elles recouvrent, par exemple, peuvent parfois limiter la pertinence de certaines analyses » (IWEPS, 2021a, 2021b).

Des informations de plus en plus précises et diversifiées concernant la santé et les déterminants de la santé sont disponibles tant au niveau régional que communal, via l'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux (ISADF) développé par l'IWEPS et ses différentes dimensions prises isolément (notamment le droit à un environnement et un cadre de vie sain et adapté, à une alimentation suffisante, adéquate et de qualité, et au meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint, ainsi qu'à l'aide médicale), ainsi que via les indices de situation sociale (ISS) et des conditions de bien-être (ICBE), également développés par l'IWEPS, et qui comportent des dimensions de santé (notamment santé, sécurité et satisfaction face à la vie pour le premier, bien-être et cadre de vie pour le second).

Comme dans les autres pays d'Europe, la santé s'est améliorée au cours de ces dernières décennies en Wallonie sans échapper cependant à une certaine dualisation : amélioration plus franche dans les couches favorisées de la population et parfois stagnation voire détérioration chez les autres (Renard et al., 2022). Par ailleurs, la syndémie de COVID-19 a eu un impact différencié selon les sous-populations : détérioration de la situation de santé de certaines populations spécifiques (personnes précarisées, minorités sexuelles et de genre, minorités ethniques et migrants, personnes en situation de handicap) sur des plans divers (santé mentale, accès aux services de soins de santé, inégalité d'exposition et vulnérabilité à l'épidémie de COVID-19) (Service universitaire de Promotion de la Santé – RESO, in press).

De nombreux efforts restent donc à fournir pour poursuivre le travail d'amélioration de la santé de la population dans son ensemble, ainsi que pour réduire les inégalités sociales de santé et éviter de les augmenter en contexte de crise.

Santé, conditions de vie et inégalités sociales en Wallonie

L'espérance de vie à la naissance en Wallonie était en deçà de la moyenne belge avant l'épidémie de COVID-19 (80,3 ans à comparer à 81,8 ans en 2019), et l'écart entre la Région et la moyenne nationale s'est accru en cours de pandémie (78,9 ans contre 80,8 ans fin 2020) (IWEPS, 2021a ; Renard et al., 2021).

Le pourcentage de malades chroniques est en augmentation, en particulier depuis 2016, et pourrait encore augmenter en 2021-2022. La vulnérabilité des malades chroniques, c'est-à-dire le risque que l'affection ne reçoive pas le suivi approprié, s'est accrue pendant et après la syndémie. On constate aussi une augmentation des incapacités de travail de longue durée (de plus d'un an) – de 3,6% en 2005 à 7,4% en 2020 – lesquelles résultent notamment de l'augmentation des problèmes psychiques et locomoteurs, du stress chronique au travail, de l'équilibre rompu entre vie privée et vie professionnelle, etc. (Reginster & Ruyters, 2021).

Les troubles de la santé mentale constituent une préoccupation importante en Belgique. La prévalence des troubles anxieux et dépressifs rapportée dans la [Health Interview Survey](#) (Charafeddine et al., 2018) était déjà assez élevée, avec environ une personne sur dix déclarant un trouble anxieux (stable depuis 2013 pour la Belgique, mais en augmentation pour la Wallonie), et une personne sur dix déclarant un trouble dépressif (en légère diminution par rapport à 2013). En Wallonie, parmi les impacts de la crise sanitaire liée à la COVID-19 déjà perceptibles en 2021 et 2022, on constate une forte présence des troubles anxieux et dépressifs (de même que des troubles alimentaires). Les jeunes adultes (18 à 29 ans) sont de loin les plus touchés par la symptomatologie anxieuse (34%) et dépressive (38%) ; les femmes sont plus nombreuses que les hommes à éprouver des troubles de l'anxiété (24,0% pour les femmes, 18,5% pour les hommes) (IWEPS, 2021a, 2021b).

D'après l'[étude BeBoD](#), en Wallonie, en 2018, le fardeau de la maladie¹⁶ était principalement causé par les troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances (22,5%), les cancers (18,2%), les troubles musculosquelettiques (12,6%), les maladies cardiovasculaires (12,1%), et les maladies respiratoires chroniques (7,6%). Les maladies avec le fardeau le plus élevés chez les hommes étaient les cardiopathies ischémiques, le cancer du poumon, et les troubles liés à la consommation d'alcool ; chez les femmes, c'étaient les troubles dépressifs, les bronchopneumopathies chroniques obstructives et les douleurs dans le bas du dos (Reginster et Ruyters, 2021). Les taux en Wallonie sont par ailleurs plus défavorables que ceux des autres régions pour la plupart des facteurs de risque (consommation de tabac, alcool, taux d'obésité, activité physique, littératie en santé et dépistages de certains cancers). De la même façon, le bilan épidémiologique wallon (IWEPS, 2021a) rapporte des taux de pratiques de prévention et de maladies en dégradation au fil du temps.

En ce qui concerne les déterminants des maladies chroniques, les évolutions dans ce contexte syndémique illustrent que les déterminants socio-économiques et structurels ont un impact majeur sur l'apparition de problèmes de santé chronique, sur le plan somatique comme mental (Sciensano, 2022) :

- Le pourcentage de personnes de 18 ans et plus souffrant d'obésité est de 21% dans l'enquête de 2022. Il est significativement plus élevé qu'en 2018 (16%) et qu'en avril 2020 (19%) ;
- Les hommes, les personnes de moins de 65 ans, les parents isolés et les personnes présentant des symptômes de troubles anxieux et/ou dépressifs sont plus susceptibles de rapporter une augmentation de leur consommation d'alcool ;
- La consommation de sédatifs a surtout augmenté parmi les jeunes adultes de 18 à 29 ans, les personnes ayant un emploi rémunéré, les étudiants, et les personnes présentant des symptômes de troubles anxieux et/ou dépressifs ;
- La consommation de tabac a surtout augmenté parmi les 18-29 ans, les parents isolés, les personnes vivant seules, les demandeurs d'emploi et les personnes présentant des symptômes de troubles anxieux et/ou dépressifs ;
- Les différences les plus frappantes en matière d'insécurité alimentaire ont été observées au niveau de la composition du ménage : par rapport aux personnes vivant en couple sans enfants, celles vivant seules (avec ou sans enfants) et celles vivant en couple avec enfants étaient plus nombreuses à souffrir d'insécurité alimentaire durant les trois derniers mois ; les personnes seules avec des enfants étaient les cas les plus extrêmes ;
- Le télétravail a pris sa place dans l'organisation de nombreux services et entreprises : 53% des personnes faisant ou ayant fait du télétravail trouvent qu'il est (très) difficile d'être aussi actives physiquement pendant un jour de télétravail que durant un jour normal sans télétravail. Pour 27%, il est (très) facile de l'être. Des différences se manifestent selon l'âge : les personnes de 18-29 ans rapportent moins souvent qu'il est (très) facile (16%) pour elles d'être aussi actives physiquement pendant un jour de télétravail que durant un jour normal sans télétravail que les personnes de 30-49 ans (27%) et que les personnes de 50-64 ans (29%).

La *santé sociale* entretient des liens très étroits avec la santé mentale. Plusieurs indicateurs en reflètent la dégradation au sortir des deux ans de crises – sanitaire due à la COVID-19 et climatique due aux inondations – et dans un contexte où croît l'inquiétude climatique, économique et géopolitique. On constate une baisse significative de la satisfaction de vie des Belges : sur une échelle allant jusqu'à 10, ceux-ci donnent un score moyen de 6,1 en mars 2021 contre 7,4 en 2018. D'après les auteurs, le manque d'autonomie, la réduction sévère des contacts, la solitude et l'anxiété jouent un rôle prépondérant dans cette diminution de la satisfaction (IWEPS, 2021a, 2021b).

¹⁶ Le DALY (Disability-Adjusted Life Years, Années de vie en bonne santé perdues ou Espérance de vie corrigée de l'incapacité) est un indicateur qui permet de mesurer le fardeau de la maladie en prenant en compte la perte de qualité de vie due à la présence d'une maladie ainsi que les années de vie perdues suite à un décès prématuré.

Deux ans de pandémie de COVID-19 ont également eu un impact sur la participation sociale de la population : 52% des personnes de 18 ans et plus déclarent rendre visite à leur famille, leurs amis ou leurs connaissances moins souvent qu'avant la pandémie et 58% déclarent aller moins souvent à des concerts, à des fêtes, des représentations théâtrales, des événements sportifs et fréquenter moins souvent les pubs, cafés et restaurants, etc.

La dixième enquête de santé COVID-19 déjà citée relève en mars 2022 plus spécifiquement les évolutions suivantes :

- 24% des personnes de 18 ans et plus ont indiqué qu'elles étaient insatisfaites de leurs contacts sociaux (contre 9% avant la pandémie, en 2018). Le pourcentage de personnes qui ont indiqué souffrir d'un sentiment de grande solitude est passé de 28% en décembre 2021 à 21% en mars 2022 (à la suite du relâchement des règles de limitation des contacts sociaux en fin de pandémie). Les 18-29 ans sont plus nombreux à se sentir très seuls (30%) que les 50-64 ans (21%) ou les 65 ans et plus (17 %) ;
- 35% des personnes de 18 ans et plus se sentent peu soutenues par leur entourage¹⁷. À des fins de comparaison, avant la crise liée à la pandémie de COVID-19 (HIS, 2018), seulement 16% de la population de 18 ans et plus indiquait se sentir peu soutenue par son entourage.

Deux principaux groupes à risque sont identifiés concernant l'insatisfaction vis-à-vis des contacts sociaux, le faible soutien social et la solitude : les familles monoparentales et les personnes vivant seules (parmi lesquelles sont pointées les personnes de 50 à 64 ans) ainsi que les personnes ayant un faible niveau d'éducation (diplôme d'enseignement secondaire ou inférieur).

Enfin la *sécurité financière* impacte fortement les conditions de vie mais aussi le sentiment de sécurité, la santé physique, mentale et sociale ; elle est l'un des déterminants majeurs de la santé.

En mars 2022, 29% des répondants à l'enquête de Sciensano indiquent que leur situation financière s'est détériorée par rapport à ce qu'elle était 3 mois plus tôt, notamment les personnes vivant seules avec des enfants, ainsi que les personnes qui sont en situation de précarité financière¹⁸. 35% pensent que leur situation financière se détériorera dans les trois prochains mois.

De plus, 10% des personnes sont actuellement confrontées à des arriérés de paiement. Ici aussi, cela concerne principalement les personnes vivant seules avec des enfants et les personnes en situation de précarité financière. Les arriérés de paiement sont principalement liés aux factures de gaz, d'électricité, d'eau et de téléphone, mais aussi aux soins de santé.

Les personnes ayant fait des études supérieures sont plus nombreuses à indiquer un impact négatif de la crise sur leur travail ou leurs études, leur vie sociale, leurs activités de loisirs et leurs voyages ou vacances. Les personnes moins instruites rapportent plus souvent un impact négatif de la crise au niveau de leurs revenus, de la santé ou des soins.

Tous les groupes d'âge inférieur à 65 ans sont significativement plus susceptibles, en mars 2022, d'indiquer que la crise a eu un impact négatif sur leur santé ou leurs soins : cela concerne en effet 36% des 18-29 ans, 39% des 30-49 ans et 34% des 50-64 ans contre 24% des 65 ans et plus.

Les personnes vivant seules avec enfant(s) sont significativement plus nombreuses à indiquer que la crise a eu un impact négatif sur leur santé ou leurs soins (44%) que les personnes vivant en couple sans enfant (30%). Les personnes moins éduquées (35%) sont également plus susceptibles de rapporter un impact négatif de la crise sur leur santé ou leurs soins que les personnes plus éduquées (32%).

¹⁷ Le soutien social désigne l'aide émotionnelle, pratique et informative qu'une personne reçoit de son entourage.

¹⁸ La précarité financière est définie par la difficulté à joindre les deux bouts en fin de mois.

Les inégalités sociales de santé ont été exacerbées par les deux ans de crise sanitaire : on constate une baisse significative de contacts avec les médecins généralistes pour les affiliés ayant un profil socio-économiquement fragilisé.

Les changements provoqués par la crise ont fragilisé les familles déjà précarisées : rupture de lien social, rupture des prises en charge psychologiques et/ou médicales, renforcement de la digitalisation dans différents domaines de vie. En résulte une augmentation du risque de distanciation de ces familles avec le système d'aide sociale et de non-recours aux droits.

Les difficultés ont été exacerbées pour certaines catégories de la population qui n'ont pu bénéficier ni d'une protection d'emploi, ni d'une protection de la santé et de la sécurité au travail : certains indépendants vulnérables, artistes, flexi-job, étudiants jobistes, travailleurs du secteur de la construction et du nettoyage, personnes en séjour irrégulier, sans abri, personnes en situation de handicap, prostituées, aînés, etc. Les personnes migrantes non-UE ont vu leur situation se dégrader : occupation d'emplois plus précaires et moins rémunérateurs dans les secteurs les plus impactés par le confinement et augmentation des discriminations pour critères sociaux.

Inégalités sociales de santé et universalisme proportionné

Ces constats invitent à accorder de l'attention aux inégalités sociales, en ce qu'elles exercent une influence majeure non seulement sur l'accès aux soins, mais aussi sur l'exposition aux facteurs de risques de développer des problèmes de santé, sur l'apparition, les conséquences et le vécu des problèmes de santé et enfin sur la mise en œuvre des conditions qui permettent de rester en bonne santé.

Les données mises à disposition par l'IWEPS permettent de préciser les publics, voire les territoires qui doivent, dans ce contexte d'inégalités sociales, faire l'objet d'une attention renforcée. Ces chiffres donnent aussi une appréciation de l'ampleur des publics concernés.

En Wallonie, selon les perspectives du Bureau fédéral du Plan de 2020, la part des 65 ans et plus devrait être de 27,5 % en 2071 contre 19,0 % en 2021. Au 1^{er} janvier 2021, le nombre de ménages privés en Wallonie s'élevait à 1 601 700, pour 1 934 ménages collectifs. Parmi les ménages privés, plus du tiers est constitué de personnes isolées (36,7%). Les couples sans enfant mariés ou non mariés représentent 22,3 % des ménages wallons, contre 27,0 % pour les couples avec enfant(s). Les familles monoparentales représentent 12,2 % des ménages privés (195 739 au 1^{er} janvier 2021).

En Wallonie, un habitant sur quatre (24,6%) vit dans un ménage en situation de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale¹⁹. Environ 6,8 % de la population vit dans un ménage en situation de privation matérielle sévère et 15% dans un ménage en situation de privation matérielle et sociale. Relevons par exemple que 18,7 % des personnes vivent dans un logement qui présente un problème d'humidité. 34,4 % des locataires sur le marché locatif privé ont un revenu net équivalent inférieur au seuil de pauvreté. Environ un cinquième de la population wallonne vit dans un ménage ne disposant pas d'un revenu de 1 284 € net par mois pour un isolé ou de 2 696 € pour un ménage composé de 2 adultes et de 2 enfants de moins de 14 ans.

En Wallonie, 3,84 % des majeurs sont bénéficiaires de l'aide sociale RIS – ERIS – GRAPA. On constate que certaines catégories de la population (femmes, jeunes de 18 à 24 ans, personnes de plus de 65 ans) sont plus particulièrement représentées parmi ceux-ci.

¹⁹ Le taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale comprend l'ensemble des personnes qui sont en risque de pauvreté, qui sont en situation de privation matérielle sévère et/ou vivent dans un ménage à très faible intensité de travail. Il s'agit donc d'un indicateur composite regroupant l'ensemble de la population touchée par au moins l'une de ces trois dimensions de la pauvreté.

Pour chaque catégorie d'âge, on observe une surreprésentation des femmes chez les bénéficiaires de l'aide sociale. De manière générale, les constats se multiplient pour montrer l'impact du genre sur la santé, que cet impact soit ou non lié au revenu.

La classe des 15 à 24 ans compte proportionnellement peu d'actifs (31,4 %), mais parmi ceux-ci, la part des chômeurs est très importante (27,6 %). En 2020, le taux d'emploi des jeunes (15-24 ans) est resté très faible en Wallonie (19,1 %) et stable par rapport à 2019 ²⁰.

Notons également que près de 39 jeunes salariés sur 100 (soit 29 887 jeunes) travaillent à temps partiel, dont 18 parce qu'ils n'ont pas trouvé un emploi à temps plein ou que l'emploi souhaité n'était offert qu'à temps partiel.

Concernant les bénéficiaires (au nombre de 5675 en 2019) du dispositif d'hébergement d'urgence organisé par les services partenaires des Relais sociaux urbains de Wallonie, il apparaît que la grande majorité d'entre eux est composée « d'isolés vivants sans enfant » (88,0 %). La moitié d'entre eux est sans revenu (49,2 %), l'autre moitié dépend d'allocations sociales ou de revenus de remplacement.

Enfin, il faut prendre en considération qu'en Wallonie certains territoires accueillent plus de personnes nécessitant une aide sociale que d'autres. Les quelques données suivantes témoignent de la variété des territoires et laissent envisager des besoins diversifiés que ce soit sur le contenu des actions de promotion de la santé que sur l'accessibilité des services de promotion et de prévention de la santé.

Le revenu médian par déclaration – c'est-à-dire le revenu qui est au milieu de l'ensemble des déclarations de la commune – est un indicateur du niveau de richesse de la population habitant la commune. Les communes les plus riches se situent dans le Brabant wallon, à proximité du Grand-Duché de Luxembourg et dans certaines zones périurbaines (autour de Mons, Charleroi, Namur et Liège). Les communes les plus pauvres se situent dans les bassins industriels du sillon Sambre et Meuse, dans les grandes villes (Mons, Charleroi, Liège, Verviers) et dans les communes rurales du sud des provinces de Hainaut et de Namur ainsi que du nord et du sud-ouest de la province de Luxembourg.

En Wallonie, au 1er janvier 2020, 5,46 % des plus de 65 ans bénéficient de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA). La carte de la GRAPA et du RG montre des taux élevés dans les zones plutôt rurales du sud des provinces du Hainaut, de Namur et de Liège et du nord et de l'ouest de la province de Luxembourg. On observe aussi des taux importants dans les villes industrielles de Charleroi, Liège et Verviers. À l'opposé, le Brabant wallon, les localités au nord de Namur et à proximité du Grand-Duché de Luxembourg ainsi que quelques communes périurbaines présentent les taux les plus bas.

Ce caractère relativement rural de la GRAPA contraste avec la répartition du revenu d'intégration sociale qui montre une surreprésentation des communes urbaines. À l'opposé, les communes périurbaines et rurales présentent des taux plus faibles, en particulier dans le Brabant wallon et à proximité du Grand-Duché de Luxembourg. On remarque néanmoins une exception à cette tendance générale : les communes rurales proches de la frontière française, dont le taux de revenus d'intégration sociale (RIS) ou équivalent (ERIS) est très élevé.

²⁰ Le taux d'emploi est calculé en divisant le nombre de personnes occupées (qui ont un emploi) d'une tranche d'âge par la population totale de la même classe d'âge.

Quelles priorités pour la programmation 2023-2027 du plan wallon de promotion de la santé et prévention ?

Ces quelques constats récents indiquent ainsi déjà clairement les priorités à apporter dans la mise en œuvre du WAPPS pour les années 2023-2027, notamment en ce qui concerne les publics : jeunes de 18 à 29 ans, familles monoparentales et personnes isolées, tout en portant une attention particulière à la tranche 50-65 ans.

Une attention accrue doit leur être accordée pour limiter le report des soins et de diagnostics et veiller à la couverture vaccinale. Une attention doit aussi être accordée aux personnes en situation de handicap et à leurs familles qui, à l'instar des malades, ont vu leur vulnérabilité s'accroître. S'y joignent deux groupes vulnérables parmi les personnes qui ont contracté la COVID-19, avec ou sans maladie chronique préexistante : ceux qui ont développé des symptômes sévères de la maladie et ceux qui continuent de souffrir de symptômes ou de séquelles de la maladie (cf. « COVID long »).

Les problématiques de santé identifiées en 2017 dans le WAPPS sont toujours d'actualité. Les cinq priorités thématiques rejoignent les priorités émergentes de la dernière enquête de santé COVID 19 réalisée par Sciensano :

- La prévention et le suivi des maladies chroniques notamment au travers de la sécurité et de la qualité alimentaire, de la lutte contre la sédentarité, des consommations d'alcool, de tabac et de sédatifs, de la possibilité de pratiquer une activité physique adaptée ;
- L'action sur les déterminants sociaux de la santé mentale que sont le lien social, le sentiment de soutien social, la solitude.

Les malades chroniques n'ont pas été épargnées par les contraintes des mesures prises pour affronter la crise sanitaire (suivi à distance ou absence de suivi), tandis que ceux qui ont contracté des maladies, chroniques ou autres n'ont pas toujours pu les détecter, faute de dispositifs réellement accessibles. Une prise en charge plus tardive peut entraîner des difficultés supplémentaires, de sorte que des démarches proactives, tant dans la détection que dans l'accompagnement et le suivi, ne seront pas inutiles : il importe ainsi de développer « l'aller vers » pour favoriser l'accès aux soins des populations isolées ou plus vulnérables, en raison de leurs problèmes de santé ou de leur situation sociale.

Par ailleurs, les diverses mesures mises en place pour contenir l'épidémie de COVID-19 sont à l'origine d'une diminution des contacts sociaux et de la cohésion sociale, non entièrement résolue et à l'origine de problèmes de santé mentale. Dans ce contexte, le travail communautaire et dans les milieux de vie est plus spécifiquement nécessaire. Face à l'inquiétude généralisée à propos de l'avenir de la société, il faut renforcer des facteurs de protection contre les conséquences négatives de la crise : l'investissement dans des projets qui donnent du sens à la vie, un sentiment d'appartenance et de solidarité.

Ces constats rappellent aussi l'attention à accorder aux inégalités sociales, en ce qu'elles exercent une influence majeure non seulement sur l'accès aux soins, mais aussi sur l'exposition aux facteurs de risques de développer des problèmes de santé, sur l'apparition, les conséquences et le vécu des problèmes de santé et enfin sur la mise en œuvre des conditions qui permettent de rester en bonne santé.

Un impact des inégalités socio-économiques a en effet été constaté pour l'ensemble des indicateurs de santé, depuis les déterminants de santé jusqu'à la morbidité et la mortalité. Elles étaient particulièrement prononcées pour la mortalité, la santé mentale et de nombreux facteurs de risques, à savoir le tabagisme, l'obésité, le manque d'activité physique, et les habitudes alimentaires. Si une augmentation récente des inégalités de santé a été observée pour le tabagisme, la dépression et la migraine, pour la plupart des indicateurs de santé, aucune aggravation récente claire n'a été observée entre le début des années 2010 (2011-2013) et leur fin (2018-2020). Il faut toutefois noter que pour certains indicateurs, les inégalités avaient augmenté antérieurement et se sont maintenant stabilisées à un niveau élevé (c'est notamment le cas de l'espérance de vie) (Renard et al., 2021).

Si certains indicateurs de santé étaient stables avant la crise sanitaire, voire parfois en amélioration (espérance de vie, dépression), la plupart connaissaient une dégradation et la situation globale wallonne restait négativement divergente par rapport à la moyenne belge. La crise sanitaire a aggravé la situation, en ce compris pour les indicateurs précédemment stables ou en évolution positive, et les inégalités sociales de santé se sont globalement renforcées. Par ailleurs, les déterminants de la santé connaissaient une évolution négative avant la crise, que cette dernière n'a nullement enrayerée, au contraire.

Ceci souligne toute l'importance de renforcer les actions en promotion de la santé, et d'y prêter une attention plus grande encore auprès des populations plus vulnérables (celles-ci peuvent varier selon les indicateurs, mais des tendances générales existent). Pour certaines de ces populations, l'amélioration de la littératie en santé constitue un enjeu important en promotion de la santé et en prévention.

Enfin, la diversité des milieux et des territoires, telle que la reflètent différents indicateurs (ISADF, ICBE, ISS) doit être prise en compte dans les politiques, ainsi que des populations vivant en milieux spécifiques où une attention particulière doit être portée à la santé, tant physique que mentale (prisonniers et internés en établissement de défense sociale, demandeurs de protection internationale en centre d'accueil et illégaux en centres fermés, personnes en situation de handicap vivant en centre d'hébergement, et personnes âgées résidant en maison de repos). Un travail intersectoriel y est plus particulièrement justifié.

Éléments méthodologiques : Définir une programmation pour 2023-2027

La promotion de la santé représente un champ de références et de pratiques utiles pour faire face aux problématiques de santé exacerbées par la pandémie mais surtout pour rendre la population wallonne collectivement plus résiliente pour les transitions sociales, environnementales et économiques auxquelles seront confrontées toutes les sociétés humaines.

La promotion de la santé consiste à intervenir avant que les problématiques de santé n'apparaissent ou lorsqu'elles sont apparues, à éviter qu'elles ne s'installent et ne s'aggravent. Pour ce faire, il est essentiel de travailler en étroite synergie avec les populations elles-mêmes qui sont les meilleures observatrices de leurs conditions de vie et avec les professionnels de tous secteurs qui peuvent soutenir les citoyens dans l'aménagement de leurs modes et de leurs environnements de vie. La promotion de la santé intègre des enjeux sociaux, environnementaux et démocratique²¹. Pour anticiper et gérer les crises – qu'elles soient sanitaires, climatiques ou économiques – la promotion de la santé s'organise pour introduire localement plus de prévention, plus de collectif, plus de démocratie, d'écoute des citoyens, de collaboration entre les acteurs associatifs et les acteurs publics locaux.

²¹ voir <https://www.who.int/fr/news/item/15-12-2021-10th-global-conference-on-health-promotion-charters-a-path-for-creating-well-being-societies>

Créer des environnements favorables à la santé est une composante incontournable de la promotion de la santé, que ce soit à l'échelle des milieux de vie, des collectivités locales, d'une région ou de la planète.

Ancrage dans le WAPPS - Plan wallon de Promotion de la Santé et Prévention

La programmation qui fait l'objet du présent document est réalisée au départ des objectifs repris dans le WAPPS ([partie 1](#)) et son référentiel pour l'action ([partie 2](#)).

Ces documents ont été produits respectivement en 2016 et 2018 après de larges consultations auprès d'une diversité de parties prenantes. Ils ont été approuvés par le Gouvernement précédent.

La programmation actuelle s'inscrit donc dans le droit fil de ceux-ci dans une visée d'actualisation, de priorisation et d'opérationnalisation. *Actualisation*, pour prendre en compte les leçons à tirer de la pandémie qui a marqué les années 2020 et 2021 dont les conséquences sur les déterminants sociaux de la santé sont multiples, de la période d'incertitude économique et sociale créant des conditions engendrant une diminution de la qualité des emplois mais aussi de vie qui sont amplifiées par les conséquences de la guerre en Ukraine et de la multiplication des phénomènes climatiques extrêmes (en Wallonie, il s'agit par exemple des inondations (été 2021) ou encore des vagues de chaleur à répétition (été 2022)). *Priorisation* pour éviter l'éparpillement des actions, renforcer leur synergie et leur durabilité, notamment avec les autres plans de la Wallonie, en ambitionnant plus d'efficacité sur le moyen terme. *Opérationnalisation* afin de disposer de repères plus précis pour piloter cette programmation.

Ces trois enjeux ont été abordés par une méthodologie itérative qui sera développée ci-dessous.

Cette méthodologie a pris pour ancrage les 5 priorités thématiques et les 12 objectifs transversaux qui constituent l'ossature du WAPPS. Priorités thématiques et objectifs transversaux sont présentés schématiquement ci-dessous.

Les axes correspondent à des priorités de santé, établies sur la base des données socio-épidémiologiques : les maladies les plus fréquentes avec des conséquences importantes sur la qualité de vie, les facteurs de risque et de protection le plus souvent impliqués dans le développement de maladies transmissibles ou non transmissibles.

1) La promotion des modes de vie et des milieux de vie favorables à la santé

- 1.1. Alimentation, Activité Physique
- 1.2. Lutte contre le tabagisme

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

- 2.1. La prévention des usages addictifs et réduction des risques
- 2.2. La promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global

3) La prévention des maladies chroniques

4) La prévention des maladies infectieuses y compris la politique de vaccination

5) La prévention des traumatismes et la promotion de la santé

Les *objectifs transversaux* du WAPPS, au nombre de 12, traduisent les principales stratégies porteuses en promotion de la santé exposées dans la partie « [Comprendre comment se construit la santé ?](#) » du présent document.



Les synergies avec d'autres plans et stratégies en Wallonie

Les défis en matière de santé sont transversaux par nature. La variété des déterminants sociaux, économiques, environnementaux et politiques [de la santé] sur lesquels la promotion de la santé et la prévention peuvent agir, nécessite de créer des synergies et des croisements, entre savoirs et pratiques, avec de multiples autres plans, instruments et stratégies en matière de politiques publiques touchant différents secteurs de la vie en société, dans des temporalités et des groupes de population distincts.

Les plans wallons et nationaux²² :

- [Plan wallon Sans Tabac](#)
- [Plan Nutrition Santé et bien-être des aînés](#)
- [Plan wallon de Sortie de la pauvreté \(2020-2024\)](#)
- [Plan wallons Environnement-Santé 2019-2023 \(ENVieS\)](#)
- [Plan Air Climat Energie \(PACE\) 2016-2022](#)
- [Plan Wallonie Cyclable 2030](#)
- [Plan Genre 2020-2024](#)
- [Plan wallon d'inclusion des personnes LGBTQIA+](#)
- [Plan de relance de la Wallonie et « Get up Wallonia »](#)
- [La Stratégie wallonne de Développement durable](#)
- [Plan Digital Wallonia 2019-2024](#)
- [Plan d'action fédéral handicap 2021-2024](#)
- [Plan intra francophone de lutte contre les violences faites aux femmes 2020-2024](#)
- Référentiel [Vers un système alimentaire durable en Wallonie](#) et les objectifs validés par l'Alliance Emploi-Environnement Alimentation en la matière.
- [Plan d'actions relatif aux Droits de l'enfant 2020-2024](#)
- [Plan national de lutte contre les violences basées sur le genre \(2021-2025\)](#)
- [Plan national One Health](#)
- Plan de lutte contre l'usage nocif de l'alcool
- Plan national VIH

Les convergences de la programmation en promotion de la santé avec certains éléments de ces plans seront évoquées dans les chapitres *ad hoc* de ce document.

²² Les plans wallons cités ci-dessus peuvent être consultés et téléchargés à l'adresse suivante : <https://www.wallonie.be/fr/plans-wallons>

Processus de préparation de la programmation

En mai 2022, une Task force a été mise en place, rassemblant des experts des mondes associatifs, des services scientifiques et administrations impliqués dans le diagnostic socio-sanitaire, dans l'analyse des références scientifiques en promotion de la santé ainsi que dans les actions et programmes actuellement développés en promotion de la santé, parmi lesquels le dispositif des Stratégies concertées COVID-19 mis en place en région wallonne à l'été 2020. Les membres de cette Task force ont été sélectionnés pour leur expérience soit sur les axes thématiques du plan soit sur les objectifs transversaux. Les travaux de la Task force ont été soutenus et pilotés par l'AVIQ et par le service agréé ESPRist-ULiège.

Les travaux de cette Task force se sont fondés sur une première relecture du WAPPS réalisée par l'AVIQ en collaboration avec la Fédération wallonne de Promotion de la Santé (FWPS). Cette lecture a abouti à une version réduite du WAPPS, dont ont été écartées les actions qui dépendent d'entités ou d'autorités différentes de la Région wallonne et du domaine de la santé.

Les travaux menés par la Task force avaient une triple visée :

- Actualiser les objectifs en fonction du nouveau contexte socio-sanitaire, notamment les leçons à tirer et les conséquences de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 ;
- Sélectionner les objectifs de ce plan estimés prioritaires pour faire face aux défis à relever par la Wallonie dans les 5 prochaines années, en tenant compte de la nécessité de structurer et de renforcer les ressources existantes et d'identifier les points qui nécessitent de prévoir de nouvelles actions ou de nouveaux acteurs ;
- Lier les objectifs de ce plan à ceux d'autres plans wallons ou fédéraux, entérinés ou en construction.

Sélectionner les objectifs prioritaires parmi les objectifs du WAPPS

Les membres de la Task force se sont vu attribuer des points d'entrée différents dans l'analyse, soit par axe thématique, soit par objectif transversal. Quelques-uns ont relu l'ensemble du WAPPS en lien avec certains lieux de vie (tels que les prisons) ou certains publics (tels que les personnes âgées en MR-MRS ou les personnes en situation de handicap). Les membres de la Task force ont alors été invités à passer au crible les objectifs spécifiques du WAPPS et à définir dans quelle mesure ces objectifs entraient en synergie avec d'autres ou avec les objectifs transversaux ; dans quelle mesure ils devaient être ou non renforcés ; quels acteurs mobiliser pour ce faire ; quelles étapes respecter pour cheminer vers l'atteinte de cet objectif ; quelles suggestions formuler pour actualiser cet objectif. In fine, il leur a été demandé de sélectionner, sur base de cette analyse, quels objectifs leur paraissaient prioritaires pour les cinq années à venir.

Une première sélection d'objectifs spécifiques a été opérée sur la base de l'analyse croisée des priorités retenues par les uns et les autres ainsi que des synergies qu'ils voyaient se dessiner entre les objectifs d'un même axe thématique ou d'axes thématiques différents, ou encore entre les objectifs thématiques et transversaux.

Il importe de noter que les éléments issus des ateliers mis en place par le dispositif de Stratégies Concertées COVID-19 en région wallonne ont aussi été intégrés dans cette programmation, ainsi qu'un travail d'analyse et de propositions réalisé par les équipes des CLPS lors d'une journée de travail commune.

Structurer la nouvelle programmation

Cette première sélection a servi de base à un travail collectif de la Task force qui a abouti à la reformulation de deux à quatre *objectifs spécifiques* par axe, auxquels pouvaient se rattacher plusieurs *objectifs opérationnels* issus du WAPPS ou des concertations récentes, telles que les Stratégies Concertées COVID-19 en région wallonne.

Les objectifs spécifiques correspondent à ce que le secteur de la promotion de la santé va mettre en place pour atteindre les objectifs de santé. Les objectifs opérationnels se situent entre les objectifs spécifiques et les actions ; ils facilitent l'identification d'action à mener par divers acteurs pour différents publics et dans différents contextes.

Une grande convergence est apparue dans les suggestions formulées par les participants indépendamment des axes qu'ils avaient examinés. Cela a donné lieu, après consultation de l'AVIQ, à une répartition des objectifs opérationnels à poursuivre prioritairement via l'application de stratégies d'actions classées de A à F (voir ci-dessous).

Par ailleurs, ces six stratégies d'actions structurant la programmation 2023-2027 du WAPPS recourent un ou plusieurs des objectifs transversaux du WAPPS (cf. ci-dessus) :

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

➤ T1 HiaP – T7 EMPOWER – T11 INNOV

STRATÉGIE B : Outiller les professionnels en stimulant les échanges de pratiques et en formant à des pratiques innovantes.

➤ T4 EVAL – T8 INTERSEC – T9 MILIEU – T10 DURABLE

STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie.

➤ T2 INEG – T7 EMPOWER – T9 MILIEU

STRATÉGIE D : Renforcer les collaborations intersectorielles dans une optique de promotion de la santé, en vue de générer des dynamiques locales qui influencent les déterminants sociaux de la santé.

➤ T1 HiaP – T3 ACCESS – T8 INTERSEC.

STRATÉGIE E : Informer et collaborer pour renforcer l'accessibilité des services de prévention et de promotion de la santé.

➤ T2 INEG – T3 ACCESS – T8 INTERSEC

STRATÉGIE F : Intégrer la promotion de la santé dans le parcours de soin.

➤ T5 PARCOURS – T6 CONTINUUM – T8 INTERSEC

Cette structuration permet une vision plus pointue de l'intérêt de chaque objectif transversal ; elle permettra aussi de se référer plus facilement au travail réalisé par la FWPS sur la définition de critères et d'indicateurs possibles à illustrer par les acteurs de promotion de la santé en lien avec les objectifs transversaux. Chacune de ces stratégies est présentée de manière plus détaillée ci-dessous.

Au regard de la littérature scientifique en promotion de la santé exposée dans le chapitre introductif, c'est la combinaison organisée dans le temps et dans les espaces (milieux de vie, territoires) qui aboutira à une prévention plus efficace des problématiques de santé développée dans les 5 axes thématiques.

Une fois cette structure approuvée, un travail associant l'AVIQ, Sciensano et ESPRIst-Ulège a permis de vérifier la faisabilité et la pertinence des objectifs opérationnels sélectionnés.

La pertinence a été établie par rapport aux données socio-sanitaires, aux recommandations et accords internationaux auxquels la Wallonie a souscrit, aux principes d'action probants en promotion de la santé présentés dans l'introduction par l'équipe du RESO-UCL, aux enjeux pour le développement de la promotion de la santé et de la prévention relevés et commentés par les membres de la Task force.

La faisabilité s'est fondée sur l'analyse des actions, services et acteurs existants au regard de chaque *objectif spécifique*, sur une évaluation des possibilités de s'associer avec de nouveaux acteurs hors du secteur de la promotion santé. Cette analyse a été réalisée essentiellement par l'AVIQ sur la base de réflexions colligées auprès des membres de la Task force.

Soumettre le projet de programmation à la concertation

Cette phase de réflexion a abouti à la création d'une fiche par Axe Thématique du WAPPS. Ces fiches ont alors été soumises par le cabinet de la ministre de la Santé à deux séances de travail associant la Fédération wallonne de Promotion de la santé, les opérateurs financés dans le cadre de la promotion de la santé qui ne sont pas membres de cette fédération, les membres de la Task force, l'AVIQ, Sciensano, le RESO-UCL et ESPRIst-ULiège.

Les fiches par axe thématique ont été enrichies par l'intégration des apports de ce groupe de travail, puis présentées à la concertation.

Présentation des stratégies

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

➤ T1 HiaP - T7 EMPOWER - T11 INNOV

Cette stratégie contribue, par des actions de différentes ampleurs orientées vers différents publics cibles, à la diffusion d'informations scientifiquement fondées et accessibles sur les problématiques de santé, les facteurs de protection et les possibilités de prévention.

Il s'agit de préparer (outils, démarches, cadre de référence) et de diffuser cette information de manière à la rendre accessible à tous et toutes, selon les principes de la littératie en santé, quel qu'en soit le support, numérique ou non. Allant plus loin, il s'agit de rendre cette information acceptable par tous, tout en rencontrant les caractéristiques spécifiques de certains publics, en adaptant les canaux d'information et en laissant la voie ouverte à l'exercice d'un esprit critique. Cette stratégie peut donc se concrétiser au travers d'actions de communication sociale, d'éducation et de mobilisation sociale.

Elle représente la condition nécessaire mais non suffisante, pour aboutir *in fine* à l'adoption de nouvelles normes sociales qui privilégient la prévention des maladies et la promotion d'un bien-être global plutôt que la réparation par des traitements et/ou des médicaments hyperspécialisés et coûteux. Ces nouvelles normes doivent être privilégiées aussi bien par les citoyens que par les organisations sociales et économiques ou encore, par les décideurs institutionnels et politiques.

Au-delà des comportements individuels, cette nouvelle norme devrait influencer des règlements et des politiques qui faciliteront l'évolution des modes de vie et réduiront l'impact des facteurs exogènes délétères pour la santé. Les actions contribuant à influencer une évolution de ces facteurs exogènes délétères sont reprises sous le terme « plaidoyer » utilisé dans l'intitulé de cette stratégie. L'exemple emblématique d'une telle évolution est fourni par la lutte contre le tabagisme.

Un des risques, et non des moindres, lors de l'établissement de nouvelles normes sociales est la stigmatisation, voire la discrimination, de certaines personnes ou de certains groupes qui n'ont pas la possibilité de s'y conformer ou qui sont perçus comme ayant refusé d'intégrer cette norme. Cette stratégie comprend aussi des objectifs qui visent à lutter contre de telles dérives.

C'est aussi pourquoi cette stratégie doit intégrer la communication sur la réduction des risques en ciblant soit certains comportements ou situations à risque, soit certains éléments plus transversaux.

En effet, comprendre quels sont les facteurs individuels et environnementaux qui influencent les comportements à risque va permettre d'agir de façon cohérente sur l'ensemble des déterminants communs à ces conduites : usage du tabac, abus de substances psychoactives, mais aussi violence dirigée contre soi, violence dirigée contre les autres, comportements dangereux sur la route, pratiques sportives à risque et comportements sexuels à risque, exposition aux situations potentiellement contaminantes, etc.

Délimitation avec les autres stratégies

Les actions de formation des professionnels et relais amenés à utiliser ces outils ou démarches de promotion de la santé seront plutôt placées dans la stratégie B, la stratégie A prenant pour public cible la population générale.

On placera dans les stratégies C, D, E, F, respectivement l'utilisation de ces outils et démarches pour soutenir une action communautaire, le développement d'un projet dans un milieu de vie, une concertation intersectorielle locale ou encore l'accentuation de la promotion de la santé dans des programmes de prévention ou dans le secteur des soins.

Pistes de critères et d'indicateurs

Les indicateurs et critères repris ci-après, établis au départ d'une proposition de la FWPS²³ sont exemplatifs et seront affinés dans le cadre des travaux du Comité de pilotage.

Maintenir dans le temps l'intérêt et l'engagement des parties prenantes issues d'autres secteurs que celui de la promotion de la santé.

1.4 a) Nombre de conventions et/ou protocoles d'accord avec des parties prenantes issues d'autres secteurs que celui de la promotion de la santé. (Réalisation)

1.4 a) bis Nombre d'activités organisées par des tiers (autres secteurs) auxquelles les acteurs de la santé ont contribué.

2.2 b) Proportion d'initiatives de transition sociale et écologique auxquelles les opérateurs de promotion de la santé ont participé pour renforcer le plaidoyer sur l'équité en santé. (Réalisation)

Développer la littératie en santé : Création d'outils ou communication visant une meilleure appropriation des concepts de la santé et de la maladie.

6.2 e) Nombre d'outils créés et diffusés visant une meilleure appropriation des concepts de la santé et de la maladie. (Réalisation)

6.2 f) Nombre de communications diffusées. (Réalisation)

6.2 g) Nombre d'activités qui favorisent l'accès de tous à l'information. (Réalisation)

Concevoir l'intervention selon différentes intensités et modalités en fonction du gradient socio-économique (universalisme proportionné) :

2.2.a) Nombre d'opérateurs qui déclinent les interventions universelles avec des intensités et des modalités en fonction du gradient socio-économique des publics-cibles ou de leurs vulnérabilités. (Réalisation)

2.2 c) Nombre d'opérateurs qui ont ciblé leurs actions vers certains publics qui cumulent des désavantages en plus de l'intervention universelle. (Réalisation)

²³ Les indicateurs ont été extraits des [fiches](#) et du [glossaire associé](#) préparés par le GT Évaluation de la FWPSanté. La numérotation utilisée se réfère à ces fiches.

STRATÉGIE B : Outiller les professionnels en stimulant les échanges de pratiques et en formant à des pratiques innovantes.

➤ T4 EVAL - T8 INTERSEC - T9 MILIEU - T10 DURABLE

Cette stratégie est une des composantes indispensables pour le développement de la promotion de la santé qui, au vu de la diversité des intervenants potentiellement concernés par la mise en place d'actions de promotion de la santé, se doit de démultiplier ses ressources en soutenant les acteurs de proximité, directement en contact avec les populations, les usagers, les bénéficiaires.

Cette stratégie s'intéresse donc à toute intervention qui vise à augmenter la compétence des professionnels de promotion de la santé, certes, mais surtout celle des acteurs relais d'autres secteurs, qu'ils soient ou non professionnels. Il s'agit pour ceux-ci de tirer profit de l'expérience des professionnels de promotion de la santé pour mettre en œuvre les actions prévues dans les autres stratégies et obtenir des effets d'entraînement reproductibles. Elle vise aussi à augmenter la qualité des pratiques par l'adoption d'outils en adéquation avec le but recherché en promotion de la santé, un recours à l'évaluation, une référence aux données probantes en promotion de la santé, la mise en place de démarches réflexives au sein des équipes et services ou, de manière transversale, entre partenaires de secteurs différents.

Les contenus à aborder peuvent être spécifiques à un public, une thématique de santé, une méthode, un champ de connaissances scientifiques sur une problématique ; ils peuvent aussi introduire une vision de promotion de la santé de manière plus généraliste ou une pratique innovante dans une optique de mobilisation et d'amplification des actions. Les méthodes vont de la mise à disposition d'outils et de connaissances validées (par exemple via des plateformes digitales ou des centres de documentation, à l'accompagnement ou à la formation-action à destination d'un service ou d'un groupe de services, en passant par des échanges de pratiques.

L'outillage des professionnels englobe des activités de mutualisation des pratiques et la participation à des processus de capitalisation des connaissances issues des projets menés, en vue de la diffusion des expériences.

Délimitation

Toutes les activités d'outillage des professionnels et des relais non professionnels qui sont mises en place en appui aux stratégies A, C, D, E ou F se classent dans cette stratégie B.

Les actions de formations initiales ou continues prises en charge par des établissements financés par la Fédération Wallonie Bruxelles ne sont pas reprises dans cette programmation. Le plaidoyer pour infléchir les programmes de formation dispensés dans ces établissements dans le sens de la présente programmation, des objectifs de promotion de la santé de la Wallonie, relève donc de la stratégie A.

Pistes de critères et d'indicateurs

Sensibiliser et former des professionnels-relais au concept de littératie en santé²⁴

6.2 a) Nombre de professionnels-relais qui citent un ou plusieurs champs de compétences visés (accès, compréhension, évaluation et application/utilisation de l'information) au sein d'un projet ou au terme d'une démarche de formation. (Résultat)

6.2 b) Nombre de professionnels-relais qui sont capables d'expliquer le concept ou un ou plusieurs champs de compétences visés (accès, compréhension, évaluation et application/utilisation de l'information) au sein d'un projet ou au terme d'une démarche de formation. (Résultat)

6.2 c) Nombre de professionnels-relais qui intègrent la littératie en santé dans leur pratique. (Résultat)

²⁴ Les indicateurs a, b et c ne peuvent se collecter qu'à posteriori après une activité de formation, de sensibilisation ou de réseau.

Renforcer les aptitudes des professionnels relais à prendre en compte les déterminants sociaux de la santé, en ce compris les dimensions de genre.

2.3 a) Les professionnels-relais comprennent les motivations à prendre en compte les déterminants sociaux de santé. (Résultat)

2.3 b) Les professionnels-relais se sentent mieux outillés dans le domaine des déterminants sociaux de la santé (modalités d'intervention, outils, ...). (Résultat)

2.3 c) Les professionnels-relais ont connaissance des déterminants sociaux de la santé (ils les citent, restituent les fondements du concept, ...). (Résultat)

2.3 d) Nombre d'activités organisées durant l'année écoulée qui intègrent un module consacré aux déterminants sociaux de la santé. (Réalisation)

2.3 e) Les professionnels relais orientent leurs actions vers les déterminants sociaux de la santé. (Résultat)

2.3 f) Les professionnels relais font part de l'utilisation d'outils ou de la mise en pratique des connaissances sur les déterminants sociaux de santé. (Résultat)

2.3 g) Les professionnels relais font part de l'intégration de la dimension genre dans leurs projets. (Résultat)

2.3 h) Nombre d'activités organisées pendant l'année écoulée qui intègrent un module sur le genre. (Réalisation)

Assurer la couverture territoriale des interventions de qualité en promotion santé.

3.1 a) Territoires, milieux de vie, institutions où interviennent les personnes qui ont assisté aux activités d'appui, d'échanges ou visité les plates-formes (description quantitative ou qualitative)²⁵. (Réalisation)

3.1 b) Publics avec lesquels travaillent les personnes qui ont assisté à l'activité²⁶. (Réalisation)

Construire des outils d'évaluation, utiliser et/ou adapter des outils d'évaluation prédéfinis.

4.1 a) et b) Pour chacun de ces scénarios le nombre d'outils concernés, le type d'outil et l'objet (voir liste), la fréquence d'utilisation de l'outil par rapport au nombre d'actions²⁷. (Réalisation)

4.1 c) Nombre de demandes de soutien à l'évaluation suivies durant l'année écoulée²⁸. Précisez le type de demande : méthodologique ou documentaire. (Réalisation)

Favoriser les échanges, les pratiques et les recherches-action sur les outils et démarches innovants.

11.4 a) Nombre d'opérateurs ayant animé (ou participé à) des échanges de pratiques sur des outils et démarches innovants. (Réalisation)

11.4 b) Nombre d'opérateurs ayant mis en place (ou ayant participé à) un projet pilote de développement de dispositifs innovants. (Réalisation)

11.4 c) Nombre d'outils innovants ou de projets pilotes dont les résultats ont fait l'objet d'une diffusion auprès des décideurs institutionnels et politiques et/ou des professionnels de terrain (description qualitative). (Réalisation)

11.4 d) Nombre d'initiatives innovantes qui favorisent la participation et la solidarité. (Réalisation)

²⁵ Cet indicateur s'applique pour des actions de seconde ligne dont les publics sont des relais.

²⁶ Cet indicateur s'applique à des actions de première ligne qui s'adressent directement à la population.

²⁷ Liste des outils et méthodes : questionnaires, entretiens individuels ou collectifs, focus group, échanges plus ou moins formalisés (tour de table, débriefing, débats, moment évaluatif, groupe de travail...), canevas de référence (tableau de bord, baromètre, base de données, relevé des demandes, grille d'évaluation, ...), observation distancée ou participante. L'outil d'évaluation porte sur les processus d'intervention, les réalisations, les connaissances, les représentations, les intentions pratiques, ...

²⁸ Cet indicateur concerne des demandes de soutien à l'évaluation auxquelles l'opérateur a répondu.

STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie.

➤ T2 INEG - T7 EMPOWER - T9 MILIEU

Cette stratégie concerne les actions collectives à mener au plus proche de la population : elles se déroulent au sein d'un milieu de vie au sens défini dans l'introduction ou en dehors d'un milieu de vie, dans le cadre d'un travail communautaire. L'action de proximité favorise l'appropriation des informations diffusées dans la stratégie A et leur application dans la vie quotidienne, aussi bien par les citoyens et usagers que par les responsables d'une structure, les élus ou les professionnels.

Les milieux de vie potentiellement concernés sont diversifiés : une prison, une maison de repos, un centre d'accueil de jour, un hébergement pour personnes en situation de handicap, un refuge pour personnes sans abri, un quartier, le domicile de personnes peu autonomes, un hôpital, une entreprise, etc.

Le développement d'un projet de promotion de la santé dans un milieu de vie nécessite de réaliser et d'actualiser régulièrement un diagnostic des besoins, si possible de manière participative ; il implique de faire évoluer de concert l'environnement physique et organisationnel d'un côté, l'engagement et les comportements des usagers et des professionnels, de l'autre.

L'action communautaire permet de faire se rencontrer, interagir, s'épauler et/ou agir collectivement des personnes qui se reconnaissent une caractéristique commune : une même maladie (par exemple être diabétique ou souffrir d'une addiction), un même centre d'intérêt par rapport à leur bien-être ou aux déterminants de celui-ci (être maman solo, intérêt pour la sécurité dans le quartier, difficultés liées à la précarité, intérêt pour l'agriculture urbaine, etc.).

L'approche par milieu de vie est une manière de développer la littératie au sens complet du terme, par « la combinaison des compétences personnelles et des ressources situationnelles dont toute personne a besoin pour repérer, comprendre, apprécier de façon critique et utiliser les informations et les services disponibles pour prendre des décisions éclairées en matière de santé. Cela inclut la capacité de communiquer ces décisions, de les faire valoir et de permettre à chacun d'agir en conséquence. La faculté d'adaptation de la littératie en santé décrit la façon dont les services, les organisations et les systèmes mettent les informations en matière de santé et les ressources à la disposition des personnes et les rendent accessibles en fonction de leurs capacités et de leurs limites en termes de littératie en santé » (Brach et al., 2012).

L'approche par milieu de vie et l'action communautaire demandent cependant de pouvoir interagir avec les publics sur la durée, ce qui n'est pas toujours possible soit par manque de temps des professionnels et des responsables d'une structure soit à cause de la mobilité des publics.

Délimitation

Eu égard aux critères de qualité et d'efficacité de la promotion de la santé, cette stratégie représente le point d'aboutissement ultime des stratégies A, E, F en cela qu'elle permet la participation des publics, usagers et bénéficiaires ainsi qu'un travail collectif sur les déterminants sociaux de la santé.

Les stratégies A, E, F gardent cependant toute leur pertinence quand le travail collectif n'est pas possible, par manque de temps, manque de stabilité du groupe ou en raison des règlements qui régissent certains milieux de vie.

Pistes de critères et d'indicateurs

Renforcer le potentiel individuel et collectif des personnes concernées au sein des milieux de vie (individus, collectivités, relais...).

9.1 a) Nombre d'activités, de réseaux, d'outils, de formations, mobilisant les liens intergénérationnels. (Réalisation)

9.1 b) Nombre d'activités de plaidoyer, de sensibilisation et d'information sur la santé et la promotion de la santé déclinées par milieux de vie différents. (Réalisation)

9.1 c) Nombre de diagnostics communautaires ou par milieu de vie réalisés en fonction de l'objet du diagnostic, du milieu de vie. (Processus)

Améliorer les milieux de vie, sur les plans social, organisationnel et matériel.

9.2 a) Nombre d'activités fondées sur une identification de la situation de santé vécue par les communautés et les personnes. (Réalisation)

9.2b) Nombre d'activités intégrant au moins 2 stratégies/niveaux parmi les suivants : aménagement de l'environnement matériel, aménagement organisationnel, action au niveau social, action au niveau politique. (Processus)

Dans le cadre d'un projet à moyen terme, veiller à actualiser régulièrement le diagnostic.

4.2 a) Nombre d'actions où une évaluation des besoins a été réalisée en amont de l'action²⁹. (Réalisation)

4.2 b) Nombre d'actions qui ont permis que les publics-cibles expriment leurs attentes et besoins³⁰. (Résultat)

4.2 d) Le diagnostic en cours de projet met en évidence la nécessité d'incrémenter de nouvelles actions dans le WAPPS³¹. (Réalisation)

4.2 e) Nombre d'analyse de besoins prenant en compte les rapports de pouvoir et des inégalités femmes-hommes (sociales, économiques, politiques et culturelles), la norme hétérosexuelle et les discriminations à l'égard des sexualités minoritaires. (Processus)

4.2 g) Nombre d'analyse des besoins ayant pris en compte des données relatives aux inégalités sociales et à leurs déterminants : niveau d'éducation, statut socio-économique, territoire, milieu de vie, ...). (Réalisation)

Adopter les critères de qualité de référence en promotion de la santé auxquelles se réfèrent les stratégies d'intervention.

4.5 a) Nombre d'activités thématiques intégrant des aspects de santé globale (sociaux, physiques et psychologiques).

4.5 b) Nombre d'activités combinant des approches individuelles et collectives. (Réalisation)

Favoriser une approche participative de l'évaluation.

4.7 a) Nombre d'activités d'évaluation intégrant la participation de plusieurs catégories de parties prenantes parmi les suivantes : décideurs et acteurs institutionnels, professionnels de « 2^{ème} ligne » spécialisé en promotion de la santé, professionnels de proximité et relais bénévoles, population ou usagers. (Réalisation)

²⁹ Ici, il n'est pas nécessaire d'indiquer une activité précise sauf si une activité est développée autour de l'évaluation des besoins.

³⁰ Notez la ou les activités au cours desquelles cet indicateur se manifeste.

³¹ Il n'est pas nécessaire de préciser une activité réalisée pour répondre à cet indicateur mais bien de décrire l'action potentielle à incrémenter dans le WAPPS.

STRATÉGIE D : Renforcer les collaborations intersectorielles dans une optique de promotion de la santé, en vue de générer des dynamiques locales qui influencent les déterminants sociaux de la santé.

➤ T1 HiaP - T3 ACCESS - T8 INTERSEC.

Le territoire local est un des niveaux privilégiés pour développer les principes de la Santé dans Toutes les Politiques (Jacques-Brisson & St Pierre, 2018). Toute contribution d'acteurs de promotion de la santé à des collaborations intersectorielles au niveau local représente une avancée dans ce sens.

Comme signalé ci-dessus, le territoire local ou supra-local est l'endroit où se déploient les besoins, la demande et les réponses que l'offre disponible peut apporter, où se manifestent des dynamiques sociales, économiques, culturelles, politiques et citoyennes spécifiques ; il représente le périmètre dans lequel les milieux de vie peuvent construire des synergies. Une analyse plus systématique de la manière dont sont rencontrés certains besoins au regard de la promotion de la santé et de la prévention des différentes thématiques de santé à un niveau local a donc tout son intérêt. Pour ce faire, il importe de disposer de diagnostics locaux confrontant des données socio-sanitaires locales (dont les indicateurs repris dans l'ISADF) aux acteurs, services et initiatives associatives ou citoyennes susceptibles d'apporter une amélioration sur les déterminants des problèmes de santé majeurs. Il importera ensuite de définir de manière collaborative les avancées possibles pour soutenir la population locale dans la promotion et la protection de sa santé. Cela peut se faire par une régulation de l'offre et de la demande en matière de services de santé et de prévention, mais aussi en matière de services touchant les principaux déterminants de la santé que sont la sécurité sanitaire du logement, l'aménagement des espaces publics, l'entretien de la cohésion sociale, la disponibilité d'une offre alimentaire de qualité à prix modéré, etc.

Les acteurs spécialisés en promotion de la santé peuvent sensibiliser les collectivités locales aux leviers dont elles disposent pour favoriser la santé de leur population. Ils peuvent aussi les soutenir pour réaliser un diagnostic au départ d'une problématique qui les mobilise, pour mettre en place et maintenir une concertation entre différentes parties prenantes impliquées en gardant la promotion de la santé au centre des débats, pour mettre à leur disposition les outils le plus adéquats, des exemples d'expériences réussies, etc.

Délimitation

Toute action qui impliquera plusieurs milieux de vie d'un même territoire local s'inscrira dans cette stratégie D plutôt que dans la stratégie C.

Toute action qui s'intéressera à l'accessibilité des services de manière générale s'inscrira dans cette stratégie plutôt que dans la stratégie E, qui est réservée à l'accessibilité des services de prévention et de promotion santé.

Le développement de partenariats et de collaborations entre le secteur de promotion de la santé et la première ligne de soins relève plutôt des stratégies E et F.

Pistes de critères et d'indicateurs

Privilégier les interventions qui entraînent à la fois des bénéfices sanitaires, sociaux et environnementaux.

10.2 a) Nombre d'actions locales soutenues qui portent sur des déterminants sociaux, économiques, géographiques en lien avec la thématique de promotion de la santé. (Réalisation)

10.2 d) Nombre de diagnostics locaux soutenus qui prennent en compte les interactions entre l'environnement naturel et la santé (one health). (Réalisation)

Contribuer à l'intégration de la promotion de la santé dans le développement de toutes les politiques et dans le développement de projets des parties prenantes hors secteur PS.

1.1 a) Nombre de demandes honorées durant l'année écoulée par rapport au nombre de demandes reçues par des organismes³² d'autres secteurs. (Résultat)

1.1 b) Nombre et catégorie d'organismes³³ d'autres secteurs impliqués dans des activités mises en place par des opérateurs de promotion de la santé durant l'année écoulée. (Réalisation)

1.1 c) Nombre d'activités organisées avec d'autres secteurs sur des thématiques du plan de promotion de la santé et de prévention. (Réalisation)

Veiller à la diversité des parties prenantes issues d'horizons divers au sein du partenariat et/ou du réseau.

8.1 a) Nombre de secteurs différents représentés dans les réseaux ou activités intersectorielles locales auxquelles participent les acteurs de promotion de la santé.

8.1 b) Proportion d'activités intersectorielles locales soutenues auxquelles participent des personnes/publics bénéficiaires qui vivent le problème/la situation. Participent activement : Oui-Non + description qualitative.

8.1 c) Des acteurs locaux sont impliqués.

8.1 d) Proportion d'activités intersectorielles locales auxquelles participent des professionnels de la première ligne de soins. (Réalisation)

Favoriser la participation des parties prenantes à différentes étapes du processus (de la conception du projet à son évaluation).

8.2 a) Implication des partenaires dans la durée de l'action. (Processus)

8.2 b) Diversité et renouvellement des partenariats³⁴. (Processus)

8.2 d) Taux de participation effective des différents partenaires aux réunions et activités. (Réalisation)

8.2 e) Nombre de conventions et/ou protocoles d'accord. (Réalisation)

Maintenir l'intérêt et l'engagement des parties prenantes issues d'autres secteurs que celui de la promotion de la santé.

1.4 b) Niveau de collaboration des partenariats avec différents secteurs : échange d'informations, participation à des réunions, co-construction d'actions/d'activités, apports financiers et/ou logistiques, gestion de projet, ... (Réalisation)

1.4 d) Identification des objectifs communs aux parties prenantes. (Processus)

1.4 e) Existence d'une évaluation périodique des pratiques collaboratives. (Processus)

1.4 f) Nombre de formations, de séminaires portant sur la collaboration, l'action intersectorielle organisés au niveau local (en tant que participant ou en tant qu'organisateur). (Réalisation)

Favoriser une approche participative de l'évaluation.

4.7 a) Nombre d'actions intersectorielles dont l'évaluation intègre la participation de plusieurs catégories de parties prenantes parmi les suivantes : décideurs et acteurs institutionnels, professionnels de « deuxième ligne » spécialisés en promotion de la santé, professionnels de proximité et relais bénévoles, population ou usagers. (Réalisation)

³² Il s'agit des organismes issus d'autres secteurs que celui de la promotion de la santé. Si plusieurs services d'un même organisme vous ont sollicités, précisez-le. Exemple : 8 demandes au total qui recouvrent 6 organismes.

³³ Il s'agit des organismes issus d'autres secteurs que celui de la promotion de la santé. Distinguez le nombre d'organismes différents ayant participé au moins une fois l'activité durant l'année.

³⁴ Secteurs avec lesquels nouer des partenariats potentiels : Action sociale/Affaires sociales - Emploi-Formation - Logement - Aide et protection de la jeunesse - Énergie - Mobilité - Agriculture - Enfance (ONE) - Pouvoirs locaux - Aménagement du territoire - Enseignement - Recherche - Culture - Environnement - Santé - Développement durable - Familles - Sport - Économie - Égalité des chances - Intégration sociale.

STRATÉGIE E : Informer et collaborer pour renforcer l'accessibilité des services de prévention et de promotion de la santé.

➤ T2 INEG - T3 ACCESS - T8 INTERSEC

Le premier enjeu de cette stratégie consiste à utiliser les compétences du secteur de la promotion de la santé (diffusion de l'information sur les services disponibles, mobilisation de relais dans la communauté, sensibilisation collective, soutien à l'utilisation de moyens numériques, information ciblée et simplifiée, pratiques d'« aller vers », etc.) pour renforcer l'utilisation de services de prévention par les populations qui en sont éloignées pour des raisons géographiques ou de mobilité réduite, pour des raisons psychologiques ou symboliques, pour des raisons financières ou d'accès aux modalités numériques. Dans un second temps, il s'agit de maintenir le lien entre les personnes et les services de prévention par un travail sur les conditions d'accueil et de suivi au sein de ceux-ci. Le but est de rendre les interactions avec ces services plus personnalisées, mieux adaptées aux caractéristiques spécifiques des usagers.

Parmi les freins à la fréquentation des programmes de prévention, un accent particulier sera placé sur les phénomènes de stigmatisation et/ou de discrimination qui touchent, selon les thématiques de santé concernées, plus particulièrement certains publics : les femmes, le publics LGBTQIA+, les populations modestes ou peu instruites, les malades chroniques, ...

Le secteur de promotion de la santé peut peser sur l'accessibilité par sa connaissance des stratégies de communication et de mobilisation les mieux adaptées aux caractéristiques des publics à rejoindre, par la pratique des méthodes de littératie en santé (en ce compris la littératie numérique), mais surtout grâce à son expertise dans le travail collectif, qui permet de faire émerger les contraintes et le vécu des personnes concernées et d'y sensibiliser les professionnels des services qui vont les accueillir.

Ce soutien à l'accessibilité par le secteur de la promotion de la santé bénéficiera en particulier (mais pas exclusivement) aux programmes de dépistages organisés des cancers, au programme de vaccination. Il peut aussi favoriser l'utilisation, à titre préventif, des services d'aide à l'arrêt tabagique, des centres de planning familial, des services assuétudes, des maisons médicales, des réseaux de santé mentale, etc.

Le deuxième enjeu consiste à renforcer l'accessibilité à des services et actions de promotion de la santé : faire connaître les actions de promotion de la santé accessibles à la population ou à des publics spécifiques, que ces actions soient organisées par le secteur de promotion de la santé ou par des partenaires d'autres secteurs, être proactif pour proposer des actions de promotion de la santé vers des publics vulnérables. Dans ce cadre, il s'agit d'accorder une place croissante à l'acquisition de compétences numériques en lien avec l'utilisation des services de santé.

Délimitation

Les actions de communication vers la population générale dans une optique de déstigmatisation de certains publics seront toujours classées dans la stratégie A.

Les actions qui visent à introduire plus de promotion de la santé dans le parcours de soins (par exemple pour un patient souffrant d'un cancer ou d'une maladie chronique) seront placées dans la stratégie F. Seul est concerné ici le renforcement des collaborations entre la promotion de la santé et les services médicaux ou psychologiques proposant des actes préventifs.

Pistes de critères et d'indicateurs

Concevoir les interventions universelles pour qu'elles touchent tous les publics sans désavantager certains d'entre eux.

2.1 a) Nombre d'actions, d'études menées pour identifier les sources de stigmatisation et de vulnérabilité de certains sous-groupes de la population. (Processus)

2.1 b) Nombre d'actions et d'études menées pour identifier des effets contraires ou indésirables des interventions universelles sur certains sous-groupes de la population. (Processus)

2.1 c) Nombre d'actions qui ont porté une attention particulière à éviter la stigmatisation de certaines catégories de la population. (Réalisation)

2.1 e) Nombre d'activités conçues en référence aux caractéristiques des groupes les plus défavorisés/vulnérables par rapport à l'ensemble des activités³⁵. (Réalisation)

Améliorer l'accessibilité à la promotion de la santé, à la prévention.

6.3 a) Augmentation du nombre d'activités de promotion de la santé réalisées par ou en collaboration avec des professionnels de services préventifs (plateforme de santé mentale, maisons médicales, centres de planning, services assuétudes, services de dépistages, centre de vaccination). (Réalisation)

6.3 b) Nombre d'activités organisées par des acteurs de promotion de la santé à destination des professionnels de services préventifs pour sensibiliser aux conditions d'accessibilité de publics vulnérables. (Réalisation).

6.2 d) Nombre de collaborations avec les services préventifs qui ont porté sur l'organisation spatiale, physique ainsi que sociale favorable à l'exercice de la littératie en santé des personnes. (Réalisation)

Favoriser l'intégration adaptée du numérique et d'objets connectés dans les activités de prévention et de promotion de la santé.

11.3 a) Nombre de collaborations avec les services préventifs qui ont porté sur une estimation de la balance entre les bénéfices et les risques de l'utilisation d'outils numériques.

11.3 b) Nombre d'activités développées par le secteur de promotion de la santé pour faciliter l'accès aux services numériques dans le domaine de la santé préventive. (Réalisation)

STRATÉGIE F : Intégrer la promotion de la santé dans le parcours de soin.

➤ T5 PARCOURS - T6 CONTINUUM - T8 INTERSEC

L'enjeu est ici de maintenir la meilleure qualité de vie possible pour les patients souffrant d'une affection chronique. Au-delà des soins qui leurs sont prodigués et du parcours de soins déjà en place, le soutien apporté pour les aider à maintenir ou à adopter un mode de vie « protecteur » ou « réparateur » (sommeil, stress, alimentation, activité physique, relations sociales, acceptation et résilience) relève d'actions de promotion de la santé.

Quatre points d'attention traversent cette stratégie :

- Faire connaître à tous les patients, quelles que soient leur situation sociale, leur pathologie, leur territoire, les services et les activités adaptées dont ils peuvent bénéficier pour maintenir leur qualité de vie : activité physique adaptée, rencontre d'autres patients, soins esthétiques ou conseils diététiques, aide à domicile, ou accompagnement psychologique, relaxation, etc. ;
- Identifier les lacunes et collaborer à la mise en place de solutions pour que de telles activités soient accessibles aux patients le plus précaires ;
- Accompagner les patients de manière intégrée et en proximité, pour la consultation de leur dossier de santé numérique, mais aussi pour la gestion des démarches multiples auprès d'administrations diverses (mutuelles, SAD, CPAS, employeurs et médecine du travail, administration fiscale, etc.) ;
- Développer des activités de promotion de la santé à destination de l'entourage de ces patients afin que celui-ci puisse préserver sa santé physique, mentale et sociale, avec une attention particulière pour les ménages en situation de précarité.

³⁵ Précisez le nombre d'activités différentes et le nombre de fois où chacune a été organisée.

Délimitation

Pour être intégrées dans cette stratégie, les actions doivent être orientées vers des personnes souffrant de maladies chroniques ou vers leur entourage.

Pistes de critères et d'indicateurs

Favoriser l'intégration adaptée du numérique et d'objets connectés dans les activités de prévention et de promotion de la santé.

11.3 b) Nombre d'activités développées par le secteur de promotion de la santé pour faciliter l'accès aux services numériques dans le domaine de la santé. (Réalisation)

Améliorer l'accessibilité à la promotion de la santé, à la prévention et aux soins.

6.3 a) Augmentation du nombre d'activités de promotion de la santé réalisées par ou en collaboration avec des professionnels de première ou de deuxième ligne en charge des patients chroniques. (Réalisation)

6.2 d) Nombre de collaborations avec les services accueillant des patients chroniques, qui ont porté sur l'organisation spatiale, physique ainsi que sociale favorable à l'exercice de la littératie en santé des personnes. (Réalisation)

Programmation 2023-2027

Axe 1.1 – Modes de vie : Alimentation, activité physique, sédentarité

Introduction

Les régimes alimentaires déséquilibrés et la malnutrition font partie des dix principaux facteurs de risque contribuant à la charge mondiale de morbidité (Food and Agriculture Organization of the United Nations [FAO] & Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2020). Un décès cardiometabolique (maladie cardiaque, AVC et diabète de type 2) sur deux serait dû à de mauvaises habitudes alimentaires, alors que la consommation d'une quantité suffisante de fruits et légumes (5 portions par jour) est associée à une réduction dans les taux de mortalité (Micha et al., 2017). Pour ce qui concerne l'expérience de vie en bonne santé, le régime alimentaire est le cinquième facteur pour les hommes et le sixième pour les femmes (Murray et al., 2020). Dans l'évaluation des régimes alimentaires, il faut néanmoins tenir compte du fait que la composition d'un régime alimentaire équilibré varie selon les besoins individuels (âge, sexe, mode de vie, dépenses énergétiques) et le contexte local (OMS, 2018).

Le régime alimentaire, tout comme la sédentarité et l'absence d'une activité physique régulière est un des facteurs contributifs à l'épidémie d'obésité. En effet, un IMC de 25-30 augmente le risque de morbidité (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2 et certains cancers) et de décès prématuré, et le risque est encore plus élevé pour un IMC de 30 ou plus.

Ancrage socio-épidémiologique

L'enquête nationale de santé (Drieskens et al., 2018a) indique que 51,8% de la population wallonne est en surpoids (et 18% est obèse). Le pourcentage de personnes en surpoids est plus élevé chez les hommes que chez les femmes tandis que la proportion d'individus obèses est relativement similaire pour les deux genres. La proportion de personnes souffrant de surpoids et d'obésité tend à augmenter en fonction de l'âge : de 24,2% chez les 18-24 ans à 56,3% chez les 65-74, pour redescendre ensuite à 47,9% chez les « plus âgés » (75 ans et plus). En fin de vie, un autre phénomène nécessitant une prise en charge spécifique est très présent : la dénutrition. Des disparités socio-économiques sont observées en termes de surpoids et d'obésité : le pourcentage d'obésité a tendance à augmenter lorsque le niveau d'instruction diminue. Il importe enfin de mentionner que 2,9 % de la population est en carence pondérale. En Wallonie, la prévalence de la carence pondérale est nettement plus élevée dans les catégories les moins instruites (6,3%).

Les déséquilibres alimentaires pour la population wallonne sont documentés et situés par rapport aux recommandations nationales et internationales, au travers des apports journaliers recommandés (AJR) (Drieskens et al., 2018a). En ce qui concerne l'apport journalier recommandé (AJR) de fruits et légumes, 14% des Wallons respectent les recommandations (16,9% des femmes et 10,9% des hommes). En revanche, 23,2% des Wallons consomment des boissons sucrées (19,7% des femmes pour 26,8% des hommes). Enfin, 37 % des Wallons consomment également des collations sucrées ou salées, sans différence significative selon le sexe. Le type d'aliments consommé varie selon le niveau d'instruction : la consommation de fruits et de légumes est plus élevée chez les personnes plus instruites, tandis que la consommation de collations sucrées ou salées et de boissons sucrées est plus importante chez les personnes ayant un faible niveau d'instruction (Drieskens et al., 2018b). D'autres études montrent aussi que la part du revenu consacrée à nourrir la famille est plus importante au fur et à mesure que l'on descend dans le gradient social. Néanmoins, le montant des ressources mensuelles disponibles pour l'approvisionnement est plus faible dans ces familles (Chiolero, 2018).

Selon l’OMS (2018), l’activité physique permet de réduire le risque de développer des maladies chroniques, des cancers et des troubles mentaux. La pratique régulière d’activité physique est recommandée pour retarder l’apparition des troubles cognitifs, améliorer le bien-être des personnes qui en sont atteintes et en ralentir l’évolution. Par ailleurs, elle a un impact positif sur la santé mentale en diminuant les réactions au stress, l’anxiété et la dépression. Enfin, elle est un déterminant clé de la dépense d’énergie et est donc fondamentale pour la balance énergétique et le contrôle du poids (OMS, 2016).

Parallèlement aux comportements alimentaires, l’enquête nationale de santé (Drieskens, Nguyen et al., 2018) analyse les comportements en matière d’activité physique dans différentes catégories de la population réparties en fonction de leur âge. En combinant tous les types d’activité physique, ce sont 45,8% des Wallons qui répondent positivement à au moins l’un des deux indicateurs (activité physique au moins modérée au travail ou minimum 150 minutes d’activité physique en dehors du travail), avec des différences selon le sexe (53% d’hommes pour 39,5% de femmes). Il n’y a pas de différence significative selon le niveau de diplôme ou l’âge (sauf après 75 ans où la diminution est nette) pour cet indicateur combiné. Les différences apparaissent quand on examine le type d’activité pratiquée.

En ce qui concerne la mobilité, 79,4% des Wallons se déplacent à pied et 10,9% utilisent un vélo au moins un jour par semaine, sans distinction selon le genre, sauf pour le vélo (15,0% d’hommes contre 7,3% de femmes). Cependant la mobilité pédestre et cycliste augmente avec le niveau de diplôme. En ce qui concerne l’activité physique au moins modérée liée au travail, ce sont les niveaux d’instruction intermédiaires (diplôme d’études secondaires) qui ont le plus haut taux, comparativement aux personnes plus ou moins diplômées. Enfin, la prévalence de la population wallonne qui pratique une activité physique de minimum 150 minutes par semaine (hors déplacement et hors exigences liées au travail) est de 19,9%, et diminue avec l’âge, tandis qu’elle s’accroît avec le niveau de diplôme.

Cohérence avec le WAPPS

Ces observations ne remettent pas en cause les constats et objectifs généraux synthétisés pour l’axe alimentation, y compris la consommation excessive d’alcool, activité physique et sédentarité dans la [partie 1](#) du WAPPS, approuvé par le Gouvernement wallon en février 2017 (p.87-88). On retrouve donc 3 objectifs de santé :

- Réduire la prévalence des maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, l’hypertension, ainsi que certaines pathologies musculosquelettiques ;
- Prévenir la malnutrition et la sarcopénie des personnes âgées ;
- Améliorer la qualité de vie des malades chroniques.

Pour diminuer le nombre de personnes qui présentent ces maladies et en supportent les conséquences néfastes, ces objectifs passent par une évolution de la place de l’alimentation et de l’activité physique dans les modes de vie. On distingue donc **4 objectifs de promotion de la santé** :

- Promouvoir une alimentation équilibrée et durable ;
- Promouvoir un poids corporel santé ;
- Promouvoir la pratique régulière de l’activité physique ;
- Diminuer la sédentarité.

L'introduction de cet axe du WAPPS positionne l'alimentation comme composante des modes de vie aux côtés de la santé psychique, du stress, du sommeil, de la consommation de tabac et d'alcool. Bien plus encore, l'alimentation est une part essentielle de l'organisation des sociétés. Elle est aussi fortement déterminée par l'accès aux droits sociaux fondamentaux que sont un emploi et un logement décent, l'éducation et la culture, la protection de l'environnement et de la santé. La sécurité alimentaire est elle-même un droit social fondamental. Par ailleurs, bien que les enquêtes illustrent surtout les données nutritionnelles liées à l'équilibre alimentaire, la qualité nutritionnelle du contenu de l'assiette dépend de nombreux autres facteurs, selon l'expression maintenant bien connue « de la fourche à la fourchette » : les modes de production et de distribution, de conservation, de préparation, les modalités d'approvisionnement et de consommation. Ce continuum doit être pris en compte dans une politique de santé publique tout comme dans la littérature en santé sur ces thèmes.

En matière d'alimentation et d'activité physique, les citoyens se trouvent donc pris entre des jeux d'influence d'acteurs aux intérêts divergents et ils sont confrontés à la nécessité d'arbitrer leurs propres choix, notamment pour des raisons économiques ou d'accessibilité territoriale. Pour les soutenir, il importe de renforcer les ressources à différents niveaux (individus, organisations).

Par ailleurs, les dernières années ont vu se développer des projets et alliances de plus en plus étroites et nombreuses avec les objectifs du développement durable. Ce rapprochement illustré en Wallonie par la stratégie « Manger demain » ou par le projet de distribution de potages au départ de légumes du terroir dans les écoles wallonnes, est en cohérence avec l'évolution des recommandations internationales.

D'autres politiques peuvent jouer un rôle indirect dans la promotion d'une alimentation équilibrée : ainsi les pratiques de distribution alimentaire, interrompues temporairement par la crise liée à la COVID-19, relèvent du champ de l'action sociale mais impactent les possibilités et modes de consommation des publics les plus précarisés.

Recommandations internationales

Pour relever ces défis, la [Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition 2016-2025](#) met particulièrement l'accent sur la transformation des systèmes alimentaires afin de promouvoir des régimes alimentaires produits de façon durable et d'améliorer la nutrition dans le but d'atteindre les objectifs globaux en matière de nutrition et de maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire.

Allant dans le même sens, le rapport de la commission du Lancet sur l'Obésité, la sous-alimentation et le changement climatique recommande que la consommation mondiale de viande rouge et de sucre soit réduite de moitié et que la consommation de légumes, fruits, noix et légumineuses soit doublée. De plus, la voiture est trop souvent utilisée comme un moyen de transport, ce qui signifie que l'activité physique n'est pas suffisamment stimulée. Changer notre mode de vie n'a pas seulement une influence positive sur le poids corporel, mais aussi sur notre santé et sur le climat (Swinburne et al., 2019).

« Les régimes alimentaires sains et durables sont des habitudes alimentaires qui promeuvent toutes les dimensions de la santé et du bien-être des individus. Ils présentent une faible pression et un faible impact environnemental, sont accessibles, abordables, sûrs et équitables, et sont culturellement acceptables. Les objectifs des régimes alimentaires sains et durables sont d'atteindre la croissance et le développement optimaux de tous les individus et de soutenir le fonctionnement ainsi que le bien-être physique, mental et social à toutes les étapes de la vie, pour les générations actuelles et futures ainsi que de contribuer à la prévention de toutes les formes de malnutrition (c'est-à-dire la sous-nutrition, les carences en micronutriments, le surpoids et l'obésité), de réduire les risques de maladies non transmissibles liées au régime alimentaire et de soutenir la préservation de la biodiversité et de la santé de la planète » (FAO & OMS, 2020).

Objectifs priorités pour la programmation 2023-2027

Par souci de protection de la santé des Wallons, il devient donc primordial de mettre en place des actions afin d'influencer les modes de vie en transition dans un sens favorable à la santé, de repenser les politiques d'alimentation et d'activité physique, cela dans une visée globale de santé publique.

Les actions sur les déterminants sociaux permettront d'améliorer l'accessibilité de manière générale (p. ex. : diminuer le recours à l'aide alimentaire à travers une augmentation des revenus peut donc être considéré comme une finalité).

Les consultations menées ont permis de placer au centre des réflexions l'amélioration de l'accessibilité de tous à une offre de qualité. Pour l'ensemble des publics, l'objectif est de développer et de favoriser une offre des services 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.

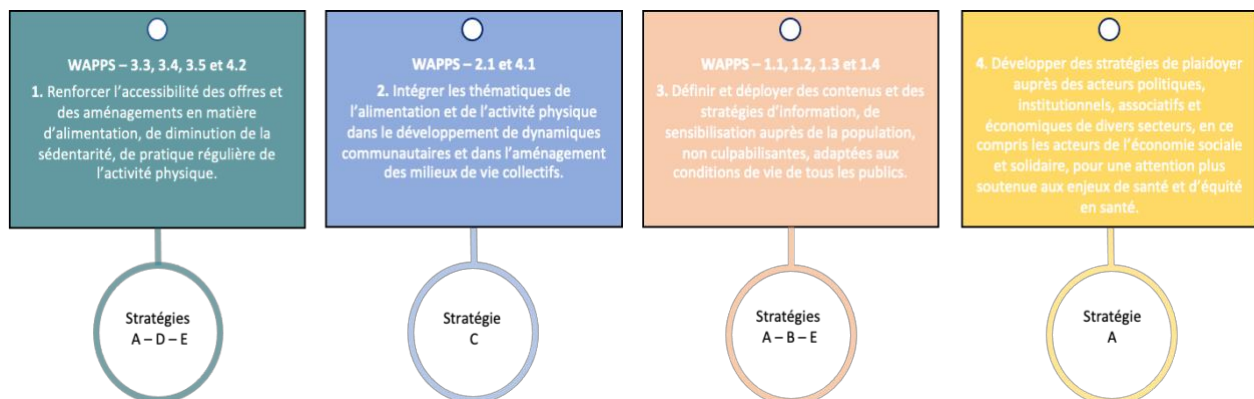
Des préoccupations et des champs d'action transversaux aux différents publics se dégagent : la disponibilité en suffisance, la proximité de l'offre, l'adaptation de l'offre aux besoins, l'accessibilité financière, l'information sur l'offre existante.

Il importe de s'assurer qu'une offre de qualité soit accessible à tout citoyen et que chacun dispose d'une référence stable et facile à appréhender en matière de qualité de l'offre eu égard à sa santé.

Le plaidoyer auprès des acteurs politiques et économiques, du local à l'international, la concertation entre les diverses parties prenantes est incontournable pour faire évoluer la qualité et la disponibilité de l'offre.

Le travail communautaire fondé sur la participation des publics concernés – que ce soit dans des milieux de vie collectifs ou dans des quartiers et villages – est reconnu comme un moyen de faciliter la transition des modes de vie qui intègrent l'alimentation tout comme l'activité physique, l'utilisation des écrans, la consommation de tabac et d'alcool, l'hygiène et le sommeil, les processus relationnels qui favorisent le bien-être et la santé mentale.

Les **objectifs prioritaires** de l'Axe 1.1 pour la programmation 2023-2027 sont présentés dans le schéma ci-dessous.



1. Renforcer l'accessibilité des offres et des aménagements en matière d'alimentation, de diminution de la sédentarité, de pratique régulière de l'activité physique.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Construire et soutenir le plaidoyer auprès des autorités locales :
 - Quant à leur sphère d'influence sur l'offre alimentaire, l'offre de services et les infrastructures facilitant l'activité physique régulière ;
 - Quant à leur responsabilité pour garantir à toutes et tous l'accès à une alimentation équilibrée, de qualité et durable et ce, quels que soient les revenus, les spécificités du public ou le territoire ;
 - Quant à l'importance de l'aménagement des espaces publics pour favoriser l'activité physique, et l'accès à l'eau dans des conditions optimales.

L'accessibilité géographique et financière de l'offre alimentaire, des infrastructures et des espaces qui permettent de pratiquer une activité régulière est un des déterminants reconnus comme prioritaires pour faire évoluer les modes de vie de la population. Il est essentiel de convaincre les autorités locales de s'y intéresser, de les aider à identifier les freins et les leviers à leur disposition pour réguler la distribution alimentaire, pour réfléchir les développements des infrastructures et l'aménagement des espaces en prenant pour critère l'accès à toutes et tous, même et surtout aux plus vulnérables.

Parmi d'autres, des initiatives telles que les projets de relocalisation de l'alimentation peuvent être l'occasion de mobiliser cet intérêt. Les services de cuisine centralisée, le soutien aux petits producteurs sont aussi des voies d'entrées intéressantes.

Réfléchir l'alimentation au niveau local est une belle illustration de « La santé dans toutes les politiques » (objectif transversal 1 du WAPPS). Organiser l'accessibilité et l'utilisation des infrastructures pour favoriser l'activité physique est un défi encore plus important en matière de coordination intersectorielle. L'implication des autorités locales y est donc indispensable.

STRATÉGIE D : Renforcer les collaborations intersectorielles dans une optique de promotion de la santé, en vue de générer des dynamiques locales qui influencent les déterminants de la santé.

- Soutenir l'intégration d'une méthodologie participative et intersectorielle de promotion de la santé, dans la réalisation d'états des lieux locaux des offres alimentaires, des offres d'activités physique organisées et adaptées, des aménagements des milieux de vie collectifs et des espaces publics en vue de diminuer la sédentarité, en veillant à la sécurité et à la gestion des risques et en veillant à y associer dès le départ les populations concernées.
- Sensibiliser et soutenir les autorités et acteurs locaux à la mise en place de concertations locales entre parties prenantes en vue d'augmenter la disponibilité pour toutes et tous d'une alimentation de qualité et de services de proximité qui favorisent la pratique de l'activité physique.

En Wallonie, l'offre disponible est très variable en fonction du territoire. Les cartographies mises à disposition par l'IWEPS dans le cadre des travaux sur les indicateurs d'accès aux droits fondamentaux en donnent quelques indicateurs³⁶. Ceux-ci sont pour le moment illustratifs des différences mais trop peu nombreux pour soutenir la prise de décision locale. Des méthodologies et des outils devraient être mis en place pour soutenir les autorités locales qui souhaitent réaliser un état des lieux sur ces thématiques.

³⁶ Pourcentage de la population située à moins de 200 m d'un espace non artificialisé d'au moins 5 ha ; droit à une alimentation suffisante, adéquate et de qualité ; pourcentage d'élèves de 6^{ème} primaire en surcharge pondérale (obésité comprise) ; pourcentage de la population située dans une polarité de base ; pourcentage de la population située à proximité piétonne d'un arrêt de transport en commun bien desservi (bus, métro, tram ou train).

Il s'agit dans un premier temps de réaliser un état des lieux des offres alimentaires, d'activités physique organisées et adaptées, des aménagements des milieux de vie collectifs et des espaces publics en vue de diminuer la sédentarité, en veillant à y associer dès le départ les populations concernées, grâce à des initiatives locales. En cas de restrictions d'accès à certaines activités ou infrastructures, il importera de veiller à un accès gratuit et local à des activités sportives ou dédiées au bien-être (rapport préliminaire des stratégies concertées COVID-19 en région wallonne).

Dans un deuxième temps, des concertations devront permettre d'identifier les possibilités d'améliorer cette offre pour la rendre *accessible* à tous et toutes, de mieux la faire connaître et de négocier ces améliorations avec les parties prenantes. Une attention particulière devra être accordée à prioriser les territoires à indice socio-économique (ISE) défavorable ; à impliquer les pouvoirs locaux dans ce diagnostic et à soutenir la participation des usagers et usagères, citoyens, citoyennes, de manière à aborder les rapports sociaux entre les femmes et les hommes qui se déploient dans l'espace public (Mesure 12/13 du [Plan Genre 2020-2024](#)), les risques de discriminations, les besoins de publics spécifiques (aînés, personnes isolées, personnes porteuses de handicap, familles monoparentales, personnes sans chez soi ou sans statut administratif, populations précarisée).

Ces concertations locales pourraient être développées dans le cadre des plans stratégiques transversaux ou des plans communaux de développement rural ; elles pourraient aussi se greffer dans certains cas sur des processus existants, par exemple certains projets développés dans le cadre du programme « Ville Amie des Aînés, de la stratégie Manger demain, des appels à projet « Soutenir la relocalisation de l'alimentation en Wallonie », des plans de cohésion sociale ou d'organismes d'action communautaire déjà actifs sur un territoire local ou supra-local.

STRATÉGIE E : Informer et collaborer pour renforcer l'accessibilité des services de promotion et de prévention de la santé.

- Capitaliser puis diffuser les expériences réussies de mise en place d'initiatives qui favorisent l'accessibilité à une alimentation équilibrée et durable et à la pratique d'activités physiques et de bien-être, surtout en périodes de crises ou de restrictions.

Il s'agit ici de garantir à toutes et tous l'accès à une alimentation équilibrée, de qualité et durable et ce quels que soient les revenus, les spécificités du public ou le territoire ainsi que d'aménager les espaces publics pour faciliter la pratique de l'activité physique quotidienne, l'hydratation, le partage de repas.

Il s'agit aussi de permettre la pratique de l'activité physique de manière adaptée et sécurisée, notamment pour les personnes en situation de handicap, âgées, et/ou malades chroniques.

Les projets locaux devront pouvoir bénéficier d'alliances avec les acteurs de l'alimentation durable, sociale et solidaire ainsi que les acteurs de l'aménagement du territoire et de l'urbanisme. Des initiatives existent ou ont existé pour fournir des incitants ou pallier les failles d'accessibilité : par exemple, les bons alimentaires, les chèques sport, les paniers et frigos solidaires, etc. il importera de les garder en mémoire, d'en évaluer les effets, d'en capitaliser les méthodes, contextes et résultats.

Il s'agit également de coordonner les actions avec d'autres départements au sein de l'AVIQ (accueil de personnes handicapées, MR, MRS), d'autres tutelles wallonnes hors de l'AVIQ (CRI, CRIE, etc.), des tutelles exercées par d'autres entités fédérées (milieux d'accueil, centres sportifs, AMO, FEDASIL, écoles, établissements pénitentiaires, etc.).

Le label régional de certification « Qualité-Alimentation-Nutrition » pour les maisons de repos et les maisons de repos et de soins, est une initiative de ce type ; le Green deal « Cantines durable » en est une autre. Ces initiatives pourraient être étendues ou adaptées pour toucher un plus grand nombre de milieux de vie collectifs et y intégrer la conception d'environnements qui favorisent l'activité physique et la lutte contre la sédentarité.

2. Intégrer les thématiques de l'alimentation et de l'activité physique dans le développement de dynamiques communautaires et dans l'aménagement des milieux de vie collectifs.

STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie.

- Soutenir les lieux communautaires et les initiatives qui favorisent le lien social et intergénérationnel autour de la production, de l'approvisionnement, de la préparation des repas et de la prise de repas en commun, et autour des activités en faveur de la mobilité et de la pratique régulière d'activité physique.
- Soutenir, dans les milieux de vie collectifs, des projets d'établissement participatifs qui luttent contre la sédentarité, qui favorisent la mobilité active, l'activité physique et l'alimentation équilibrée et durable.

L'enjeu est de favoriser un travail intégré sur l'amélioration des environnements de vie et des dynamiques collectives d'*empowerment* en lien avec les modes de vie. Deux dynamiques distinctes mais convergentes sont représentées par cet objectif :

(1) partir d'une dynamique communautaire existante, en dehors d'un milieu de vie collectif structurel pour initier et piloter des actions d'amélioration de leur environnement de vie commun, propice à favoriser une évolution positive des modes de vie en lien avec l'alimentation, la sédentarité et l'activité physique et (2) insuffler une dynamique participative dans des établissements qui, de façon réglementaire ou non, améliore déjà leur offre alimentaire ou leur offre d'activité physique.

La dynamique participative, qui implique dès le départ les populations plus vulnérables/précarisées dans la réflexion, la définition et la création d'initiatives et de projets, est propice à ce que les modifications mises en place soient effectivement utilisées. Pour être pertinents et efficaces, il faut développer ces projets à partir d'acteurs déjà bien ancrés sur le terrain et en contact direct avec les populations des quartiers (particulièrement dans les quartiers les plus pauvres).

Ces dynamiques doivent permettre aux populations de s'engager dans une analyse de leur environnement dans une visée d'accès à des ressources individuelles et collectives.

Des démarches sont déjà initiées par la Wallonie pour les MR/MRS dans le cadre du Plan wallon Nutrition Santé et bien-être des aînés. Ce type d'initiative devrait être appliquée plus largement et élargie à d'autres lieux et d'autres publics cibles. Il est donc primordial de soutenir ces secteurs partenaires qui déploient des démarches communautaires pour qu'ils y intègrent des objectifs autour de l'alimentation et de l'activité physique, mais il importe aussi de favoriser la création d'une dynamique de projet dans les milieux de vie organisés, soit par des modifications réglementaires, soit par la création de labels.

Les projets communautaires pourraient également contribuer à la réalisation de l'objectif 1 et d'aménagement des milieux de vie collectifs (voir ci-dessus) en facilitant l'expression des demandes et préoccupations formulées par ces publics, l'identification des ressources et contraintes de publics vulnérables, isolés ou démunis. Le travail communautaire peut aussi, sur la durée, amener ces publics à devenir acteurs et actrices d'un aménagement de leur environnement plus favorable à leur santé. Ce type de projet devrait être multiplié sur le territoire wallon.

3. Définir et déployer des contenus et des stratégies d'information, de sensibilisation auprès de la population, non culpabilisantes, adaptées aux conditions de vie de tous les publics.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser et développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Développer l'accès à une compréhension critique de l'information en matière d'alimentation et d'activité physique, en ce compris les supports et applications numériques.

Ces objectifs ne sont pertinents que s'ils sont développés en complémentarité avec les objectifs précédents. En matière d'alimentation, dans une mesure nettement moindre en ce qui concerne l'activité physique et la sédentarité, de nombreuses informations sont disponibles : des outils éducatifs, des démarches d'animation, des applications numériques.

Les émetteurs de ces messages sont diversifiés et ne visent pas tous à promouvoir la santé. Que l'on soit citoyen, professionnel ou décideur, il importe de différencier information, publicité et propagande. Des injonctions contradictoires sont formulées, qui touchent particulièrement les femmes en termes de normes corporelles, de santé pour elles et leurs enfants.

Il s'agit aussi de définir quels supports, quelles stratégies de communication sont propices à rejoindre les publics là où ils se trouvent. Il s'agira d'investir les « nouveaux » médias et supports de communication et, simultanément, d'intensifier le travail de communication interpersonnelle par des « autres signifiants ». Il faudra enfin identifier la nécessité de développer ou non des stratégies genrées dans l'accès aux outils numériques.

STRATÉGIE B : Outiller les professionnels ; former à des pratiques innovantes ; partager les pratiques et savoir-faire.

- Développer les compétences des professionnels non spécialisés en matière de promotion de l'alimentation équilibrée et durable, de l'activité physique régulière et d'une diminution de la sédentarité en s'appuyant sur la capitalisation des résultats et processus d'actions déjà réalisés, si possible en Wallonie.
- A cette fin, réaliser des études sur des dimensions peu explorées jusqu'à présent dans leurs liens avec les pratiques alimentaires et d'activité physique (notamment le genre, le territoire, la précarité ou le risque de précarité).

Il s'agit enfin de former les professionnels et les relais qui seront en contact avec ces publics variés dans des activités qui portent sur les modes de vie dont l'alimentation et l'activité physique. Il faut les accompagner dans l'appropriation des ressources sur ces thématiques et l'adaptation de leur usage auprès de publics diversifiés, avec une attention aux publics précarisés, âgés, porteurs d'un handicap, souffrant d'une maladie chronique et une attention aux spécificités de genre. Cela suppose de former les relais potentiels à adapter leur posture aux ressources, contraintes et représentations spécifiques des publics auprès desquels ils interviennent.

Il importe donc que tout acteur qui souhaite intervenir dans ces champs puisse disposer de repères/d'informations de base centralisées et actualisées. Il s'agit de lister les différentes ressources et références, de les rendre disponibles et de faciliter leur appropriation par les opérateurs et les professionnels pour les interventions de terrain. Ce travail s'appuiera sur le projet W.all.in.Health.

Ces outils et démarches doivent viser l'acquisition de compétences spécifiques à l'alimentation et à l'activité physique mais aussi des compétences plus transversales favorisant l'emprise des individus et des groupes sur leurs modes de vie et leur environnement de vie (littératie en santé). Il importe toutefois que ces initiatives puissent se développer à l'intérieur d'un cadre de référence harmonisé (évoqué ci-dessus), en complémentarité et cohérence entre elles, dans la continuité et qu'elles puissent être disséminées de manière systématique sur le territoire au travers de groupes communautaires, dans les milieux de vie et auprès des concertations locales ainsi que par la formation continuée et/ou professionnelle au sein des milieux de travail (comme par exemple, au sein des institutions AVIQ).

STRATÉGIE E : Informer et collaborer pour renforcer l'accessibilité des services de promotion et de prévention de la santé.

- Mettre en place et aider à appliquer une méthode pour soutenir la diffusion d'une information référencée, harmonisée, compréhensible par tous 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.

Il ne suffit pas que des offres de produits et de services en faveur de la santé soient disponibles, accessibles, encore faut-il qu'ils soient connus et présentés de manière telle que tout citoyen puisse facilement sélectionner l'offre ou le service, l'activité qui correspond à ses besoins et contraintes spécifiques : kinésithérapeutes qui pratiquent l'activité physique adaptée, au centre sportif, en passant par le parcours découverte ou le parcours santé ; de la grande surface au producteur local en passant par des sites spécialisés ou une diététicienne. Pour ce faire, il est parfois utile de rassembler les informations disponibles sur différents supports, en ce compris des supports numériques et de la présenter d'une manière qui facilite les choix. Ce sera donc nécessaire de soutenir les autorités et les acteurs locaux dans la création de présentation intégrée et ergonomique de l'offre disponible en lien avec l'alimentation équilibrée et durable et la pratique de l'activité physique.

4. Développer des stratégies de plaidoyer auprès des acteurs politiques, institutionnels, associatifs et économiques de divers secteurs, en ce compris les acteurs de l'économie sociale et solidaire, pour une attention plus soutenue aux enjeux de santé et d'équité en santé.

Stratégie A : Informer, sensibiliser et développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Construire et négocier un cadre de référence, commun et harmonisé entre parties prenantes, pour l'information, la sensibilisation, le plaidoyer et la formation sur l'alimentation et l'activité physique.

Les acteurs de l'offre alimentaire (depuis la production jusqu'à la distribution) et dans une moindre mesure les acteurs d'une offre d'activités physiques organisées sont très variés qu'ils soient publics ou privés, issus des secteurs marchand ou non marchand. Chacun produit sur la santé des discours influencés, déformés par ses intérêts. Les législations existantes ne couvrent qu'une très faible partie des produits et activités concernées et des enjeux de santé qui y sont liés. Des outils de littératie en santé peuvent cependant aider le citoyen à décrypter ces enjeux, mais ce n'est pas suffisant.

Il importe de pouvoir mettre à disposition les normes de base sous un format qui concilie les points de vue et intègre les différents enjeux qui influencent les modes de vie, que ceux-ci soient culturels, symboliques, économiques, sociaux, etc. Il faut déjouer les pièges d'une accessibilité factice proposée par un marché mondialisé, en informant sur les offres de qualité, accessibles, éventuellement non commerciales et gratuites (Benamouzig & Cortinas Muñoz, 2022 ; Hercberg, 2022).

Il serait donc intéressant que les différentes parties prenantes se mettent d'accord sur un cadre de référence harmonisé à utiliser pour présenter leurs discours sur les dimensions « santé » de l'alimentation et de l'activité physique. Un tel cadre de référence va bien au-delà de recommandations nutritionnelles ou d'un répertoire des offres et services disponibles, il est l'essence même d'une démarche de littératie en santé, soutenue par l'autorité publique. Le Nutri-Score³⁷ pourrait être un des outils promus par ce cadre de référence. La pyramide alimentaire ou une version évoluée de celle-ci pourrait en être un autre.

La construction collective de cadre de référence, labellisé wallon, serait une démarche de plaidoyer en soi.

³⁷ <https://www.health.belgium.be/fr/le-nutri-score>

Axe 1.2 – Modes de vie : Lutte contre le tabagisme

Introduction

Le tabagisme constitue un *facteur de risque majeur* de décès prématuré, du développement de maladies chroniques invalidantes (p. ex. le cancer du poumon, les maladies respiratoires et cardiovasculaires (cf. Axe 3 du WAPPS) et d'appauvrissement. Outre l'impact sur la santé du fumeur et de son entourage, le tabac a également un important coût économique, social et environnemental ; il est donc impératif de renforcer la lutte contre son usage.

Ancrage socio-épidémiologique

En Belgique, l'enquête nationale de santé (Gisle et al., 2018) met en évidence que le tabagisme tend à diminuer (40% entre 1997 et 2018) dans la population générale ; les fumeurs quotidiens représentent 15% de la population, un taux plus bas que la moyenne de l'Europe des 15. Le taux de fumeurs quotidiens était plus élevé chez les hommes (18%) que chez les femmes (12%) et plus élevé en Wallonie (18%) qu'à Bruxelles (16%) et en Flandre (13%).

En 2018, 4,1% de la population utilisaient régulièrement (au moins une fois par semaine) la cigarette électronique (e-cigarette), un taux plus élevé que la moyenne de l'Europe des 15. Ce taux était à nouveau plus haut chez les hommes (5,5%) que chez les femmes (2,7%) et plus élevé en Flandre (4,4%) qu'en Wallonie (3,8%) et à Bruxelles (3,3%).

Moins de jeunes (15-24) fumaient quotidiennement en 2018 (11%) qu'en 2013 (17%) et 5,5% étaient des utilisateurs réguliers de e-cigarettes. A la suite de la crise liée à la pandémie de COVID-19, l'enquête de Sciensano (2022) révèle toutefois que la consommation de tabac a augmenté parmi les 18-29 ans, les parents isolés, les personnes vivant seules, les demandeurs d'emploi et les personnes présentant des symptômes de troubles anxieux et/ou dépressifs.

Les personnes porteuses d'un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur sont trois fois plus susceptibles de fumer quotidiennement que les personnes disposant d'un diplôme de l'enseignement supérieur. Pour la cigarette électronique, ce rapport est de 2,4.

Recommandations internationales

Des mesures telles que l'augmentation régulière du prix du tabac (Hopkins & Fielding, 2001), 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 (Jacques et al., 2004) créent des environnements favorables à la santé dans la population en général.

Les interventions et l'accompagnement des professionnels permettent de soutenir plus spécifiquement la prévention. 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) (European Network for Smoking and tobacco Prevention [ENSP], 2020 ; OMS, 2004, 2020). La politique relative à la e-cigarette doit être basée sur une meilleure information des fumeurs sur cette alternative moins risquée et sur la prévention pour les jeunes adultes de la consommation de nicotine sous toutes ses formes (Conseil Supérieur de la Santé, 2022).

L'usage du tabac dépend d'un ensemble de facteurs individuels, interpersonnels et environnementaux. La prévention efficace du tabagisme repose donc sur une action globale et concertée, ciblant à la fois les environnements socioculturels et économiques et les comportements individuels liés à la consommation de tabac (Golechha, 2016 ; [Plan d'action global de l'OMS 2013-2020](#)).

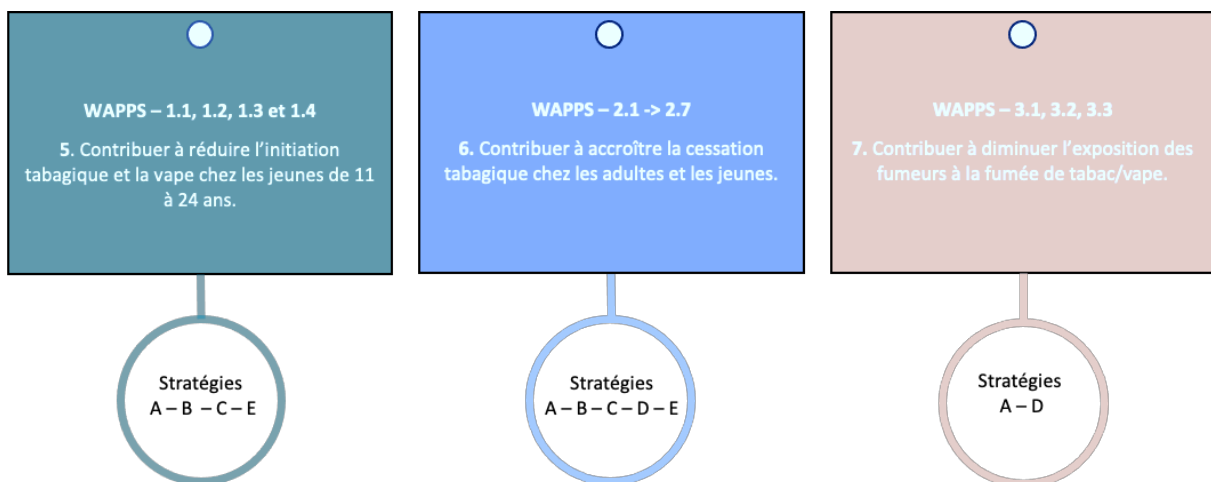
Objectifs priorités pour la programmation 2023-2027

Dans ce contexte, les interventions planifiées dans le WAPPS s'organisent à 4 niveaux ([Partie 2](#), p.27-28), que nous pouvons synthétiser comme suit :

1. Sensibiliser et former des relais capables de réaliser des interventions brèves auprès des fumeurs, ce qui permettra de rencontrer un nombre important de fumeurs et d'assurer aux actions menées une portée populationnelle ;
2. Développer une offre de qualité en termes de services de soutien à la cessation ;
3. Améliorer l'accessibilité de l'information autour de la cessation tabagique et de la réduction des risques, en vue notamment d'accroître l'autonomie des individus dans l'adoption de comportements préventifs ;
4. Améliorer l'accessibilité des services d'aide à la population. Relevons en effet la difficulté pour des fumeurs ayant un profil particulier (fragilisés) 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.

Il s'agit également 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 « la santé dans toutes les politiques » ([Plan d'action global de l'OMS 2013-2020](#)). 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 adultes et les parents, en matière de protection contre la fumée de tabac dans l'environnement. Enfin, l'exposition dans les lieux privés nécessite de sensibiliser la population afin de réduire les risques au maximum en incitant à des comportements vis-à-vis de leur entourage et de leurs enfants (Hopkins & Fielding, 2001).

Les objectifs prioritaires de l'axe 1.2. pour la programmation 2023-2027 sont présentés dans le schéma ci-dessous.



5. Contribuer à réduire l'initiation tabagique et la vape chez les jeunes de 11 à 24 ans.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Sensibiliser et outiller 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.

Les objectifs viseront à sensibiliser et outiller les adultes relais et les familles à la promotion d'actions de prévention du tabagisme et de la vape en associant et en faisant connaître les ressources documentaires et pédagogiques. Il s'agira également de produire, collecter et/ou adapter des outils de sensibilisation, d'orientation et d'animation, selon les publics visés et en fonction de l'évolution des besoins rencontrés et des contextes d'intervention.

STRATÉGIE B : Outiller les professionnels en stimulant les échanges de pratiques et en formant à des pratiques innovantes.

- 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.
- Sensibiliser et outiller les professionnels de la santé, de l'éducation, du social, de l'associatif à la promotion d'actions de prévention du tabagisme et de la vape chez les jeunes de 11 à 24 ans.

Il s'agit ici de 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 en développant, diversifiant et renforçant l'offre de formation (en partenariat avec les hautes écoles ou la promotion sociale) et d'outils relatifs aux démarches de promotion de la santé en lien avec le tabagisme et d'autres consommations (vape, chicha, cannabis, alcool, ...); d'accompagner et d'outiller des institutions travaillant avec des adolescents (p. ex., établissements scolaires) en vue de tenir un rôle de relais en prévention dans un cadre de promotion de la santé.

STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie.

- Promouvoir des actions de proximité et soutenir l'implémentation de politiques visant des environnements favorables à la santé en divers lieux de vie.

Concrètement, il s'agira de participer à des événements publics ou actions ciblant les jeunes et leur famille pour les sensibiliser et susciter une réflexion sur les modes de vie et la gestion des consommations ; proposer des espaces parents pour sensibiliser les familles et adultes référents et susciter une réflexion sur les modes de vie et la gestion des consommations.

STRATÉGIE E : Informer et collaborer pour renforcer l'accessibilité des services de promotion et de prévention de la santé.

- Stimuler le travail en réseau et en intersectorialité pour les actions de prévention du tabagisme chez les jeunes, y compris dans le secteur du handicap et de la santé mentale.

Stimuler le travail en réseau et en intersectorialité (en y intégrant la question du genre) pour les actions de prévention du tabagisme chez les jeunes ; mobiliser et accompagner les institutions scolaires/extra-scolaires demandeuses dans la création d'environnements favorables à la santé ; développer et renforcer des partenariats et réseaux intra et intersectoriels afin de compléter et enrichir les interventions et appuis locaux réalisés.

6. Contribuer à accroître la cessation tabagique chez les adultes et les jeunes.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Sensibiliser la population à la question du processus d'arrêt du tabagisme.

Cet objectif vise à susciter une réflexion sur les modes de vie, les environnements favorables à la santé et la gestion des consommations ; à diffuser des outils (p. ex. : « clin d'œil ») et soutenir et promouvoir la « Journée mondiale sans tabac » auprès de la population en appui d'actions locales.

STRATÉGIE B : Outiller les professionnels en stimulant les échanges de pratiques et en formant à des pratiques innovantes.

- 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).
- 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).

Il s'agira par exemple de promouvoir et organiser une formation continue en tabacologie, en entretien motivationnel, un programme d'e-learning, etc.

STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie.

- Mettre en place des politiques de gestion du tabagisme dans divers milieux de vie.

Par exemple, en aidant les clubs de football professionnels et les stades wallons à mettre en place une politique de gestion du tabagisme incluant des espaces fumeurs, sous le label des stades sans tabac, en sensibilisant les joueurs et les supporters au tabagisme passif et à l'aide à la cessation.

STRATÉGIE D : Renforcer les collaborations intersectorielles dans une optique de promotion de la santé, en vue de générer des dynamiques locales qui influencent les déterminants de la santé.

- Stimuler le travail en réseau et en intersectorialité concernant la cessation du tabagisme.

Offrir une rencontre pluridisciplinaire d'échange de pratiques en tabacologie pour les professionnels ; développer des partenariats et des réseaux intra et intersectoriels afin de renforcer, compléter et enrichir les interventions ; renforcer la mobilisation d'acteurs « tabac » au sein des réseaux assuétudes (voir Axe 2.1 ci-dessous), etc.

STRATÉGIE E : Informer et collaborer pour renforcer l'accessibilité des services de promotion et de prévention de la santé.

- 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.
- Offrir, développer et promouvoir des services de soutien spécialisés et intensifs à la cessation de qualité, accessibles et adaptés aux besoins des fumeurs.

Par exemple, en collectant et en centralisant les données actualisées sur les relais et structures d'aide à la cessation (sous forme de répertoire en ligne, W.all.in.Health) ; assurer une gestion de la quitline Tabacstop, des coachings téléphoniques (dont ceux des agents de prévention des organismes assureurs), l'organisation de campagnes digitales, etc., tout en veillant à ne pas stigmatiser les personnes qui ne souhaitent pas cesser de fumer.

7. Contribuer à diminuer l'exposition à la fumée de tabac/vape.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- 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.
- Sensibiliser le grand public en suscitant une réflexion sur un mode participatif (productions d'outils pédagogiques et interactifs) et en adoptant une communication motivation.

L'objectif visant la population implique de participer à des événements festifs et à des actions de proximité pour les sensibiliser et susciter une réflexion sur les environnements favorables à la santé (réflexion sur les modes de vie, la gestion des consommations et les aides, mesures de CO, ...) et de soutenir les pouvoirs locaux et organisateurs d'événements à organiser des activités sans tabac. En parallèle, mise en place d'ateliers thématiques, de journées d'études dédiés aux professionnels afin de les mobiliser dans les actions visant à promouvoir des environnements favorables à la santé.

STRATÉGIE D : Renforcer les collaborations intersectorielles dans une optique de promotion de la santé, en vue de générer des dynamiques locales qui influencent les déterminants de la santé.

- Soutenir l'intégration de politiques sans 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.

Plus spécifiquement, il s'agira de faire un recueil de l'existant, d'identifier les besoins et les contextes prioritaires, de créer ou de consolider un réseau de partenaires, d'échafauder des projets de création d'outils sur le terrain avec les populations, de diffuser et former à l'utilisation de ces outils, considérant que W.all.in.Health prendra en charge le recueil de l'existant.

Axe 2.1 – prévention des usages addictifs et réduction des risques

Introduction

La prévention des usages addictifs et la réduction des risques s'intéressent aux usages de substances psychoactives légales et illégales (alcool, médicaments psychotropes, cannabis, cocaïne, héroïne, etc.) ainsi qu'aux usages problématiques des écrans et des pratiques de jeux de hasard et d'argent. Ces usages font partie intégrante des modes de vie et nouent des interactions fortes avec la santé mentale les conduites alimentaires, la pratique d'activité physique, la consommation de tabac, le sommeil, ou encore l'hygiène. Les objectifs de cet axe nouent donc des liens parfois étroits avec certains objectifs des autres axes du WAPPS.

Ancrage socio-épidémiologique

Les comportements liés à l'usage de substances psychoactives et, plus généralement, les conduites addictives, sont particulièrement élevés dans les sociétés occidentales³⁸. En Belgique, l'enquête de Santé (Gisle et al., 2018) révèle que la consommation d'alcool tend à diminuer dans la population : 77% consomme des boissons alcoolisées (contre 80% en 2013), dont 10% de manière quotidienne (13% en 2013) et 6% de manière excessive (6,4% en 2013)³⁹. Toutefois, les modes de consommation les plus préjudiciables comme l'hyperalcoolisation et le binge drinking (qui touchent particulièrement les jeunes et les hommes), n'ont quant à eux pas diminué. En ce qui concerne les consommations de drogues, la tendance se situe à la hausse pour la consommation de cannabis (22,6% en 2018 contre 15% en 2013), de cocaïne (1,5% en 2018 contre 0,5% en 2013) et d'ecstasy (1,2% en 2018 contre 0,3% 2013) (Gisle & Drieskens, 2018).

Stévenot et Hogge (2022) rapportent une diminution temporaire des consommations de drogue et d'alcool au début de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 (sans doute liée aux difficultés d'approvisionnement et à la fermeture de l'Horeca) ; ces consommations ont réaugmenté par la suite pour atteindre des niveaux similaires (et parfois même supérieurs pour certains produits/consommateurs à risque⁴⁰) à ceux qui étaient observés en 2018. Outre l'impact de la pandémie sur les comportements d'usage et d'addiction, des effets considérables ont pu être observés sur la santé mentale de la population (lesquels sont susceptibles d'entraîner à leur tour une augmentation significative des usages intensifs d'alcool et de drogue) mais également sur le dépistage de certaines maladies infectieuses tels que VIH, hépatites, ... (Deblonde et al., 2021).

Les conduites addictives peuvent toucher indistinctement toutes les tranches de la population. En effet, chaque individu est exposé dès le plus jeune âge et toute sa vie durant à un ensemble de facteurs de risque et de facteurs protecteurs endogènes (génétique, personnalité, état psychologique, etc.) et exogènes (environnement familial et social, événements de vie, contextes de consommation, etc.), qui vont entrer en interaction et augmenter ou diminuer la probabilité d'exposition aux substances psychoactives ainsi que le risque de développer un usage problématique ou d'expérimenter des conséquences dommageables. Tout usage de substances psychoactives ne s'accompagne pas forcément de dommages mais il implique une part de risque, liée à la nature du produit, à l'usage qui en est fait, aux caractéristiques du consommateur et au contexte de consommation.

³⁸ Il est généralement admis que les statistiques officielles sous-estiment ces usages, en particulier les usages problématiques.

³⁹ Le Conseil Supérieur de la Santé (2018) recommande de ne pas consommer plus de 10 unités standards d'alcool par semaine, à répartir sur plusieurs jours.

⁴⁰ Des différences apparaissent selon la catégorie d'âge et l'intensité de la consommation.

Par ailleurs, les facteurs de risque et de protection sont inégalement répartis dans la population. Ainsi, alors que les comportements d'usage de nombreux produits sont généralement plus répandus dans les classes sociales ayant un statut socio-économique (SSE) élevé, la morbidité associée est généralement plus importante dans les classes sociales ayant un faible statut socio-économique. Cette association paradoxale est généralement expliquée par l'impact délétère des inégalités sociales sur la santé. En effet, les personnes ayant un SSE bas ont une moins bonne littératie en santé et donc une moindre connaissance des risques liés aux produits, des moyens de les réduire et des formes d'aides disponibles en cas d'usage problématique. Elles ont également moins de ressources sociales sur lesquelles s'appuyer en cas d'usage problématique, et moins de ressources matérielles pour limiter l'impact de l'usage sur la santé ou être prises en charge en cas d'usage problématique. Elles sont aussi davantage exposées à des conditions de vie (conditions matérielles, pollution chimique et sonore...) et de travail (exposition au stress, pénibilité physique) défavorables à la santé, qui peuvent interagir négativement avec les consommations excessives. Enfin, les personnes ayant un faible SSE présentent plus fréquemment des problématiques connexes (économique, logement, comorbidités ...) qui les fragilisent et les rendent plus vulnérables au risque de développement ou de maintien d'un usage problématique, et qui augmentent les conséquences négatives de l'usage sur la santé (Stévenot & Hogge, 2022).

Recommandations internationales

Dans ce contexte, selon les recommandations internationales, l'objectif principal des politiques publiques en matière d'assuétudes est de réduire l'impact des facteurs de risques et de renforcer celui des facteurs de protection au sein de l'ensemble de la population mais aussi de veiller plus particulièrement à réduire l'expression des inégalités sociales de santé. Les stratégies de promotion de la santé du secteur spécialisé en assuétudes doivent par conséquent s'articuler selon les principes de l'universalisme proportionné, de manière à réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé des usagers. Cet objectif ne peut être véritablement poursuivi qu'en agissant sur les différents déterminants de la santé (individuels, sociaux et environnementaux), ce qui nécessite de développer des dynamiques de décroisement, de transversalité et d'intersectorialité entre les sous-secteurs du domaine des assuétudes d'une part (prévention, réduction des risques, soin) et avec les autres secteurs concernés d'autre part (santé, social, jeunesse, justice, logement... (Consortium International sur les Politiques des drogues, 2012). Une concertation entre les pouvoirs publics est également indispensable, de même qu'une collaboration avec les législateurs, afin de proposer des environnements qui n'exacerbent pas les conséquences dommageables liées aux consommations et qui soient globalement favorables à la santé, et afin de réduire les processus de stigmatisation, de marginalisation et d'exclusion qui accentuent les dommages socio-sanitaires liés aux usages (Groupe Poincaré, 2021 ; Wood, 2011).

Objectifs priorités pour la programmation 2023-2027

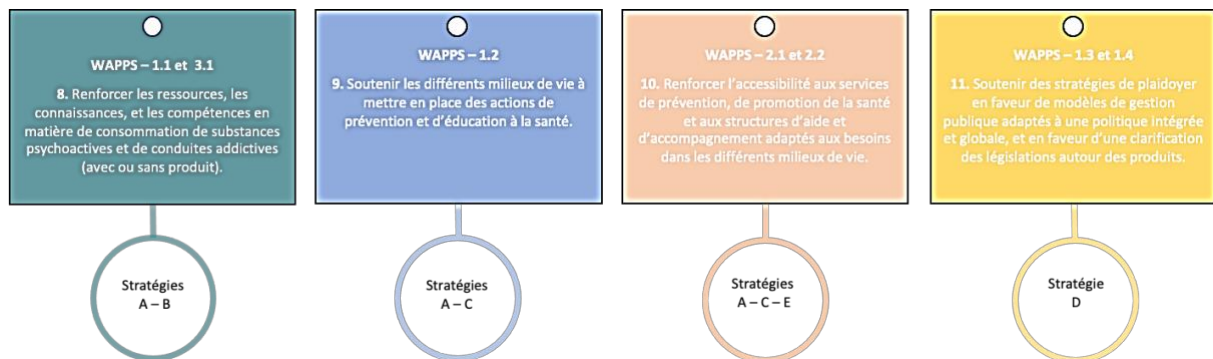
Concrètement, le WAPPS veille à mobiliser de manière complémentaires trois types de leviers :

1. Soutenir la population dans l'acquisition de compétences qui lui permettent d'aborder la vie quotidienne et les périodes plus difficiles sans avoir recours à des comportements addictifs. L'intervention auprès de populations de jeunes adultes est susceptible d'apporter le plus de bénéfices sur le long terme (facteurs de protection individuels ou collectifs à mobiliser aussi au bénéfice des autres axes thématiques) ;
2. Renforcer et faciliter l'accès à des services, ou des dynamiques collectives (groupes communautaires en présence ou virtuels) qui soutiennent les consommateurs dans une gestion de leur consommation à moindre risque (accompagnement et réductions des risques à faciliter pour les populations vulnérables ou précarisées) ;

3. Multiplier les approches sociétales, organisationnelles, qui permettent à la population de vivre dans des environnements qui ne favorisent pas les consommations à risque ou les addictions (p. ex. au travers des Conférences Interministérielle sur la thématique « drogue »⁴¹).

Les milieux de vie collectifs et événement festifs et les zones transfrontalières feront l'objet d'une attention particulière. Enfin, les interactions entre le genre et les conduites addictives devraient elles aussi être mieux développées et explicitées.

Les **objectifs prioritaires** de l'Axe 2.1 pour la programmation 2023-2027 sont présentés dans le schéma ci-dessous.



8. Renforcer les ressources, les connaissances et les compétences en matière de consommation de substances psychoactives et de conduites addictives (avec ou sans produit).

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Développer et diffuser des outils d'information et des campagnes qui renforcent les connaissances et élargissent les représentations du grand public, des décideurs, des consommateurs et consommatrices et de leurs proches en matière de consommation de substances psychoactives et de conduites addictives.
- Développer des outils, des démarches et des ressources (y compris numériques) adaptés aux spécificités des publics potentiellement concernés par les consommations addictives.

Si l'on identifie des acteurs de promotion de la santé spécialisés dans le domaine des addictions (souvent centrées sur les milieux de vie) susceptibles de mener des actions d'information et de sensibilisation, les besoins en termes de spécificité des publics, des milieux de vie et de territoires ne sont actuellement pas couverts.

Les contenus de ces outils/campagnes d'information et de sensibilisation doivent tenir compte de la littératie en santé des différents publics cibles, et être déclinés en fonction de leurs capacités de compréhension et leurs connaissances préalables.

Les modalités d'entrée en contact/d'accès aux publics doivent également s'adapter pour toucher chaque public en fonction de ses spécificités (ex : les publics vulnérables plus difficiles à atteindre peuvent l'être à travers des actions spécifiques dans les milieux de vie, de même que les adolescents et les seniors qui sont très peu ciblés par les actions).

Dans une approche promotion de la santé, il est plus pertinent d'introduire la notion de gestion des risques dans le but d'agir en prévention universelle et développer des interventions qui auront un impact sur l'émergence de plusieurs conduites à risque simultanément.

⁴¹ <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/reunion-thematique-drogues>

STRATÉGIE B : Outiller les professionnels en stimulant les échanges de pratiques et en formant à des pratiques innovantes.

- Sensibiliser, outiller et renforcer les connaissances, compétences et savoir-être des professionnels, bénévoles et adultes-relais en matière de prévention, promotion de la santé et réduction des risques.
- Développer et appliquer une méthode d'identification des besoins en contenus, outils d'information et de sensibilisation, selon le type de conduites addictives et les spécificités des publics cibles (en ce compris les publics "femmes et LGBTQAI+").
- Créer de nouveaux outils et de nouveaux contenus en utilisant les synergies entre opérateurs et la collaboration entre professionnels, experts externes et publics cibles.

Le domaine des assuétudes est en constante évolution (produits, mode de consommation, usages, voir Stévenot & Hogge 2022) ; il est donc nécessaire d'actualiser et de renforcer les savoirs fondamentaux des professionnels afin d'augmenter la qualité des pratiques, des actions, projets et programmes et d'offrir les réponses les plus adaptées aux problématiques en lien avec les consommations de substances psychoactives.

Lors de la création de nouveaux outils, de contenus ou d'interventions, la synergie⁴² entre les acteurs, les experts externes et les publics cibles devra être favorisée. Dans certaines villes, ces synergies existent déjà mais trop souvent, le travail du secteur spécialisé n'est pas assez connecté (ou de manière trop morcelée) aux secteurs non spécialisés (social, santé, éducation, aide à la jeunesse...). Cette faible synergie s'explique à la fois par un manque de temps, de moyens (nécessaire pour formaliser les synergies), mais aussi par un manque de visibilité des ressources existantes et de connaissances de celles-ci par les acteurs non spécialisés et le public final. L'implication de l'ensemble des acteurs concernés ainsi que des publics permettra, d'une part, de garantir l'élaboration de contenus adaptés mais également de choisir une (ou plusieurs) méthode(s) de diffusion efficace(s) qui tiennent compte des nouvelles technologies et des comportements d'utilisation de la population.

Les milieux ruraux et semi-ruraux⁴³ sont insuffisamment couverts par les actions de communication et de sensibilisation actuelles ; le territoire global de la Wallonie est couvert de manière trop sporadique. La mise à disposition des informations sur les milieux virtuels doit également être *intensifiée*, et parfois aussi repensée, sur la base des nouveaux outils et des bonnes pratiques identifiées. Ce travail d'interconnexion et de communication pourrait être facilité par la coopération entre les réseaux spécialisés en assuétudes et les CLPS.

9. Soutenir les différents milieux de vie à mettre en place des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Sensibiliser les acteurs, professionnels ou non, et des milieux de vie à l'inclusion de la réduction des risques et de promotion de la santé dans leurs actions au quotidien.

Il s'agit de rendre les professionnels et/ou bénévoles qui animent des activités ou prestent des services dans des milieux de vie collectifs (structurels ou informels) conscients qu'ils peuvent jouer un rôle pour éviter que l'addiction d'un des membres de la collectivité ou du groupe n'entraîne des dommages pour lui-même ou pour le groupe et les sensibiliser, pour ce faire, à des manières d'intervenir respectueuses de chacun.

⁴² Au niveau local, des synergies sont possibles via des collaborations entre les acteurs spécialisés financés par la promotion de la santé et les services plus généralistes déjà en place qui bénéficient d'autres sources de financement (p. ex. : service de prévention des PSSP, plans de cohésion sociale, AMO).

⁴³ Les membres de la Task force soulignent en particulier que les zones frontalières sont particulièrement problématiques en termes de transfert de substances, trafic de stupéfiants, population consommatrice ; ce qui a pour conséquence d'amener des substances.

STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie.

- Soutenir les différents milieux de vie pour mettre en place des projets de prévention et de promotion de la santé, qui améliorent les contextes et les environnements dans lesquels les personnes vivent et travaillent et qui facilitent les choix favorables à leur santé.

La participation d'acteurs diversifiés à la création et à la diffusion d'outils d'information et de sensibilisation (cf. objectif 1, Stratégie B ci-dessus) peut être une porte d'entrée pour intensifier les actions sur les milieux de vie mais il faut aller plus loin en privilégiant des actions communautaires, en favorisant la création d'une dynamique de projets dans les milieux de vie organisés. Ces dynamiques peuvent à profit s'appuyer sur les modifications réglementaires ou sur la création de labels (en sus du soutien⁴⁴ aux labels existants, tels que back safe, Quality Nights, Plan Sacha). Le développement d'environnements favorables à la santé ne peut se faire de manière optimale sans le concours du législateur, afin que les aménagements des environnements de vie ne soient pas laissés à la bonne volonté de chacun.

L'intensification devrait porter au niveau de certains **milieux** (festif et étudiant, sportif, professionnel, familial, carcéral, de la rue - y compris travailleurs du sexe -, scolaire, mouvements de jeunesse, résidences psychiatriques, accueillant des personnes en situation de handicap ou pour aînés), dont certains ne sont peu voire pas *couverts* actuellement. Il est aussi nécessaire d'élargir les actions aux milieux ruraux/semi-ruraux, qui sont actuellement insuffisamment couverts. Le développement de la Réduction des Risques à distance (Eurotox, 2016) pourrait en partie combler certains manques propres aux milieux peu ou pas couverts.

Il importe donc de renforcer/habiller des structures « ressources » qui sensibiliseront et aideront les acteurs de ces milieux de vie à développer leurs dynamiques spécifiques dans un objectif de réduction des risques et de promotion de la santé. De nouveaux acteurs (éducateurs de rue, éducateurs en prison) pourraient également être mobilisés afin d'améliorer la prise en charge des communautés spécifiques (par exemple, les femmes isolées, les sans-abris, les détenus, les travailleurs et travailleuses du sexe, etc.).

10. Renforcer 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.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Développer des stratégies de sensibilisation qui diminuent la stigmatisation des usagers des services d'accompagnement et de soins en matière d'assuétudes.

La manière dont les discriminations impactent le quotidien des consommateurs mériterait d'être mieux connue. A cet égard, le focus doit être mis sur un enrichissement des représentations à tous les niveaux (grand public, consommateurs et consommatrices, professionnels social-santé, politique) et sur l'établissement des liens entre la consommation, l'individu et son **contexte** (approche multifactorielle) ; ceci afin de permettre de réduire les stigmatisations et les discriminations liées aux consommations de substances psychoactives.

⁴⁴ Par exemple, en proposant des avantages financiers et/ou fiscaux pour les organisateurs qui y souscrivent.

STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie.

- Mettre en place des stratégies d'"aller vers", des actions de proximité dans les communautés pour renforcer l'utilisation des services d'accompagnement et de soins par les publics concernés par les assuétudes.

La multiplication de canaux d'information diversifiés sur les services de soutien aux personnes dépendantes ne suffit pas toujours à amener ces personnes à solliciter ces services. L'information sur ces services peut leur avoir échappé et/ou le cheminement qui les amènera à les consulter peut être long. Le processus de prise de conscience et de maturation qui précède la consultation d'un service peut être facilité par des contacts de proximité, répétés et progressifs, par des professionnels ou par des pairs. Pour certains publics, il peut être utile que ces services mènent leurs prestations « hors les murs ».

STRATÉGIE E : Informer et collaborer pour renforcer l'accessibilité des services de promotion et de prévention de la santé.

- Mettre en place des modalités de diffusion de l'information sur les offres en matière d'assuétudes (en collaboration avec les réseaux assuétudes) auprès des acteurs non spécialisés.

Au niveau de la couverture géographique, le constat est similaire à celui des objectifs développés précédemment : les milieux ruraux et semi-ruraux sont insuffisamment couverts par les services actuels. Le renforcement doit se faire de manière à couvrir l'ensemble du territoire ; les services de prévention et d'accompagnement locaux doivent être accessibles et rendus visibles. Il faut également veiller à faciliter l'accessibilité financière (les services gratuits sont saturés), l'inscription au CPAS et améliorer la littératie (difficultés d'accès et mauvaise compréhension des supports distribués).

L'objectif qui doit être poursuivi consiste à stimuler la diffusion de l'information sur les offres en place et travailler la déstigmatisation⁴⁵ des usagers des services en veillant à la non-stigmatisation liée aux éventuels ciblage et aux déterminants structurels des inégalités (concrétisation de l'universalisme proportionné).

La synergie proposée dans l'objectif 1 (Stratégie B) devrait également permettre de visibiliser les services et d'identifier les opérateurs susceptibles de couvrir des besoins actuellement non-couverts. Il s'agira également de conforter les liens entre le secteur spécialisé et les opérateurs de proximité et de faire davantage de liens avec les réseaux de soins et d'aide (médecins généralistes, mutualités, psychologues, assistants sociaux).

11. Soutenir les stratégies de plaidoyer en faveur de modèles de gestion publique adaptés à une politique intégrée et globale, en ce compris une clarification autour des produits.

STRATÉGIE D : Renforcer les collaborations intersectorielles dans une optique de promotion de la santé, en vue de générer des dynamiques locales qui influencent les déterminants de la santé.

- Conscientiser et soutenir les autorités locales et supra-locales à la mise en place d'une gestion intégrée et globale de prévention des assuétudes.

⁴⁵ Par exemple, prendre en considération les stigmatisations spécifiques que vivent les femmes consommatrices, notamment autour de leur santé sexuelle, de la maternité, des violences de genre tels que les violences sexuelles, les violences conjugales, les difficultés d'accès aux structures sociales et de soins, les stigmatisations liés au fait d'exercer la prostitution... Identifier comment ces stigmatisations sont des freins dans l'accès aux services et structures d'aide et d'accompagnement spécialisés et non spécialisés.

Une politique intégrée et globale (ou intégrale) permettrait une meilleure gestion des consommations nocives pour la santé et aurait par conséquent un effet positif sur la santé des consommateurs. Outre les substances addictives, des liens doivent être faits avec d'autres comportements à risque (axe 5), tournés contre soi ou contre les autres de façon à agir sur les déterminants communs à ces conduites.

Les actions de plaidoyer sont essentielles pour faire évoluer les réglementations qui permettront la mise en place d'actions de prévention efficaces dans certains milieux de vie (p. ex. : *testing* drogues, eau gratuite). Par ailleurs, le plaidoyer devra accorder une place prioritaire au contrôle de l'éthique publicitaire à la fois dans l'espace public mais également au niveau médiatique. Les études montrent en effet une relation entre la publicité et les comportements d'achats (Decorte et al., 2019) ; supprimer la publicité (en remplaçant l'autorégulation de la publicité par un contrôle effectif du respect des normes) devrait donc diminuer l'achat d'alcool, par exemple.

Les actions de plaidoyer menées gagneront en force et en légitimité si elles articulent systématiquement leur argumentaire sur une approche *evidence-based*, sur des stratégies et interventions qui ont été évaluées (Autrique et al., 2016 ; The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012) et sur la participation des opérateurs aux processus de décision. Les politiques publiques devraient également se soumettre à cet impératif d'évaluation continue. Il faut donc consacrer des moyens à l'analyse et à la diffusion des argumentaires déjà existants afin de renforcer le plaidoyer.

Axe 2.2 – Promotion d’une bonne santé mentale et du bien-être global

Introduction

La santé est un droit fondamental qui correspond à un état complet de bien-être physique, mental et social (OMS, 2022). La santé mentale fait partie intégrante de la santé et du bien-être, et sous-tend nos capacités de prise de décisions individuelles, collectives et notre ancrage dans la société. En d’autres termes, la santé mentale et le bien-être représente une condition essentielle pour le développement personnel, communautaire et socioéconomique.

La promotion de la santé mentale consiste à favoriser l’acquisition d’une santé mentale positive en encourageant la résilience individuelle et collective, en créant des environnements soutenant tout en considérant l’influence des déterminants de la santé (sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux). Elle vise à améliorer les facteurs de protection qui aident les personnes, les familles et les collectivités à faire face aux événements, ainsi qu’à renforcer les conditions (telles que la cohésion sociale) susceptibles de réduire les facteurs de risque liés aux problèmes de santé mentale. Elle doit notamment viser à réduire les sources d’antagonisme qui engendrent de l’anxiété et permettre le déploiement d’activités (de loisirs, professionnelles, communautaires ...) qui préservent un état de santé global positif.

La promotion de la santé mentale s’adresse donc à toute la population, le plus précocement possible et si possible **en amont** des manifestations de mal-être. Il est donc fondamental d’insérer la promotion de la santé mentale – et plus spécifiquement la promotion des modes de vie et des milieux de vie favorables à la santé physique et mentale – dans toutes les politiques et dans toutes les dimensions du parcours de vie (promotion du bien-être, détection précoce, prévention secondaire et tertiaire). La réforme des soins de santé mentale (réforme 107 datant de 2010 ; voir Mistiaen et al., 2019) a été conçue dans ce sens et demande à évoluer encore (Cauchie, 2019). Il est, en effet, bien documenté que les actions coordonnées et utilisant plusieurs stratégies à différents niveaux (micro, méso, macro) sont les plus efficaces (Rondia et al., 2019).

Ancrage socio-épidémiologique

En Belgique, l’impact de la crise sanitaire liée à la COVID-19 sur la santé mentale a été considérable : augmentation de la prévalence de l’anxiété (19% en 2022 contre 11% en 2018) et de la dépression (16% en 2022 contre 9,5% en 2018) (Sciensano, 2022). En Belgique, les études menées démontrent que certaines populations telles que les adolescents, les jeunes adultes et les femmes mais également les professionnels de la santé ont été plus particulièrement impactés par la crise (Service universitaire de Promotion de la Santé – RESO, in press).

Les mesures de confinement, de distanciation sociale et la crainte du virus ont altéré la qualité des contacts sociaux et du soutien social mais également l’accès aux soins de santé comme en atteste l’Enquête de Santé menée par Sciensano en 2020-2021 (Berete et al., 2020). Les premières analyses des Stratégies concertées COVID-19 menées en Wallonie révèlent à cet égard l’importance de maintenir (1) l’accès aux soins par des alternatives non-numériques (pour les personnes n’ayant pas accès au digital) et (2) le fonctionnement du système de santé, entre autres en renforçant les équipes de la première ligne de soins, de l’action sociale et de la santé mentale.

Parmi les autres constats relevés par les Stratégies concertées COVID-19 en Wallonie, notons la nécessité de favoriser les liens de proximité entre les structures d’accueil et la première ligne de soins (accompagnement par les professionnels et lien social) et le développement d’une communication non-culpabilisante et adaptée en impliquant les publics concernés, en tenant compte des spécificités culturelles.

Recommandations internationales

Selon l'OMS (2022), la promotion de la santé mentale passe par des actions tendant à créer des conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et permettent d'adopter et de conserver un mode de vie sain. De nombreuses mesures visent à favoriser une bonne santé mentale telles qu'un environnement garantissant le respect et la protection des droits civils, politiques, socioéconomiques, culturels et le sentiment d'appartenance à une collectivité. Sans la sécurité et la liberté apportées par ces droits, il est très difficile de conserver une bonne santé mentale. Il est également essentiel d'intégrer la promotion de la santé mentale aux secteurs de la santé, de l'éducation, de l'emploi, de la justice, des transports, de l'environnement, du logement et de la protection sociale.

La réforme des soins en santé mentale suit les recommandations internationales axées sur les stratégies de « communautarisation de la santé mentale » et de la « collaboration en réseaux »⁴⁶. La *communautarisation* signifie que, même pour les troubles psychiatriques graves, un maximum de soins est proposé dans l'environnement de vie immédiat du patient. Le déploiement et/ou le renforcement des démarches actuelles devront être cohérentes avec les bonnes pratiques identifiées dans les différents secteurs (Sebbane et al., 2017 ; Vanderlinden et al., 2018), telles que développer davantage de petites structures intégrées dans la communauté et proches du milieu de vie du patient, développer des projets favorisant la reconstruction du lien humain, promouvoir une approche communautaire au niveau local, centrer les actions sur le lieu de vie des patients, dans leur quartier, etc.

En Wallonie, huit réseaux adultes/adultes âgés et enfants/adolescents regroupant différents secteurs (santé mentale, social, logement, emploi) s'organisent par territoire pour répondre à l'ensemble des besoins en santé mentale de la population. Chaque réseau doit remplir 5 fonctions, à savoir : détection précoce - screening - orientation, diagnostic, traitement, inclusion dans tous les domaines de la vie et échange et valorisation de l'expertise pour les réseaux enfants et adolescents (validation du guide par la Conférence Interministérielle Santé Publique, 2015⁴⁷) ; prévention - promotion - détection précoce – dépistage et diagnostic ; équipes ambulatoires de traitement intensif (problème psychique aigus et chroniques) ; réhabilitation psycho-sociale, unités intensives de traitement résidentiels spécialisés et formules résidentielles spécifiques pour les réseaux adultes (Mistiaen et al., 2019). Le centre de référence en santé mentale a quant à lui pour mission d'offrir un soutien aux acteurs des soins de santé mentale (usagers et membre de la famille, acteurs de première ligne, institutions et Services de santé mentale), d'assurer le suivi des pratiques et des initiatives, de s'impliquer dans la recherche et dans la diffusion d'information, d'assurer la concertation et le suivi des pratiques et des initiatives.

Objectifs priorités pour la programmation 2023-2027

Concrètement, les objectifs de promotion et de prévention de la santé doivent viser à aplanir ou à lever les obstacles à la santé mentale, 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 la précarité, la promiscuité, la qualité du logement, l'isolement, les discriminations, etc. À tous niveaux d'intervention, il faudrait aussi 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, tout comme il faudrait déployer les politiques publiques visant l'amélioration des environnements de vie et de travail qui participent à la lutte contre l'isolement social et favorisent de la sorte le sentiment d'appartenance.

⁴⁶ https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/Blikvanger_Gezondheidszorg_GGZ_FR_v09.pdf

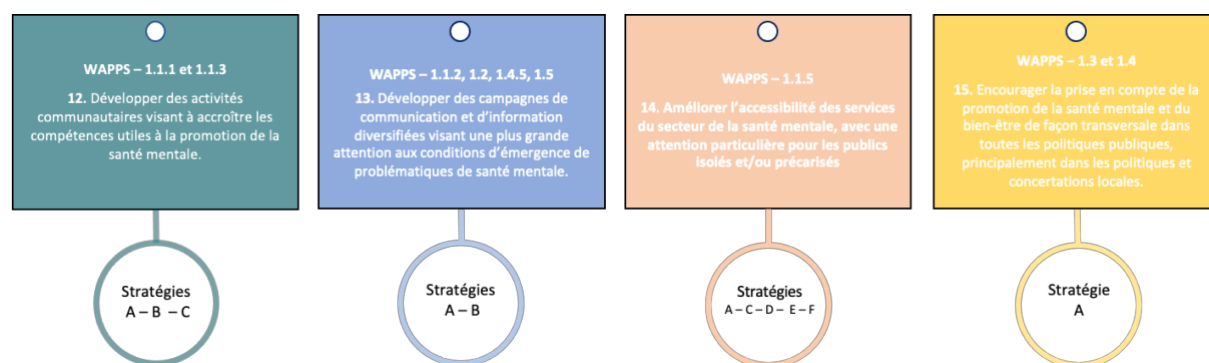
⁴⁷ http://www.psy0-18.be/images/Guide_0-18/GUIDE-EA_definitif_20150330.pdf

Il s'agit donc de favoriser 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 ([WAPPS – Partie 2](#), p.43). Travailler à la déstigmatisation des problèmes de santé mentale est un autre levier nécessaire.

Ces objectifs sont d'autant plus fondamentaux que la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19, les inondations qui ont touché la Wallonie, ou encore la diminution du pouvoir d'achat, ont impacté de manière importante et différenciée les populations en matière de bien-être mental. L'enjeu est ici que les activités communautaires s'orientent non seulement vers une approche réparatrice mais aussi vers une approche positive et globale du bien-être, dépassant l'optique du soin.

Le financement par initiatives doit évoluer à terme dans une optique structurelle qui favorise et pérennise les groupes de santé communautaire. Par ailleurs, la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes intentionnels (notamment les suicides) devrait être intégrée, avec pour stratégie la cohésion sociale, le vivre ensemble et la mobilisation communautaire.

Les **objectifs prioritaires** de l'Axe 2.2. pour la programmation 2023-2027 sont présentés dans le schéma ci-dessous.



12. Développer des activités communautaires visant à accroître les compétences utiles à la promotion de la santé mentale.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Rédiger des recommandations et des repères pour clarifier les thèmes de promotion de la santé mentale à aborder dans le cadre d'activités communautaires, en se fondant sur une co-construction entre professionnels, fédération d'usagers et citoyens de territoires bien définis.
- Développer des outils d'intervention pour appliquer ces recommandations.

Rédaction par un groupe d'experts (incluant des professionnels de terrain expérimentés ainsi que les fédérations d'usagers) de recommandations et de repères valorisant 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.

Les communications/interventions développées – dans les suites de ces recommandations et repères – doivent être adaptées à tous et toutes d'un côté, et à des publics spécifiques, de l'autre (porteurs de troubles mentaux, physique, minorités culturelles, sociales).

Il est aussi nécessaire de passer par une dédramatisation des difficultés mentales et émotionnelles et par la promotion d'une « psycho-diversité » dans la société (voir objectif 2 – Stratégie A). Il s'agira de travailler sur l'individu mais également sur le groupe (diminuer les préjugés, les tabous dans les milieux scolaire, professionnel, sportif, etc. ; de promouvoir les gestes de *self-help* (niveau individuel) et de détection précoce, empathie, ouverture d'esprit, écoute (niveau du groupe).

STRATÉGIE B : Outiller les professionnels en stimulant les échanges de pratiques et en formant à des pratiques innovantes.

- Soutenir les professionnels des secteurs socio-sanitaire et socio-éducatif à intégrer dans leurs interventions une attention au développement des compétences personnelles et sociales (estime de soi, socialisation positive, stratégies de coping, etc.) des individus dans leurs milieux de vie et les doter d'outils de détection précoce.
- Soutenir les professionnels qui accompagnent les familles vulnérables (monoparentales, précarisées, avec un membre en situation de handicap, personnes âgées, ...), et leur entourage (p. ex., les aidants proches) en mettant en place un soutien social et des conditions favorables au bien-être physique et psychique de tous les membres de la famille.

Développer les compétences psychosociales qui permettront d'intensifier le travail de prévention au sein des milieux de vie, en vue de réduire l'exclusion. Cet objectif et sa déclinaison opérationnelle devraient porter sur la santé mentale plutôt que sur les troubles mentaux, c'est-à-dire être orientés vers le renforcement des capacités dans une vision positive de la santé mentale plutôt que sur la réduction des déficits, en agissant de façon globale et intégrée sur les déterminants de la santé mentale.

Il s'agira également d'outiller les acteurs dans les milieux de vie dont les professionnels de l'aide à domicile, sur la base d'une approche pluridisciplinaire (p. ex. : en ambulatoire ou via les services d'aide à domicile) ; renforcer/créer des groupes de paroles pour les parents, des rencontres individuelles pour évoquer des questionnements ou problématiques rencontrées. Il s'agit donc de développer des environnements favorables pour parler sans jugement par rapport au vécu et d'accompagner les familles pour soutenir et renforcer leur pouvoir d'agir.

Ces actions seront d'autant plus pertinentes qu'elles associent des professionnels des secteurs socio-éducatifs, socio-sanitaires et de santé mentale.

STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie.

- Mener des activités communautaires et des appuis dans la communauté afin de favoriser le bien-être global (dont la résilience personnelle et collective).

Renforcer les initiatives ouvertes à tous (usagers et non usagers en santé mentale) pour soutenir la mixité des publics, augmenter le lien social et la solidarité et contribuer à la déstigmatisation de la maladie mentale. Ces actions devraient favoriser l'intégration de la notion de résilience personnelle et collective dans la notion de bien-être, la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion liées aux problématiques psychiques, etc. En parallèle, il est nécessaire d'organiser la cohérence globale des messages (publics, contenus, temporalités) afin de démontrer l'utilité et l'efficacité de ces activités communautaires menées dans le cadre de projets et actions en promotion de la santé mentale.

13. Développer des campagnes de communication et d'information diversifiées visant une plus grande attention aux conditions d'émergence de problématiques de santé mentale.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Développer des campagnes de communication diversifiées (généralistes ou ciblées) tant en termes de thématiques que de publics cibles sur les conditions qui favorisent le bien-être et la santé mentale.
- Ces campagnes d'information devraient aussi aborder les problèmes de santé mentale courants et sensibiliser la population à son rôle dans le repérage et au premier soutien qu'elle peut fournir aux personnes en difficulté. Sensibiliser à l'importance de l'adoption par tous de compétences de "premiers secours" en santé mentale : repérage chez soi et les autres, modes de réactions adéquats, connaissances des ressources disponibles.

Ces campagnes d'information (p. ex. : via des brochures, sites internet) pourraient porter sur les problèmes de santé mentale courants (p. 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.

L'atteinte des objectifs liés à la communication vers la population générale ou vers des publics spécifiques (ex : jeunes adultes, parent de familles monoparentales) ou dans des milieux de vie spécifiques (structures pénitentiaires, etc.) nécessite toutefois au préalable d'identifier, les publics visés⁴⁸, la couverture géographique (pour le développement/soutien de la dynamique locale de réseau) ainsi que l'offre existante, afin d'en augmenter la visibilité, les faire évoluer et/ou décider s'il convient d'en créer d'autres.

Le recensement de la couverture géographique sera assuré par la plateforme Wall-in-Health mise en place par l'AVIQ tandis que celui des publics visés seront identifiés par le Comité de pilotage.

Les contenus des campagnes de communication seront construits avec les partenaires du secteur de la santé mentale et le public visé et ses proches. Une attention sera accordée aux problématiques émergentes. En outre, l'*accessibilité* des informations disponibles doit faire l'objet d'une évaluation afin de l'améliorer si nécessaire. En effet, une attention particulière devra être portée à l'accessibilité des actions à un **public mixte** (avec et sans problématique de santé mentale), de manière à contribuer à l'objectif de *déstigmatisation* (voir également les recommandations du Service universitaire de Promotion de la Santé – RESO, in press). Dans la même optique, l'attention au genre, au handicap et à la fracture numérique devra faire partie intégrante des préoccupations.

STRATÉGIE B : Outiller les professionnels en stimulant les échanges de pratiques et en formant à des pratiques innovantes.

- Renforcer les compétences des professionnels (éducateurs, animateurs, facilitateurs communautaires, médecins généralistes, journalistes, pharmaciens, travailleurs sociaux) en lien avec les jeunes adultes et les adultes âgés, avec les personnes isolées ou en situation de précarité, sur la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide.
- Renforcer la sensibilisation des professionnels de santé sur leur rôle en matière de santé mentale par une attention accrue sur ces thèmes dans les fédérations, groupements et réseaux de professionnels de la santé.

⁴⁸ Identifier si des constats genrés sont disponibles et si une communication genrée est nécessaire.

Concrètement, il s'agira de renforcer la formation des professionnels au développement de compétences telles que l'estime de soi, l'*empowerment*, les compétences psychosociales, de gestion des conflits, de prévention des violences, etc. Ces formations devraient également aborder la question de l'usage et de l'impact des réseaux sociaux (actions d'éducation au travers des médias). Elles devraient permettre aux professionnels de faire évoluer leurs interactions individuelles avec les patients mais aussi de disposer d'outils pédagogiques pour animer des temps d'échange sur des thématiques émergentes.

Au vu de la crise sanitaire COVID-19 que nous venons de traverser et l'impact de celle-ci sur la santé mentale de la population (et plus particulièrement des jeunes, voir les rapports de l'Institut Wallon d'Évaluation de la Prospective et de la statistique [IWEPS, 2021] et du Conseil Supérieur de la Santé [CSS, 2022], il convient de renforcer et stimuler la participation aux formations afin d'être en mesure de répondre à certaines actions prévues dans l'axe 2.2 du WAPPS, comme par exemple « former les professionnels à l'utilisation de dispositifs d'intervention immédiates en situation de crise » (objectif spécifique 1.5, Action 3).

La *formation initiale et continue* en promotion de la santé mentale des professionnels de la santé est susceptible d'entraîner des répercussions positives à large échelle : sensibilisation (Service universitaire de Promotion de la Santé – RESO, in press), détection précoce, prévention du suicide, développement des compétences psychosociales, amélioration de la transdisciplinarité, etc.

14. Améliorer l'accessibilité des services du secteur de la santé mentale, avec une attention particulière pour les publics isolés et /ou précarisés.

Le manque d'accessibilité peut être de différents types : financière, manque de connaissance/de visibilité des offres par le public, non-identification de la problématique, services saturés, accessibilité géographique/mobilité, etc. Il est primordial de mieux comprendre les raisons de ce non-recours⁴⁹ aux services qui freinent l'accessibilité et de veiller à adapter les offres universelles à la lumière des contextes de certains publics.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Utiliser des canaux de communication locaux et des relais de proximité pour diffuser l'information sur les services spécialisés disponibles.

STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie.

- Mener des actions communautaires et des appuis pour lutter contre la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion liées aux problématiques psychiques.

De manière complémentaire, ces objectifs visent à faciliter 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. Toutefois, rendre l'information sur les services accessibles à toutes et tous ne suffit pas pour que ces informations soient connues des destinataires, soient jugées opportunes et surtout soient utilisées pour faire face à ses problèmes. Le secteur de la promotion de la santé apporte un plus par des actions collectives de proximité qui diminuent la distance symbolique entre les populations concernées et les professionnels de santé mentale.

⁴⁹ Le non-recours désigne le fait que des personnes qui pourraient prétendre à certaines offres publiques n'en bénéficient pas (Warin, 2010).

L'AVIQ accorde une grande attention à la diffusion et à la transparence des informations sur les questions et les services de santé, de promotion de la santé et de prévention⁵⁰, ainsi qu'à la fracture numérique ou à la lisibilité et à la compréhension des informations par tous (FALC). Des stratégies inclusives doivent donc venir compléter ces outils surtout pour des personnes isolées, précarisées, en situation de handicap ou en situation (définitivement ou temporairement) vulnérables (personnes âgées, personnes malades, personnes confrontées aux aléas de l'existence ou à des événements dramatiques, etc.).

STRATÉGIE D : Identifier, comprendre et appuyer les ressources (par rapport aux besoins) existantes en vue de générer des dynamiques locales qui influencent les déterminants de la santé.

- Augmenter la visibilité et la lisibilité de l'offre existante (W.all.in.Health) afin de permettre aux bénéficiaires d'un service, aux habitants d'un territoire, de trouver une réponse à leurs besoins ; aux professionnels de dynamiser les réseaux et de décider s'il convient de s'adapter ou de diversifier l'offre disponible.

Faciliter l'accès à l'information, la contextualiser en fonction des caractéristiques de la personne et de son contexte, soutenir la personne dans ses choix par rapport aux services disponibles, dans ses démarches multiples vis-à-vis de services divers, dans les attentes et les formalités pour y avoir accès est essentiel pour que ces services soient effectivement fréquentés par tous et surtout par ceux qui en ont le plus besoin. C'est d'autant plus important dans le domaine de la santé mentale, laquelle ne peut s'améliorer ou se maintenir que s'il y a un engagement de la personne.

STRATÉGIE E : Informer et collaborer pour renforcer l'accessibilité des services de prévention et de promotion de la santé.

- Renforcer la concertation et les collaborations en promotion de la santé avec les réseaux de santé mentale.

Plus spécifiquement, il est nécessaire de renforcer les collaborations intersectorielles qui agissent sur les déterminants de la santé mentale, de stimuler les divers acteurs concernés à constituer un réseau pour développer des terminologies, pratiques et stratégies communes (plateforme, fédérations, etc.) et y intégrer des acteurs locaux mais également les usagers (retours d'expériences utiles à l'enrichissement des soins et à l'évolution des pratiques).

La pyramide de l'offre en santé mentale réalisée par le CRéSaM (2018) offre une vision des catégories de services et d'institutions mobilisées (ressources personnelles, ressources informelles, soins primaires, services de santé mentale communautaire et services psychiatriques des hôpitaux généraux, services résidentiels de longue durée et psychiatriques spécialisés). Elle n'avait toutefois pas pour objectif de rendre compte de la dynamique existante entre les services (concertation, collaboration), de la couverture territoriale actuelle ou des éventuels manques dans les offres actuelles. En conséquence, le renforcement de la concertation devra se faire en fonction de l'analyse territoriale mais devra inclure les milieux ruraux éloignés des grandes villes sur lesquels l'offre est réduite et inclure la collaboration avec la première ligne.

STRATÉGIE F : Intégrer la promotion de la santé dans le parcours de soin

- Sensibiliser et outiller les professionnels des réseaux de santé mentale pour construire des modalités d'accueil différenciées, adaptées notamment aux publics isolés, précarisés.

⁵⁰ Information « facile à lire et à comprendre » - <https://www.falc.be/>

Le premier contact constitue une démarche difficile pour le patient ; une fois celui-ci établi, il est important de pouvoir mener une démarche d'écoute afin de garantir (si nécessaire), un accompagnement sur la durée dans le parcours de soin et de favoriser le rétablissement. Dans ce contexte, il est nécessaire de diversifier les approches afin de toucher l'ensemble des publics cibles et de trouver pour chacun les « bonnes portes d'entrée », sachant que la porte d'entrée peut être multiple, afin de favoriser l'implication de l'utilisateur dans son parcours de soin et lui permettre d'être acteur de sa santé et de faire des choix favorables à celle-ci, en développant son pouvoir d'agir.

15. Encourager la prise en compte de la promotion de la santé mentale et du bien-être de façon transversale dans toutes les politiques publiques, principalement dans les politiques et concertations locales.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Sensibiliser les élus les personnes exerçant une responsabilité sociale aux déterminants de la santé mentale et aux impacts sur celle-ci de certaines périodes de la vie ou de certaines situations de vie.

Il est primordial de sensibiliser les politiques à tous les niveaux de pouvoirs sur la nécessité de tenir compte de l'impact des décisions sur la santé mentale (en impliquant, par exemple, les usagers dans l'évaluation des effets potentiels des décisions, voir le [plaidoyer pour la santé mentale en Belgique](#) publié par le CRéSaM).

Il s'agira également de relever les espaces de concertation existants à tous les niveaux (local, entre administrations, entre cabinets ministériels, etc.), d'identifier et répertorier les lieux et les moments stratégiques pour sensibiliser aux impacts sur la santé mentale (ex : dépression post-partum), et d'informer et de former aux déterminants de la santé mentale un maximum d'acteurs politiques.

Axe 3 – prévention des maladies chroniques

Introduction

Cet axe couvre la prévention des maladies cardiovasculaires, des cancers, du diabète de type 2, des maladies respiratoires ainsi que des pathologies musculosquelettiques.

Les maladies chroniques sont de loin les maladies ayant l'impact le plus important sur la mortalité, la qualité de vie liée à la santé (mesuré par les DALYs⁵¹) et l'utilisation des services de santé. Elles entraînent des conséquences négatives en termes de santé physique (douleur, gêne, ...), de santé mentale (anxiété, dépression, ...) et sociale (solitude, isolement social, ...). De plus, ces maladies peuvent coexister chez une même personne, notamment chez les personnes âgées, ce qui augmente d'autant plus leur impact. La multimorbidité est souvent causée par la présence de facteurs de risques communs ou par le fait qu'une maladie chronique peut augmenter le risque de contracter d'autres maladies chroniques.

Ancrage socio-épidémiologique

En 2018, 29% des Belges âgés de 15 ans et plus ont déclaré vivre avec une maladie chronique (Sciensano, 2022a). Ce pourcentage augmente fortement avec l'âge, atteignant 44% chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Plus précisément :

- Les femmes sont plus fréquemment touchées (31%) que les hommes (27%) ;
- La prévalence des maladies chroniques les plus fréquentes a augmenté depuis le début du siècle, même après ajustement pour l'âge. Les maladies les plus courantes sont les lombalgies (24,8%), les allergies (18,7%), l'arthrose (18,5%), l'hypercholestérolémie (18,0%), l'hypertension artérielle (17,6%) et les douleurs cervicales (14,9%) ;
- La prévalence de la multimorbidité (l'existence simultanée de deux maladies ou plus parmi les maladies pulmonaires chroniques, les maladies cardiaques, l'hypertension, le diabète, le cancer et l'arthropathie) a aussi considérablement augmenté depuis 1997, même après ajustement pour l'âge. L'augmentation n'est donc pas uniquement imputable au vieillissement de la population.

Par ailleurs, il apparaît que les personnes ayant un faible niveau d'instruction souffrent plus fréquemment de maladies chroniques. Les inégalités liées à la coexistence simultanée de plusieurs maladies (multimorbidité) sont beaucoup plus importantes que les inégalités liées à la présence d'une maladie, ce qui signifie que les personnes les plus défavorisées sur le plan socio-économique sont plus enclines à cumuler des problèmes de santé.

L'enquête de santé (Van der Heyden & Charafeddine, 2018) révèle également que des inégalités sont observées pour de nombreuses conditions chroniques spécifiques chez les personnes de 65 ans et plus, notamment l'arthrose, l'hypertension artérielle, l'incontinence urinaire, les maux de tête sérieux (migraine), la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), le diabète, l'asthme et l'infarctus aigu du myocarde (IAM).

Au fil du temps, les inégalités dans le pourcentage de personnes rapportant une ou plusieurs maladies chroniques ont fluctué. Ces inégalités ont diminué en 2018 par rapport à 2013. Pour la plupart des pathologies spécifiques également, les inégalités n'ont pas augmenté entre 2013 et 2018, voire ont eu tendance à légèrement diminuer en 2018. Pour le diabète et la BPCO, les inégalités ont légèrement diminué depuis 2008 ; pour l'asthme, une diminution a été observée jusque 2013.

⁵¹ Le DALY (Disability-Adjusted Life Years, Années de vie en bonne santé perdues) est une mesure qui permet de mesurer le fardeau de la maladie en prenant en compte la perte de qualité de vie due à la présence d'une maladie ainsi que les années de vie perdues dues à un décès prématuré. En prenant en compte la morbidité comme la mortalité, le DALY permet de comparer des maladies chroniques avec différents impacts.

Les personnes ayant un faible niveau d'instruction sont aussi plus nombreuses à vivre avec une maladie chronique non diagnostiquée. L'enquête de santé (2018) a montré que la prévalence du diabète non diagnostiqué/insuffisamment contrôlé était plus élevée chez les personnes avec un niveau d'instruction bas. De manière générale, les femmes ont une prévalence plus élevée pour une majorité de maladies chroniques. Parmi les 20 maladies chroniques les plus fréquemment déclarées dans l'enquête de santé 2018, seules l'hypercholestérolémie et le diabète font exception.

En matière de mortalité, en 2018, les maladies chroniques présentant la charge la plus élevée en termes d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans sont le cancer du poumon, les cardiopathies ischémiques et les maladies chroniques du foie chez les hommes ; le cancer du poumon, le cancer du sein et les bronchopneumopathies chroniques obstructives chez les femmes.

L'[étude BeBoD](#) révèle qu'en Wallonie, le fardeau de la maladie était principalement causé par les troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances (22,5%), les cancers (18,2%), les troubles musculosquelettiques (12,6%), les maladies cardiovasculaires (12,1%) et les maladies respiratoires chroniques (7,6%). Les maladies avec le fardeau le plus élevé chez les hommes étaient les cardiopathies ischémiques, le cancer du poumon et les troubles liés à la consommation d'alcool ; chez les femmes, c'étaient les troubles dépressifs, les bronchopneumopathies chroniques obstructives et les douleurs dans le bas du dos (Sciensano, 2002b).

L'[étude GBD](#) nous renseigne sur les facteurs de risques comportementaux qui contribuent à ces maladies :

- 31% des cancers (74% des cancers du poumon), 20% des maladies cardiovasculaires (28% des cardiopathies ischémiques), 50% des maladies respiratoires chroniques (60% des bronchopneumopathies chroniques obstructives) et 12% des maladies musculosquelettiques (24% des douleurs dans le bas du dos) peuvent être attribués à la consommation de tabac ;
- 32 % des maladies cardiovasculaires (53% des cardiopathies ischémiques) et 6% des cancers (4% des cancers du poumon) peuvent être attribués à l'alimentation, 4% des maladies cardiovasculaires (8% des cardiopathies ischémiques) peuvent être attribués au manque d'activité physique ;
- 8% des cancers et 4% des maladies cardiovasculaires peuvent être attribués à la consommation d'alcool.

Par ailleurs, des études citées dans le plan [ENVieS 2019-2023](#) montrent l'impact complémentaire de facteurs environnementaux sur le développement de maladies chroniques (notamment la qualité de l'air intérieur⁵², les polluants atmosphériques, les pesticides et perturbateurs endocriniens) et propose des mesures pour limiter ceux-ci.

Recommandations internationales

L'objectif de prévention des maladies chroniques est directement en lien avec les objectifs de [développement durable des Nations-Unies](#). En effet, l'objectif 3.4 vise à réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être d'ici 2030.

Afin de répondre à ce défi, l'OMS a lancé le [WHO Global NCD Action Plan 2013-2020](#), suivi d'un rapport (OMS, 2017) présentant des propositions sur les « meilleurs choix » d'interventions afin de lutter contre les maladies non-transmissibles.

Au niveau européen, le [portail des connaissances](#) sur la promotion de la santé et la prévention des maladies rassemble des informations et des exemples de bonnes pratiques et d'interventions afin d'aiguiller les experts.

⁵² CSS - Conseil Supérieur de la Santé. Avis du Conseil Supérieur de la Santé : Qualité de l'air intérieur en Belgique. Bruxelles : CSS; septembre 2017. Avis nr. 8794

Objectifs priorités pour la programmation 2023-2027

Prévenir les maladies chroniques passe par un aménagement des conditions et modes de vie. On se référera pour cela aux autres axes du WAPPS : alimentation équilibrée, diminution de la sédentarité, de la consommation d'alcool et de tabac, contrôle du stress. Ces éléments ont un impact capital sur la prévention des maladies chroniques.

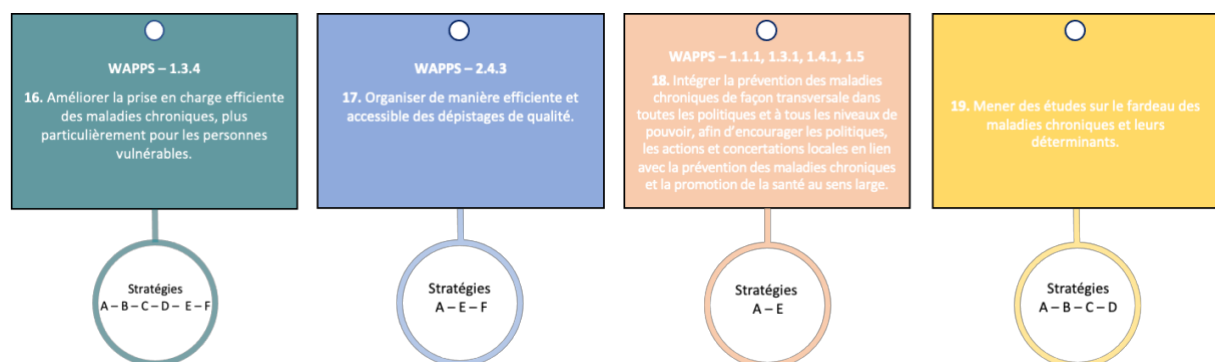
Il est également important de soutenir le dépistage précoce et le diagnostic de celles-ci afin de contrer leur progression le plus rapidement possible et d'éviter l'apparition de comorbidités. L'amélioration des conditions de vie et des modes de vie doit faire partie intégrante de la gestion de la maladie une fois celle-ci diagnostiquée. L'optimisation de la qualité de vie est essentielle vu la longue durée de ces maladies. Il faut, en outre, encourager les patients à prendre part activement à leur propre prise en charge. Il importe enfin de soutenir les personnes diagnostiquées pour qu'elles puissent être suivies de manière régulière sur la durée.

Les maladies chroniques sont en majeure partie liées à des réalités sociales. En effet, leur fréquence et leur gravité sont plus élevées chez les personnes avec un statut social bas et la présence d'une maladie chronique renforce souvent la situation précaire des personnes. Il est donc important de développer une stratégie pour réduire les inégalités sociales de santé face aux maladies chroniques. Il s'agira notamment d'éviter que des problèmes financiers ne poussent à reporter les soins et à se passer des traitements mais également de développer des compétences de littératie dans une optique d'*empowerment*, aussi bien et si possible parallèlement dans le milieu du soin et dans la communauté.

C'est le sens à donner à l'intégration de la promotion de la santé dans le continuum de soins. Le Plan intègre donc des stratégies et actions qui favorisent ce continuum et l'adhésion globale du patient aux différents types de prévention. À cet effet, les prestataires doivent avoir accès aux ressources et à l'expertise nécessaires pour être davantage en mesure d'aider leurs patients à gérer leur maladie.

Par ailleurs, pour améliorer la prise en charge, une meilleure coordination des professionnels devrait favoriser des parcours de soins permettant un accompagnement personnalisé et coordonné du malade.

Les **objectifs prioritaires** de l'Axe 3 pour la programmation 2023-2027 sont présentés dans le schéma ci-dessous.



16. Améliorer la prise en charge efficiente des maladies chroniques, plus particulièrement pour les personnes vulnérables.

Pour de nombreux patients atteints de maladies chroniques, nous ne savons pas si le système de soins de santé répond adéquatement à leurs besoins. Cela concerne les patients en situation de vulnérabilité (p. ex. : pauvreté, faible niveau de connaissances en matière de santé) mais aussi la population plus large des personnes souffrant d'une maladie chronique. Pour améliorer les soins aux patients atteints de maladies chroniques et pour les informer et développer leur littératie en matière de santé, nous devons d'abord établir un diagnostic de cette population : quels sont leurs besoins, leurs problèmes, comment veulent-ils être impliqués dans leurs soins, quel est le niveau moyen de littératie par groupe de patients (spécifique à la maladie, au niveau de la multimorbidité, au statut socioéconomique, au sexe, au groupe d'âge, ...). Ce diagnostic initial devra permettre d'adapter l'information et la communication autant que possible. Cependant, pour cela, des études sont indispensables⁵³.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Favoriser l'exercice des compétences en santé de la population, avec une attention particulière aux difficultés spécifiques liées à la précarité et à l'isolement, au genre et aux minorités de genre, au handicap, avec un accent sur les déterminants transversaux tels que le stress et le sommeil, l'alimentation, l'activité physique, le lien social, la qualité du logement et du quartier, etc.
- 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 qui lui permettront de poser des choix éclairés.
- Développer un plaidoyer en vue de déstigmatiser et de défendre les droits des personnes atteintes d'une maladie non transmissible.

L'objectif de l'information et de la sensibilisation de la population sera de favoriser l'exercice des compétences liées à l'adaptation des conditions et des modes de vie des personnes à risque et de leur entourage. Une attention particulière devra être apportée aux difficultés spécifiques liées à la précarité et à l'isolement, au genre et aux minorités de genre (Service universitaire de Promotion de la Santé – RESO, in press), au handicap, et avec un accent sur les déterminants transversaux tels que le stress, le sommeil, l'alimentation, l'activité physique, le lien social, la qualité du logement et du quartier, etc.

Les opérateurs devront mettre en place des programmes structurés d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique du patient (en veillant à fournir des informations actualisées), afin d'augmenter son niveau de littératie et d'autonomie qui lui permettront de poser des choix éclairés. Ces programmes devront notamment informer le public sur les liens entre les comportements à risques (fumer, mal manger, ne pas faire d'activité physique) et les maladies chroniques.

Pour atteindre l'efficacité, ces deux objectifs devraient autant que possible être complétés par la stratégie E qui consiste à diffuser auprès des patients et de la population des ressources adéquates tant au niveau du contenu (structures d'aides locales, réseaux d'organisations et associations, support financier, cadres législatifs, ressources qui favorisent le dialogue entre le patient et le prescripteur de soins pour favoriser les choix éclairés, etc.) que de la forme (supports et stratégies de communication adaptées).

Il est toutefois indispensable de contrer le risque de responsabilisation excessive des individus par rapport à leur santé, en leur permettant de participer à des démarches collectives, en soutenant l'amélioration des conditions matérielles et organisationnelles dans leurs milieux de vie (cf. stratégie C ci-dessous).

⁵³ [Étude PaRIS de Sciansano.](#)

STRATÉGIE B : Outiller les professionnels en stimulant les échanges de pratiques et en formant à des pratiques innovantes.

- Renforcer les compétences des professionnels de santé et leur collaboration par des formations transdisciplinaires, orientées vers l'évolution des métiers de santé et les "nouveaux métiers" de la prévention, de la coordination et de l'accompagnement des patients.
- Développer une plateforme informatique pour mettre les recommandations validées et actualisées, les ressources validées de soutien aux patients chroniques à disposition des professionnels de différents secteurs.

De nombreuses personnes atteintes d'une maladie chronique sont suivies par leur médecin généraliste qui peut souvent identifier les premiers symptômes, voire les risques. Nous devons aider les médecins généralistes à identifier et à suivre leur population de patients.

L'enjeu est de rendre les systèmes de soins et leurs acteurs plus sensibles aux réalités et compétences des individus, dans une visée qui conjugue l'*empowerment* individuel et collectif. Une attention particulière devra être apportée à s'adapter aux spécificités de certains publics (personnes en situation de handicap et jeunes adultes précarisés, par exemple). Dans cette optique, il est nécessaire au préalable d'identifier les compétences et connaissances actuellement non couvertes dans la formation initiale et continue des professionnels (Soudier et al., 2021).

D'autre part, des référentiels de compétences en promotion et prévention de la santé adaptés aux professionnels de la première ligne devraient être développés et utilisés par le secteur de l'enseignement (supérieur, universitaire).

L'utilisation du dossier médical informatisé (DMI), tant en ce qui concerne son remplissage que les possibilités statistiques qu'il offre, devrait permettre aux professionnels de première ligne de surveiller plus facilement leur population de patients et de prendre des mesures préventives dans le cas de patients souffrant d'une maladie chronique. Ce recours sera favorisé par l'un des projets du Plan de Relance de la Wallonie, en matière d'e-santé.

Enfin, une plateforme informatique recensant l'ensemble des ressources et recommandations de soutien aux patients chroniques *validées* et *actualisées* pourrait être développée et mise à disposition des professionnels des différents secteurs⁵⁴. Ce sera concrétisé par W.All.in.Health.

STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie.

- Porter une attention spécifique aux populations les plus vulnérables (inégalités sociales de santé), via des approches d'accompagnement actives et non uniquement passives ("aller vers") ;
- Veiller au suivi et à l'exercice des choix éclairés des patients chroniques vivant dans des structures collectives (centres de jour pour aînés, centres d'accueil pour migrants, prisons, etc.) ;
- Réduire l'impact du cancer sur la qualité de vie, notamment en favorisant les approches par les pairs, avec des associations de patients, pour échanger sur le vécu spécifique des femmes (familles monoparentales, écartement du travail, etc.) ;
- Développer un environnement social favorable et soutenant pour les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles.

⁵⁴ Les résultats du projet SPADIS attendus en 2024/5 (Sciensano, 2022c).

Il s'agira également de favoriser les approches par les pairs (p. ex., avec des associations de patients) afin de permettre aux patients d'échanger autour de leur vécu. Des approches par les pairs réservées aux femmes devraient aussi être encouragées, pour reconnaître et prendre en compte les spécificités de leur vécu de la maladie (familles monoparentales, écartement du travail, etc.). Cela permettrait de réduire l'impact de la maladie chronique (notamment du cancer) sur la qualité de vie⁵⁵.

STRATÉGIE D : Renforcer les collaborations intersectorielles dans une optique de promotion de la santé, en vue de générer des dynamiques locales qui influencent les déterminants de la santé.

- Élaborer, mettre à jour et diffuser des « registres de ressources » par territoire, adaptés aux spécificités des publics vulnérables, il s'agit de recenser et informer ces publics sur les activités existantes qui aident à infléchir son mode de vie en fonction de ses contraintes : prévenir le stress, adapter son alimentation, pratiquer de l'activité physique, être moins sédentaire, partager son expérience.

Ces registres permettraient également d'identifier les besoins selon les territoires et de les adapter aux contraintes des différents publics (horaire, type d'activités, etc.). Il s'agit aussi pour les autorités et associations d'un territoire de favoriser le développement de services et des ressources manquantes si nécessaire, avec l'implication des publics visés.

Ce recensement pourrait faire partie intégrante de la plateforme destinée aux professionnels (reprenant les ressources et recommandations pour agir auprès des patients chroniques). Ces objectifs pourraient être soutenus et intégrés dans le développement de la plateforme W.all.in.Health à mettre en place par l'AVIQ.

Toutefois, une attention particulière devra être portée à l'accessibilité de ces informations, notamment dans les structures d'hébergement et d'accueil (notamment des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, etc.), grâce à la démarche FALC (Facile à lire et à comprendre).

STRATÉGIE E : Informer et collaborer pour renforcer l'accessibilité des services de promotion et de prévention de la santé.

- Diffuser auprès des patients et de la population les ressources pertinentes en fonction de leur domicile (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.).

Ce recensement pourrait faire partie intégrante de la plateforme destinée aux professionnels (reprenant les ressources et recommandations pour agir auprès des patients chroniques). Ces objectifs pourraient être soutenus et intégrés dans le développement de la plateforme W.all.in.Health à mettre en place par l'AVIQ.

Pour atteindre l'efficacité, il est nécessaire de dépasser la simple mise à disposition de ces ressources en impliquant l'ensemble des acteurs de « première ligne » dans une optique de réorientation des services de soins vers plus de promotion de la santé (Alami et al., 2017), telle que proposée dans la Charte d'Ottawa. Ils devront investir dans une connaissance concrète des quartiers, des acteurs de proximité, des réseaux locaux, etc. Une attention particulière devra être portée à l'accessibilité de ces informations, notamment auprès des professionnels des structures d'hébergement et d'accueil (notamment des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, etc.). Les Réseaux locaux multidisciplinaires (RLM) développés au bénéfice des patients insuffisants rénaux ou souffrant de diabète de type 2 offrent des perspectives en ce sens.

⁵⁵ <https://fedweb.belgium.be/fr/actualites/2021/résilience-psychologique-au-travail%E2%80%AF-plan-daction-fédéral>.

Stratégie F : Intégrer la promotion de la santé dans le parcours de soin.

Outre les actions citées ci-dessus de diffusion des ressources, d'orientation vers des groupes de pairs ou d'interventions pour aider à adapter les environnements de vie, quatre points d'attention supplémentaires traversent les actions à développer au sein du parcours de soin.

- S'intéresser au parcours de vie du bénéficiaire de soins, en veillant à augmenter la clarté des recommandations à destination des patients et les adapter à leurs spécificités ;
- Référer quand c'est opportun et accessible, les patients vers des spécialistes qui pourront les aider à adapter leurs modes de vie ;
- Accompagner les patients dans la maîtrise des ressources digitales nécessaires au suivi de leur dossier et de leur traitement ;
- Être particulièrement attentif à l'information et à la continuité du parcours de soin des personnes âgées et des personnes fréquentant les lieux d'accueil.

17. Organiser de manière efficiente et accessible des dépistages de qualité.

La balance bénéfice/risque est actuellement considérée comme positive pour les dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal. Il faudrait renforcer la participation à ces programmes dans toute la Wallonie. La balance bénéfice/risque est aussi positive pour le dépistage du cancer du col, qui devrait être généralisé. Actuellement, un projet pilote inter-universitaire bénéficie du soutien de la Wallonie en vue de préparer et d'élaborer un programme de dépistage organisé en profitant des nouvelles méthodes de dépistage adéquates (test PVH, auto-prélèvement), en veillant à une articulation efficiente avec les contributions du niveau fédéral.

Pour le dépistage du cancer du sein et du colon, les programmes sont déjà en place depuis plus de 10 ans. Il est important de les évaluer de manière continue, d'identifier les freins et leviers pour en améliorer la participation, l'accessibilité et l'efficience. Pour le dépistage du cancer du col, il existe un dépistage opportuniste mais pas un programme organisé. Un projet pilote abordé ci-avant est en cours pour lancer un programme de dépistage sur trois arrondissements (Namur, Charleroi, Liège). Il faut donc poursuivre ce projet, l'évaluer et l'étendre à toute la Wallonie. Il faudra également prendre en compte les recommandations pour l'organisation du dépistage du cancer du col via le test HPV. Ensuite, comme les deux autres programmes (sein et colon), il faudra l'évaluer en continu et, sur base des résultats, voir comment le faire évoluer pour obtenir un système de qualité, accessible et efficient.

Des mesures facilitant le dépistage du diabète pourraient également être intéressantes.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Développer une éducation des différents publics sur l'intérêt et les limites du dépistage, les conditions dans lesquelles un dépistage est pertinent et notamment fournir une vision critique des possibilités offertes par les objets connectés.
- Éduquer les publics à la notion de facteurs de risques et de protection, subséquentement à la juste place du dépistage dans l'ensemble des stratégies de prévention des maladies chroniques.

Pour éviter la pratique excessive et mal cadrée des dépistages, il importe de développer une éducation des différents publics sur l'intérêt et les limites du dépistage, les conditions dans lesquelles un dépistage est pertinent et notamment fournir une vision critique des possibilités offertes par les objets connectés. Allant plus loin, il faudrait éduquer les publics à la notion de facteurs de risques et de protection, subséquentement à la juste place du dépistage dans l'ensemble des stratégies de prévention des maladies chroniques.

STRATÉGIE E : Informer et collaborer pour renforcer l'accessibilité des services de prévention et de promotion de la santé.

- Informer la population sur les modalités de dépistage et de suivi (1) adaptées à son niveau de risque (en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistages) et (2) et encourager le dépistage précoce.

Accroître et diversifier les stratégies d'information de la population sur les modalités de dépistage et de suivi :

- En proposant des modalités de dépistage adaptées à son niveau de risque (en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistage) ;
- En encourageant le dépistage précoce ;
- En informant de manière éclairée sur les avantages et inconvénients des dépistages.

L'acceptabilité des dépistages sera aussi renforcée si les professionnels sont formés à la littératie en santé et à la communication à nouer avec les patients dans le décours des actes de dépistage.

La priorité doit être accordée aux actions qui visent à renforcer l'accessibilité sociale et culturelle des dépistages (Wylie & Holt, 2010) : favoriser la gratuité et la proximité des opérateurs du dépistage, quand ils diffèrent du médecin généraliste, diminuer les délais dans l'obtention d'un rendez-vous et les délais d'attente, développer des démarches proactives, d'« aller vers » les populations vulnérables, utiliser les proches ou les acteurs communautaires comme relais d'information (notamment pour les personnes en situation de handicap ou les minorités), éviter les approches convictionnelles en menant des approches collectives de proximité sur les représentations, associer les mutualités à la diffusion d'informations et de rappels sur les dépistages, inclure les dépistages dans le DMG+.

L'accès aux dépistages doit aussi faire l'objet d'une attention particulière dans les établissements pénitentiaires.

STRATÉGIE F : Intégrer la promotion de la santé dans le parcours de soin

- Définir les pratiques de dépistage et les uniformiser afin de mieux définir ce qui doit être renvoyé vers les spécialistes et/ou les généralistes, mais aussi vers les "nouveaux métiers".

18. 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.

La prévention des maladies chroniques doit être développée à tous les niveaux et dans tous les domaines. Il est important de sensibiliser tous les acteurs de la vie publique au rôle qu'ils ont à jouer dans le développement de politiques publiques et de législations favorables à une réduction de l'exposition aux facteurs de risques (taxation de certains produits, règles de publicité, régulation de l'offre, labelling, pollution, environnement physique, ...). Agir sur les facteurs de risques comportementaux entraîne un effet considérable sur de nombreuses maladies chroniques.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Développer le plaidoyer afin de sensibiliser les décideurs dans les différents niveaux et domaines de pouvoir au rôle qu'ils ont à jouer dans la prévention et leur fournir les pistes et outils pour pouvoir prendre des décisions.

- Mettre en place des évaluations d'impact sur la santé pour estimer les effets potentiels de politiques et d'interventions sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Afin de les sensibiliser, il pourrait être intéressant de présenter des exemples concrets de politiques mises en place dans d'autres pays européens pour leur faire prendre conscience des possibilités et du rôle qu'ils ont à jouer.

STRATÉGIE E : Informer et collaborer pour renforcer l'accessibilité des services de promotion et de prévention de la santé.

- Assurer une couverture territoriale de l'offre en diffusant des recommandations vers les décideurs et les réseaux locaux quant aux changements requis au niveau des soins primaires (organisation et ressources) et en favorisant les synergies entre les différents niveaux de responsabilité. Faire le lien avec l'actualisation des données et recommandations ; clarifier l'exercice des dépistages par des opérateurs qui les promeuvent.

19. Mener des études sur le fardeau des maladies chroniques et leurs déterminants.

Afin de pouvoir prévenir efficacement les maladies chroniques, il est important de les comprendre ainsi que leurs déterminants.

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

- La charge de morbidité liée aux maladies chroniques ainsi qu'à leurs facteurs de risque (incidence, prévalence, morbidité globale, ...)
- La charge de la mortalité prématurée ;
- La charge économique des maladies chroniques (charge directe et indirecte si possible) et leur impact sur les finances publiques ;
- Les déterminants sociaux et comportementaux des maladies chroniques (évaluer l'effet des inégalités sociales sur l'ampleur des facteurs de risque) ;
- Les déterminants environnementaux et organisationnels des modes de vie, les freins à l'adoption des recommandations ;
- Les conséquences des maladies chroniques sur la qualité de vie et le bien-être social des patients ;
- Le coût-efficacité d'un programme de prévention des facteurs de risque des maladies chroniques ;
- La faisabilité d'un modèle d'action multisectoriel pour la prévention des maladies chroniques ;
- L'évaluation de l'efficacité des interventions de prévention mises en place en Wallonie.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser et développer la littératie en santé et le plaidoyer

- Utiliser les résultats des études menées sur les maladies chroniques et leurs déterminants dans différents groupes de population pour développer des outils et démarches de littératie en santé de différents groupes en tenant compte des différentes catégories socio-professionnelles.

Les informations plus détaillées sur les difficultés particulières de différents groupes permettront d'orienter le développement des compétences de santé chez ceux-ci.

STRATÉGIE B : Outiller les professionnels en stimulant les échanges de pratiques et en formant à des pratiques innovantes.

- Impliquer les professionnels de différentes institutions et les personnes ressources à différents niveaux dans la conception des études sur les maladies chroniques et leurs déterminants.
- Diffuser auprès des professionnels, de manière adaptée à l'exercice de leurs missions spécifiques, le résultat des études sur la prévention des maladies chroniques.

Il faudra mobiliser les savoirs déjà présents dans les différentes institutions (ex. Sciensano) afin de produire de nouveaux savoirs. Des concepts et méthodes innovants devront être partagés afin d'apporter de nouveaux éclairages (DALY, CRA, HIA, ...) sur la prévention des maladies chroniques.

STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie.

- Contribuer aux études sur le vécu des maladies chroniques et les déterminants de celles-ci en organisant des groupes de discussion ou tout autre moyen de récolte d'information propice à faire s'exprimer des bénéficiaires de services, les populations vulnérables et les groupes communautaires sur leur vécu. Les professionnels de proximité pourraient aussi être impliqués tout au long des études via des ateliers et des groupes de discussions.

STRATÉGIE D : Renforcer les collaborations intersectorielles dans une optique de promotion de la santé, en vue de générer des dynamiques locales qui influencent les déterminants de la santé.

- Faire l'inventaire des études déjà réalisées ou en cours afin d'identifier les vides et zones d'ombres dans la recherche. Créer des collaborations entre différents groupes et institutions afin de développer des études pertinentes et adaptées à la réalité wallonne.

Axe 4 – Prévention des maladies infectieuses, y compris la politique de vaccination

Introduction

En Wallonie, la prévention, la surveillance, la gestion et le contrôle des maladies infectieuses sont réalisés notamment grâce au déploiement d'actions de proximité par les opérateurs de promotion de la santé et de prévention, à la mise en place de réseaux sentinelles de surveillance (laboratoires vigies, médecins généralistes et pédiatres vigies, centres de référence,...) et par le biais de la déclaration obligatoire de certaines maladies infectieuses auprès des autorités sanitaires, en particulier la cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AVIQ. Sont visées ici les maladies ayant des impacts sur la santé publique et nécessitant le recours à différents moyens prophylactiques en vue de prévenir leur apparition, leur propagation ou leur aggravation.

En effet, en matière de surveillance des maladies infectieuses, la Belgique doit se soumettre aux Règlement Sanitaire International (RSI), aux Directives Européennes en matière de lutte concertée contre les maladies infectieuses tout en veillant à se conformer au Règlement général de Protection des Données (RGPD).

Les missions de surveillance des maladies infectieuses sont régies, sur la base des règlements et directives cités ci-dessus, par le décret du 3 février 2022. Ainsi, la liste des maladies infectieuses à déclaration obligatoire et les dispositifs mobilisables (système de déclaration, mesures prophylactiques adaptées à chaque maladie rencontrée, les *Outbreaks Support Teams* (OST), les agents de prévention des organismes assureurs, le renfort du suivi de contact à grande échelle, ...) pour y faire face sont définis de façon réglementaire. L'ensemble des mesures à prendre face à un cas ou un foyer épidémique sont définies en collaboration avec les différents professionnels de la santé gravitant autour du cas ou du foyer : médecin traitant, médecin scolaire, médecin du travail, médecin coordinateur, clinicien, ... mais aussi avec les autorités à différents niveaux de pouvoir, telles les cellules de crise communales ou provinciales.

La surveillance des maladies en Wallonie ne se limite pas à l'alerte rapide donnée au travers de la déclaration obligatoire de certaines pathologies. En effet, outre les données relatives à la déclaration obligatoire, la collecte systématique des données de surveillance épidémiologiques et une veille sont également organisées au travers de différents réseaux coordonnés par Sciensano, citons notamment le réseau des laboratoires vigies, les médecins vigies, les laboratoires de référence et centres nationaux, un système de surveillance de certaines maladies infectieuses rares de l'enfant, ...

L'ensemble de ces réseaux, alimentés sur une base volontaire, permet à la cellule de surveillance des maladies infectieuses d'avoir des données fiables sur différents problèmes infectieux sur le territoire wallon, en ce compris les maladies émergentes et préoccupantes. La surveillance permet également d'évaluer et de mettre en place des programmes de prévention ou de lutte spécifique en collaboration avec les opérateurs de promotion de la santé et de prévention ainsi que Sciensano : maladies à prévention vaccinale (Grippe, Pneumocoque, Rougeole, COVID-19, ...), maladies faisant l'objet d'un programme d'éradication (Polio, Rougeole), Tuberculose, Légionellose, Bactéries Multi Résistantes aux antibiotiques (Plan national MDRO/AMR, One Health), etc.

L'AVIQ est ainsi le trait d'union entre les lieux d'échanges internationaux, nationaux, régionaux et locaux mais aussi avec la première ligne de soins et des opérateurs de proximité en matière de prévention, surveillance, gestion et contrôle des maladies infectieuses, en privilégiant une approche intersectorielle et interdisciplinaire.

Ancrage socio-épidémiologique

COVID-19

Dans le cadre de la crise de la gestion de la crise sanitaire liée à la COVID-19, Sciensano a créé des systèmes de surveillance innovants pour gérer la pandémie au niveau de la population générale : extraction journalière des nouveaux cas dans la population, du nombre d'hospitalisation et du nombre de décès. Les données peuvent être consultées sous forme de bulletin hebdomadaire sur le site de Sciensano⁵⁶.

En outre, la COVID-19 a eu un impact sur la circulation des maladies infectieuses grâce aux mesures non pharmaceutiques mais malheureusement aussi sur le système de surveillance et la complétions des déclarations obligatoires, car l'attention des professionnels de soins de santé a été portée principalement sur la COVID-19 au cours de la pandémie au détriment des autres pathologies.

Virus de l'Immunodéficience Humaine et Infections Sexuellement Transmissibles

Après la tendance à la baisse du nombre de nouveaux diagnostics de VIH entre 2012 et 2018, un plateau épidémiologique a été atteint en 2019. En 2020, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH a diminué de 21 % par rapport à 2019. Cette diminution est fortement liée à la pandémie de COVID-19 et aux mesures pour restreindre sa propagation ; notamment sur les activités de dépistage (diminution des tests en raison de la charge de travail accrue durant la pandémie⁵⁷), sur le comportement sexuel (diminution des contacts physiques et sociaux) et sur la dynamique migratoire (restrictions de voyage) (Sciensano, 2021) : il peut donc s'agir d'une diminution des nouvelles contaminations, mais également d'un sous-diagnostic de celles-ci.

Selon le rapport mentionné ci-dessus, 47 % des infections au VIH nouvellement enregistrées ont été diagnostiquées chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), dont 40% sont belges ; 49% concernent des personnes hétérosexuelles, dont 44 % sont de nationalités africaines subsahariennes.

En 2020, 36 % des infections diagnostiquées étaient des infections diagnostiquées tardivement ; en 2000, cette proportion était de 46 %. En 2020, 47 % des infections transmises par contacts hétérosexuels (qui concerne surtout un public originaire d'Afrique subsaharienne), et 22 % par contacts HSH étaient diagnostiquées tardivement.

Depuis l'introduction des thérapies anti-rétrovirales en 1996, l'espérance de vie des patients vivant avec le VIH tend à se rapprocher de l'espérance de vie de la population générale. Au cours de l'année 2020, 17 018 patients infectés par le VIH ont été suivis médicalement en Belgique. L'âge moyen de ces patients augmente d'année en année, confirmant le vieillissement des patients infectés par le VIH : les patients âgés de 50 ans et plus représentaient 44 % de l'ensemble en 2020 et contre 19% en 2015.

Le ratio hommes/femmes était de 1,9. La majorité des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont composés des deux groupes prioritaires en matière de lutte contre le VIH, à savoir les HSH et les femmes originaires d'Afrique subsaharienne.

En 2020, 98 % des patients suivis dans les centres de référence VIH recevaient un traitement antirétroviral. Et parmi ceux-ci, 98 % avaient une charge virale contrôlée.

L'analyse du continuum de soins basée sur les données 2020 produit les estimations suivantes : parmi les 18 753 personnes vivant avec le VIH en Belgique en 2020, 92 % (N = 17 168) étaient diagnostiquées, 90 % (N = 16 964) étaient entrés en soins pour le VIH, 83 % (N = 15 505) étaient retenues en soins, 82 % (N = 15 317) recevaient un traitement antirétroviral et 77 % (N = 14 448) avaient une charge virale supprimée.

⁵⁶ <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>

⁵⁷ https://www.sciensano.be/sites/default/files/rapport_vih_2021_fr_241121.pdf

La prévention du VIH est marquée par un contexte d'innovation rapide – principalement lié aux usages préventifs avérés des traitements antirétroviraux (ARV) – en plus de leur impact thérapeutique sur la qualité et l'espérance de vie. En effet, il est désormais établi que l'atteinte durable d'une charge virale indétectable rend le risque de transmission du VIH négligeable voire nul, structurant un nouveau message : « Indétectable = Intransmissible ». Ces avancées posent de nouveaux enjeux quant à la santé sexuelle ou au vieillissement des PVVIH.

Par ailleurs, en 2020, 3 983 personnes ont utilisé une PrEP ; ce qui représente une augmentation de 12 % par rapport à 2019.

Selon Sciensano, une recrudescence des autres IST est observée depuis 2002 en Belgique. La chlamydia est l'IST la plus fréquemment diagnostiquée en Belgique. Le nombre de cas rapportés en Belgique est passé de 68,6/100 000 habitants en 2017 à 77,0/100 000 habitants en 2019. Durant cette période, les femmes sont davantage concernées et celles entre 15 et 29 ans sont les plus durement touchées.

Au niveau national, la gonorrhée montre également une tendance à la hausse depuis 2017, le nombre d'enregistrements en Belgique passant de 17,8/100 000 habitants à 26,0/100 000 habitants en 2019. Globalement, les hommes entre 20 et 39 ans sont les plus lourdement touchés. La syphilis présente également une augmentation sur la même période (2017-2019) en Belgique de 16,3/100 000 habitants à 21,6/100 000 habitants. Globalement, les hommes de plus de 20 ans, toutes catégories d'âges confondues, sont les plus sévèrement touchés.

Pour réagir à ces tendances à la hausse, l'OMS recommande la mise en œuvre d'actions en matière de programmes et de politiques afin de renforcer les liens entre les programmes de santé sexuelle et reproductive, et ceux consacrés au VIH.

Enfin, vivre avec le VIH engendre discrimination et stigmatisation et ce d'autant plus si le statut socio-économique est peu élevé. L'unique enquête sur les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone (Observatoire du sida et des sexualités, Plateforme Prévention Sida et Action +, 2012) continue de montrer l'existence de discriminations à l'encontre des PVVIH notamment dans le secteur médical, le milieu professionnel et dans la sphère privée. Ceci est confirmé par les enquêtes françaises sur le même sujet. La méconnaissance de la maladie (notamment de l'évolution des traitements), les préjugés péjoratifs liés au mode de vie des PVVIH (toxicomanie, prostitution, sexualité débridée...) sont encore et toujours aux racines de la stigmatisation. On constate aussi souvent que la séropositivité n'est pas le seul motif de discrimination : près de la moitié des PVVIH déclarent avoir été victimes de discrimination pour une ou plusieurs autres raisons (discriminations multiples). Parmi ces raisons se retrouvent l'orientation sexuelle, l'origine géographique et l'identité de genre.

Le virus de la grippe et les infections respiratoires

Les dernières données disponibles en Belgique concernant le virus de la grippe et le syndrome grippal concernent la saison 2018-2019⁵⁸.

L'enquête de santé (Sciensano, 2022) rapporte que, sur la base des données de surveillance du réseau de médecins généralistes vigies, environ 506 000 Belges ont consulté leur médecin traitant pour un syndrome grippal. Tous les groupes d'âge ont été touchés à peu près les mêmes semaines durant l'épidémie, avec des pics d'incidence aux semaines 7 et 8 de 2019. Environ 2% à 3% des personnes atteintes de la grippe ont été hospitalisées. Parmi elles, 13% ont développé des complications sévères et 6% sont décédées durant leur séjour hospitalier (personnes âgées de 54 ans et plus), ce qui est comparable aux saisons précédentes. La grande majorité des patients qui ont souffert de complications graves, présentaient une comorbidité préexistante (91 %). Les observations en Belgique étaient comparables avec celles du reste de l'Europe.

⁵⁸ Les données pour les saisons 2019-2020 et 2020-2021 ne sont actuellement pas publiées.

Tuberculose

Dans son rapport publié en 2020, le FARES (Fonds des Affections Respiratoires) rapporte 830 cas de tuberculose déclarés (dont 203 cas en Wallonie), ce qui correspond à une diminution par rapport à ce qui était observé en 2018 et 2019. Cette diminution est à mettre en lien avec la pandémie de COVID-19 et plus particulièrement avec les mesures prises dans le cadre de sa gestion.

Le contrôle de la tuberculose reste difficile car il dépend de nombreux facteurs : paupérisation, impact de la co-infection avec le VIH, flux migratoire mais également des capacités limitées des services de santé en cas de crise. À cet égard, il est probable que l'on assiste dans les années à venir à un rebond des cas de tuberculose et à une augmentation du taux de mortalité en raison de l'impact de la crise sanitaire liée à l'épidémie COVID-19, notamment sur les services de santé (Zimmer et al., 2021).

Hépatites virales

Dans un article publié en 2019, Sciensano rapporte que le nombre de personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC) diminue (13 000 en 2019 contre 65 000 auparavant). La mise en place du remboursement du traitement contre le VHC a eu un impact considérable et doit être rendu accessible à tous les patients infectés (Litzroth et al., 2019).

Le taux d'incidence de l'hépatite A varie quant à lui d'une année à l'autre. Entre 2011 et 2016, le nombre de cas d'hépatite A notifié annuellement par le réseau de surveillance des laboratoires vigies était d'environ 150 pour l'ensemble du territoire belge. En 2017, 411 cas ont été diagnostiqués à la suite d'une épidémie européenne touchant principalement les hommes ayant des relations avec des hommes.

Zoonoses et maladies à transmission vectorielles

En Wallonie, plusieurs zoonoses et maladies à transmission vectorielles font l'objet d'une surveillance épidémiologique via des laboratoires vigies, des laboratoires de référence et des centres nationaux de références⁵⁹. Certaines de ces maladies sont rares (hantavirose et anaplasmose) ou très rares (échinococcose multiloculaire, tularémie, leptospirose). La borréliose de Lyme, transmise par la morsure de tique, entraîne chaque année environ 11 000 consultations chez le médecin généraliste pour érythème migrant selon le réseau des médecins vigies mis en place par Sciensano et 200 à 300 hospitalisations selon les données du Résumé hospitalier minimum (SPF Santé publique). Les personnes à risque sont les personnes en contact régulier avec la nature (travailleurs en forêt, randonneurs, paysagistes, agriculteurs, etc.).

[Le site de Sciensano](#) dédié à cette maladie présente les mesures préventives et les actions à prendre en cas de morsure de tique. Il existe également un site où l'on peut déclarer chaque morsure⁶⁰.

D'autres cas de maladies transmises par des moustiques ou d'autres vecteurs, comme le paludisme, le Chikungunya ou la dengue, sont également rapportés chaque année en Belgique, mais tous ces cas sont importés. Depuis plus de 10 ans l'Institut de médecine tropicale d'Anvers⁶¹ opère une surveillance de la présence de moustiques exotiques sur le territoire belge, et plus particulièrement du moustique tigre qui peut potentiellement transmettre le virus de la dengue, du chikungunya ou encore du Zika. Cet institut et Sciensano ont développé [une plateforme](#) permettant au citoyen de signaler la présence de moustique tigre en Belgique.

⁵⁹ <http://etat.environnement.wallonie.be/contents/indicator sheets/SANTE%205.html>

⁶⁰ <https://tiquesnet.wiv-isp.be/>

⁶¹ <https://www.environnement-sante.be/fr/projects/linstitut-de-medecine-tropicale-laffut-des-moustiques-tigres>

Enfin précisons que l'un des constats pointés par le dernier rapport du SPF Santé Publique sur les conséquences des changements climatiques sur le système de santé en Belgique⁶² est l'apparition de nouveaux vecteurs sur notre territoire (2021). Il s'agit d'un enjeu prioritaire ciblé également par les recommandations internationales (Charte de Genève, OMS, 2021)⁶³.

Infections d'origine alimentaire et liées à l'eau

En Belgique, les acteurs impliqués dans l'identification des causes de toxi-infections alimentaires sont regroupés au sein d'une plateforme nationale « Toxi-infections Alimentaires et Zoonoses transmises par les Aliments » (Sciensano, 2020). Les acteurs de cette plateforme sont les entités fédérées dont la cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AVIQ en Wallonie qui réalisent l'investigation auprès des patients et effectuent les enquêtes épidémiologiques, l'AFSCA qui mène l'enquête au niveau de la chaîne alimentaire et prélève les échantillons de denrées alimentaires suspectes et Sciensano composé de plusieurs laboratoires et sections de recherche dont le Laboratoire national de référence pour les intoxications alimentaires (LNR TIA), qui analyse tous les échantillons suspects et collecte au niveau national toutes les données relatives aux toxi-infections alimentaires collectives (TIAC).

En Wallonie, en 2020, 129 toxi-infections alimentaires collectives ont été notifiées au Laboratoire national de Référence pour les TIAC. Au total, 467 personnes sont tombées malades et 6 personnes ont été hospitalisées. En moyenne, près de 3,6 personnes sont tombées malades à la suite de la consommation d'aliments contaminés par foyer rapporté.

En 2020 pour l'ensemble de la Belgique, le *Campylobacter* et le pathogène *Escherichia coli* (*E. coli*) ont été les deux agents les plus souvent identifiés comme cause d'infections alimentaires. Le Norovirus, la *Salmonella*, le *Clostridium perfringens*, le *Staphylococcus aureus* et le *Bacillus cereus* font partie des autres germes identifiés. La majorité des toxi-infections alimentaires collectives notifiées s'étaient produites hors du domicile : 49,8% dans des restaurants, 10,9% dans des chaînes de fastfood et d'établissements proposant des plats à emporter. Le nombre de foyers survenus à domicile s'élevait à 28,4%.

Les personnes particulièrement vulnérables aux toxi-infections alimentaires sont les enfants, les personnes âgées, les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées.

Résistance antimicrobiennes et antibiotiques

La résistance aux antimicrobiens, également appelée AMR, est l'une des plus grandes menaces pour la santé publique d'aujourd'hui et de demain. Les estimations de l'OCDE font déjà état de 533 décès par an en Belgique dus à des infections par des bactéries résistantes. La plupart de ces infections sont contractées en milieu de soins de santé (Cassini et al., 2019) peu de cas sont observés parmi les personnes en bonne santé. Force est de constater qu'il existe de nettes différences géographiques dans les taux d'infection entre les provinces belges (Boudewijn et al., 2016). Sans une action efficace et globale, il est possible que l'on vienne à manquer d'antibiotiques performants et certaines infections ne pourront plus être traitées. Il s'agit d'un autre enjeu majeur de santé publique liés aux maladies infectieuses pointé par l'OCDE et l'OMS. Les objectifs fixés par le Plan d'action national belge « One Health » de lutte contre la résistance aux antimicrobiens 2020-2024 seront donc poursuivis par la Région wallonne pour limiter l'impact des AMR en Wallonie.

Programmes de vaccination à destination des adultes

La crise sanitaire liée au COVID-19 a mis à mal les programmes vaccinaux de base dans de nombreux pays en les postposant ou les rendant inopérant, faute de suivi. En conséquence, l'incidence de certaines maladies à prévention vaccinale risque d'augmenter à court ou moyen termes.

⁶² <https://www.health.belgium.be/fr/news/consequences-des-changements-climatiques-sur-le-systeme-de-sante-en-belgique>

⁶³ <https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being>

Recommandations internationales

De manière générale, la Wallonie est soumise au Règlement sanitaire international (RSI, 2005) qui consiste à « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ». En décidant de ne pas limiter le RSI (2005) à certaines maladies afin qu'il puisse être appliqué aux nouveaux risques qui se présentent pour la santé publique et qui ne cessent d'évoluer, l'idée est de préserver durablement la pertinence de l'action internationale face à l'apparition et à la propagation de maladies. Le RSI (2005) constitue par ailleurs le fondement juridique des documents de santé importants applicables aux voyages et aux transports internationaux et à la protection sanitaire des usagers des aéroports, ports et postes-frontières internationaux. C'est en réponse au RSI que le *Risk Management Group* (RMG) et le *Risk Assessment Groupe* (RAG) – organes de décision interfédéral – sont en place en Belgique pour la prévention et la gestion des risques sanitaires liés à des agents infectieux.

Plus spécifiquement, les lignes directrices de l'European Center for Disease Prevention and Control (ECDC - 2021) stipulent que la surveillance du COVID-19 doit répondre aux trois objectifs suivants au niveau de la population générale, des établissements de santé de première et de deuxième ligne :

1. Suivi de l'incidence du COVID-19 et des cas graves (via les cas confirmés en laboratoire, la surveillance des eaux usées, la surveillance par les médecins généralistes, SARI par les hôpitaux sentinelles, etc.) ;
2. Suivi et détection de nouveaux variants (cas confirmés en laboratoire, surveillance des eaux usées, séquençage via le réseau de surveillance et Sentinelle SARI) ;
3. Surveillance de l'efficacité des vaccins (LINK-VACC).

Comme le risque chronique de résurgence du COVID-19 demeure, une surveillance continue tout au long de l'année doit être prévue pour évaluer l'impact multifactoriel de l'immunité progressive de la population, de l'assouplissement des interventions non pharmaceutiques et des mutations continues du COVID-19. La surveillance du COVID-19 doit être intégrée à la surveillance préexistante des infections respiratoires au niveau des médecins généralistes et des réseaux hospitaliers sentinelles (recommandations de l'ECDC). Les systèmes de surveillance sentinelle permettent également une évaluation épidémiologique indépendante de la stratégie de dépistage. Ceci est important car la stratégie de test évoluera au fil des ans vers des indications de test plus strictes (p. ex., uniquement les patients à haut risque d'infection par la COVID-19).

La tuberculose est aussi la cible 3.3 des [Objectifs de Développement Durable](#) (ODD) ; cible qui vise à mettre un terme à l'épidémie de tuberculose à l'horizon 2030. Les objectifs visés pour 2030 consistent à réduire de 90 % le nombre de décès dus à la tuberculose et à faire reculer de 80 % l'incidence de la maladie (nombre de nouveaux cas par an pour 100 000 habitants) par rapport à 2015. En effet, la Tuberculose est un enjeu de santé publique mais c'est aussi un enjeu de développement au vu du fait qu'elle est, au côté du Sida, parmi les maladies qui tue encore le plus au monde. En outre, elle touche les publics les plus vulnérables, contribue à l'aggravation des inégalités existantes et est la cause de pauvreté.

En ce qui concerne le SIDA, la nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le sida (2021-2026) vise quant à elle à réduire les inégalités qui sont à l'origine de l'épidémie de sida et à placer les populations au centre des efforts déployés pour que le monde puisse mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. Des décennies d'expérience et de preuves de la riposte au VIH montrent que les inégalités croisées entravent les progrès visant à mettre fin au sida.

S'appuyant sur les principales leçons tirées des pandémies de VIH et de COVID-19, la stratégie tire parti des outils et des approches éprouvés de la riposte au VIH.

La stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 est axée sur la réduction des inégalités car les disparités d'accès aux traitements et matériels de prévention ainsi que les décès sont du fait des inégalités. Trois priorités stratégiques sont ciblées par l'ONUAIDS :

1. Maximiser l'accès égal et équitable aux services et solutions liés au VIH ;
2. Éliminer les obstacles à l'obtention de résultats en matière de VIH ;
3. Financer pleinement et soutenir des ripostes efficaces au VIH et les intégrer dans les systèmes de santé, de protection sociale, humanitaires et de ripostes aux pandémies.

De manière générale, selon l'OMS, la santé sexuelle est fondamentale pour la santé et le bien-être général des personnes, des couples et des familles, ainsi que pour le développement social et économique des communautés et des pays. La santé sexuelle, lorsqu'elle est considérée de manière positive, s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. La capacité des hommes et des femmes à être en bonne santé sexuelle et à éprouver un sentiment de bien-être à cet égard dépend :

- De leur accès à des informations complètes et de bonne qualité sur le sexe et la sexualité ;
- Des connaissances dont ils disposent concernant les risques auxquels ils peuvent être confrontés et de leur vulnérabilité face aux conséquences néfastes d'une activité sexuelle non protégée ;
- De leur capacité à accéder aux soins de santé sexuelle ;
- Du milieu dans lequel ils vivent, à savoir un environnement qui affirme et promeut la santé sexuelle.

Les questions liées à la santé sexuelle sont très variées et englobent l'orientation sexuelle et l'identité de genre, l'expression sexuelle, les relations et le plaisir. Elles ont également trait à des éléments néfastes ou à des pathologiques telles que les infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les infections sexuellement transmissibles (IST) et les infections de l'appareil reproducteur et leurs effets indésirables (comme le cancer et l'infertilité) ; les grossesses non désirées et l'avortement ; les dysfonctionnements sexuels ; la violence sexuelle ; les pratiques néfastes (telles que les mutilations génitales féminines (MGF) abordées dans l'axe 5).

Enfin, selon l'OMS toujours, la résistance aux antibiotiques constitue aujourd'hui l'une des plus graves menaces pesant sur la santé mondiale, la sécurité alimentaire et le développement. Pour éviter et combattre la propagation de la résistance aux antibiotiques, l'OMS appelle les Politiques à :

- Veiller à mettre en place un plan d'action national robuste pour endiguer la résistance aux antibiotiques ;
- Améliorer la surveillance des infections résistantes aux antibiotiques ;
- Renforcer les politiques, les programmes et la mise en œuvre des mesures de prévention et de lutte contre les infections ;
- Réglementer et favoriser l'usage rationnel et la mise à disposition de médicaments de qualité ;
- Diffuser les informations sur l'impact de la résistance aux antibiotiques.

En bref, on peut constater que la lutte contre les maladies infectieuses est à la croisée des enjeux globaux et des recommandations internationales. Voir aussi :

- [Règlement Sanitaire international \(OMS.2005\)](#)
- [Lignes directrices de l'ECDC pour la surveillance intégrée du COVID-19](#)
- [Stratégie de l'ECDC pour la période 2021-2027](#)
- [Lignes directrices provisoires de l'OMS pour la surveillance de la santé publique dans le cadre du COVID-19](#)
- [Lignes directrices provisoires de l'OMS sur la surveillance des eaux usées](#)

- [Recommandations de la Commission européenne sur la surveillance des eaux usées](#)
- [Programme de vaccination 2023 de l'OMS](#)
- [Directives mondiales pour la validation par les pays de l'élimination des hépatites virales B et C de l'OMS](#)
- [Conséquences des changements climatiques sur le système de santé en Belgique](#)
- [Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA 2021-2026](#)
- [Plan d'action national belge « One Health » de lutte contre la résistance aux antimicrobiens 2020-2024](#)
- [Charte de Genève OMS Décembre 2021](#)

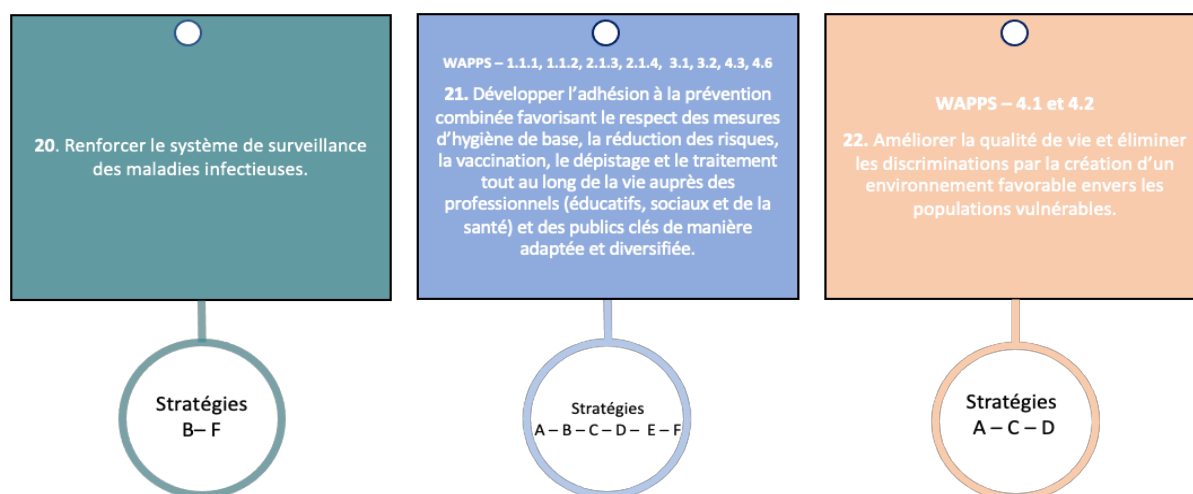
Objectifs priorités pour la programmation 2023-2027

Les principes d'intervention de cet axe se concentrent essentiellement sur des stratégies de prévention secondaire, tertiaire et quaternaire. Ces stratégies sont en accord avec les objectifs de prévention prévus dans le [Plan national Belge « One Health »](#) de lutte contre la résistance aux antimicrobiens (2020-2024) et le [Plan national VIH](#) (2020-2026).

La prévention des maladies infectieuses (tuberculose, rougeole, COVID-19, etc.) passe avant tout par des *systèmes de surveillance et de déclaration* efficaces permettant le recensement exhaustif des cas, complétés par des modalités spécifiques selon le type de maladie. Dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire liée à la COVID-19, des systèmes de surveillance innovants pour gérer la pandémie au niveau des institutions de soins et structures collectives, de la population générale (extraction journalière des nouveaux cas, surveillance des eaux usées), des soins de première (médecins généralistes et GP Baromètre⁶⁴) et de deuxième ligne (Surge Capacity, COVID-19 Clinical Hospital Survey, et le réseau sentinelle des hôpitaux [SARI]) (Peeters et al., 2021 ; Renard et al., 2020 ; Van Goethem et al., 2020) ont été développées. Ces infrastructures devront, si nécessaires, être étendues à d'autres maladies infectieuses.

En 2020, l'apparition du COVID-19 en Belgique et les mesures prises pour tenter de contenir l'épidémie ont mis en évidence et exacerbé des inégalités liées aux risques d'exposition, à la prise en charge et à l'accès aux soins avec des conséquences à court et à long terme, qui pouvaient être différenciées selon le genre (Sciensano et al., 2021). Il conviendra également d'adapter les actions selon qu'elles s'adressent aux groupes à risque, aux professionnels de la promotion de la santé, à d'autres professionnels ou des personnes relais.

Les **objectifs prioritaires** de l'axe 4 pour la programmation 2023-2027 sont présentés dans le schéma ci-dessous.



⁶⁴ <https://www.sciensano.be/en/covid-19-barometer-general-practices>

20. Renforcer le système de surveillance des maladies infectieuses.

STRATÉGIE B : Outiller les professionnels en stimulant les échanges de pratiques et en formant à des pratiques innovantes.

- Renforcer les systèmes de surveillance existants et les diversifier.

Le renforcement du système wallon de surveillance et de gestion des maladies infectieuses devra d'abord rendre la surveillance attractive : il s'agira, pour la cellule de surveillance de l'AVIQ, de prioritairement retisser un lien fort et de confiance avec les acteurs de terrain grâce notamment à l'organisation d'interventions, de l'organisation de Groupe Local d'Évaluation Médicale (GLEM) spécifiques aux risques infectieux et de lutte contre les AMR mais aussi de participer activement aux différents réseaux de surveillance. Il s'agira de s'assurer que l'AVIQ rencontre les besoins des professionnels de soins de santé, de permettre une meilleure compréhension des enjeux liés aux maladies infectieuses afin de réduire les freins à la participation active au système de surveillance. L'objectif prioritaire est donc de motiver les professionnels de la première ligne à s'impliquer pour ensuite les outiller afin d'améliorer les dispositifs de prévention et gestion des maladies infectieuses.

L'infrastructure de surveillance innovante, développée par Sciensano et l'AVIQ, de manière complémentaire, au cours de la pandémie de COVID-19 (voir introduction), devrait être intégrée durablement dans le cadre de la surveillance des maladies infectieuses – et notamment des hépatites B et C, tel que recommandé par l'OMS (2021) – pour évaluer l'impact du changement climatique ou encore la résistance aux antimicrobiens et de la consommation de drogues illicites et de médicaments (surveillance des eaux usées).

L'investissement dans ces systèmes est un élément essentiel de la stratégie de "*lessons learned for pandemic preparedness*⁶⁵" pointée par la Commission Européenne.

Le renforcement des systèmes de prévention et de surveillance concerne également la **vaccination**. Il s'agira de déterminer la couverture vaccinale à l'aide d'un registre régional⁶⁶ interopérable avec les registres des autres entités fédérées. Cette interopérabilité permettra également d'étudier la séroprévalence de la population et pourra servir de « guide » pour les décisions de santé publique ciblées ou globales et l'identification des publics cibles prioritaires pour la vaccination, pour l'ensemble du pays.

La mise en place de ces infrastructures pourrait enfin aider à l'objectif d'*information* de la population (par une meilleure compréhension des interactions entre les personnes, l'infection et la maladie, les résistances aux antibiotiques, voir aussi objectif 2), à la détection des inégalités sociales de santé et permettrait de monitorer les mesures de prévention mises en place telles que les dépistages, l'identification et la gestion des clusters, etc. La disponibilité de ces informations pourrait également aider à *évaluer* et améliorer l'*accessibilité* aux soins (identification des freins).

STRATÉGIE F : Intégrer la promotion de la santé dans le parcours de soin

- Valoriser le rôle des professionnels de la santé dans la transmission de données vers les systèmes de surveillance.

⁶⁵ <https://www.consilium.europa.eu/fr/policies/coronavirus/pandemic-treaty/>

⁶⁶ https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/strategy/ia2030/ia2030-draft-4-wha_b8850379-1fce-4847-bfd1-5d2c9d9e32f8.pdf?sfvrsn=5389656e_69&download=true

D'autre part, l'adhésion des professionnels de la santé au remplissage du registre des vaccins doit également être soulignée et placée comme une **priorité**. La crise du COVID-19 a été marquée par une diminution du niveau de participation des laboratoires cliniques sentinelles et des médecins généralistes (réseau GP-ILI sentinelle). Comme ces systèmes de surveillance volontaires sont essentiels pour la surveillance et les mesures de santé publique, il est nécessaire de faciliter (utilisation d'une infrastructure digitale permettant une extraction automatique des données) et de valoriser (remboursement et soutien financier) les prestataires de soins de santé au sein de ces systèmes sentinelles pour une surveillance durable et à long terme. De même, il est nécessaire d'étendre ces systèmes auprès des médecins dans les lieux d'hébergement (p. ex., dans les maisons de repos ou dans les institutions accueillant des personnes en situation de handicap).

21. Développer l'adhésion à la prévention combinée favorisant le respect des mesures d'hygiène de base, la réduction des risques, la vaccination, le dépistage et le traitement tout au long de la vie auprès des professionnels (éducatifs, sociaux et de la santé) et des publics clés de manière adaptée et diversifiée.

La **prévention combinée** implique l'utilisation de plusieurs stratégies et interventions qui tiennent compte non seulement du contexte, des besoins, des pratiques et des modes de vie mais aussi des collaborations entre l'AVIQ – responsable de la surveillance des maladies infectieuses – et les acteurs de terrain.

La prévention combinée a déjà fait ses preuves dans les actions menées auprès des publics VIH et pourrait être élargie à la prévention des maladies infectieuses, comme suggéré par le Centre Européen de Contrôle des maladies (ECDC, 2019).

Développer l'adhésion à la prévention combinée permettra de favoriser l'hygiène, la réduction des risques, la vaccination, le dépistage et le traitement tout au long de la vie auprès des professionnels (éducatifs, sociaux et de la santé) et des publics cibles de manière adaptée et diversifiée (littératie, approche communautaire et par les pairs), en adaptant les méthodes selon qu'il s'agit de professionnels ou du public ciblé.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Informer la population générale et les publics cibles (plus particulièrement exposés à certaines maladies) des mesures de prévention des maladies infectieuses, en ce compris celles liées à l'environnement, à l'hygiène et la lutte contre les AMR, en adaptant les contenus et les canaux de diffusion aux différents publics bénéficiaires, notamment en combinant les approches numériques et présentielles dans une démarche de co-construction avec les publics cibles.
- Améliorer le niveau d'information et renforcer les aptitudes des populations en matière d'EVRAS et d'IST (dont le VIH et les hépatites virales), la prévention, la réduction des risques, les dépistages et les traitements.
- Proposer un discours commun, cohérent sur les normes et lutter contre les « fake news » via des stratégies de communication qui prennent en considération les spécificités des publics, leurs représentations et leurs contextes.

L'objectif poursuivi consiste à informer la population générale et les publics cibles sur les mesures de prévention (p. ex., en augmentant la visibilité des outils développés tels que les fiches MATRA développées par l'AVIQ, lesquelles seront intégrées dans le projet W.All.in.Health, le site de Sciensano, etc.⁶⁷). L'optique universelle est requise mais une attention particulière à la distribution sociale de l'accessibilité des mesures est indispensable (universalisme proportionné).

⁶⁷ La visibilité de l'existant sera assurée par le dispositif W.all.in.Health.

Les stratégies de réduction des risques (RdR) visent le suivi et la promotion de la vaccination (par exemple, contre la grippe ou la COVID-19) pour assurer une immunité continues contre les maladies infectieuses parmi les populations âgées sensibles, la mise en place de stratégies de dépistages communautaires du VIH et des IST (démédicalisé, décentralisé, diffusion d'autotest) dans le respect de la loi et la facilitation d'accès aux matériaux de prévention dont les préservatifs, l'adoption d'une prophylaxie préventive du VIH préexposition (PrEP) ou post exposition (TPE) parmi les groupes à haut risque (en mettant l'accent sur les groupes socio-économiquement défavorisés où l'utilisation de la PrEP est plus faible) ou encore le traitement comme stratégie de prévention (TaSP).

Enfin, est à souligner également que l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle est un levier non négligeable à développer pour lutter contre les IST et améliorer la santé des femmes.

STRATÉGIE B : Outiller les professionnels en stimulant les échanges de pratiques et en formant à des pratiques innovantes.

- Développer les connaissances et les compétences des professionnels, des relais et des pairs en matière de prévention combinée.
- Soutenir et généraliser l'EVRAS dans tous les milieux et parcours de vie.

Le développement des connaissances et des compétences liées à la prévention combinée permettra aux professionnels, relais et pairs qui interviennent vers la population générale d'améliorer la qualité de leurs pratiques, de leurs actions, de leurs projets et d'offrir les réponses les plus adaptées aux problématiques et publics-cibles rencontrés.

Dans le cadre de cet objectif, il s'agira également de soutenir et de généraliser l'EVRAS dans les différents milieux de vie (p. ex. : milieux festifs) et dans le parcours de vie.

STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie.

- 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, (iii) le dépistage (tuberculose, VIH, HPV, etc.) auprès des professionnels et de la population.

Améliorer le niveau d'information est une condition préalable pour renforcer les aptitudes des populations en matière de prévention, de réduction des risques, de dépistages et de traitements. Toutefois, bien que l'aspect informatif soit nécessaire, il n'est pas suffisant lorsqu'on tient compte des freins liés aux représentations, aux croyances, à la confiance et aux échelles de priorité pour certains publics. Il y a donc en sus un travail de fond et de proximité à produire (approche compréhensive et d'*empowerment*), indispensable pour réduire les inégalités sociales de santé.

STRATÉGIE D : Renforcer les collaborations intersectorielles dans une optique de promotion de la santé, en vue de générer des dynamiques locales qui influencent les déterminants de la santé.

- Faire un diagnostic des besoins du terrain par territoire et milieux de vie en capitalisant sur les initiatives et les dynamiques existantes.
- Porter une attention particulière aux besoins émergents liés à la COVID-19 et au flux migratoire en favorisant une approche participative.

Il s'agit ici de s'appuyer sur l'existant (p. ex. : Stratégies Concertées COVID-19, Stratégies Concertées EVRAS, Stratégies Concertées IST-VIH) afin d'identifier les besoins, en tenant compte des besoins émergents liés à la pandémie COVID-19 et au flux migratoire. L'approche participative doit permettre de mieux comprendre les freins et les leviers aux dépistages, aux soins et à la vaccination (Service universitaire de Promotion de la Santé – RESO, in press).

STRATÉGIE E : Informer et collaborer pour renforcer l'accessibilité des services de prévention et de promotion de la santé.

- Mettre en place des stratégies d'aller vers ou « outreaching », des actions de proximité dans les communautés pour renforcer l'utilisation des services de santé préventifs et curatifs.
- Renforcer l'accès au matériel de prévention et de réduction des risques (préservatifs masculins et féminins, TPE/Prep, outil d'information, matériel stérile de consommation, ...) dans les milieux de vie en lien avec les publics vulnérables ;
- Diversifier l'offre de dépistage via notamment le renforcement du dépistage communautaire du VIH et des IST (démédicalisé, décentralisé, diffusion d'autotest) dans le respect de la loi.

La multiplication de canaux d'information diversifiés sur les services ne suffit pas toujours à amener ces personnes à les solliciter. L'information sur ces services peut leur avoir échappé et/ou le cheminement qui les amènera à les consulter peut être long. Le processus de prise de conscience et de maturation qui précède la consultation d'un service peut être facilité par des contacts de proximité, répétés et progressifs, par des professionnels ou par des pairs. Le développement et la mise en place des initiatives « d'aller vers » et d'accompagnement peuvent donc favoriser le transfert et l'acceptabilité de l'information par les publics.

STRATÉGIE F : Intégrer la promotion de la santé dans le parcours de soin

- Favoriser des mesures d'accompagnement physique et un soutien psychologique du patient pour garantir la continuité du schéma préventif (vaccination, testing et suivi, dépistage et suivi, ...).
- Favoriser des mesures d'accompagnement du patient dans son parcours thérapeutique pour diminuer la transmission et in fine le recours aux antibiotiques.
- Améliorer l'accès et le parcours de soin en matière d'IST (dont le VIH et les hépatites virales) : prévention, dépistage, vaccin.
- Renforcer les structures de santé qui s'inscrivent dans une démarche communautaire afin de favoriser les leviers d'adhésion collectifs.

L'accompagnement du patient dans son parcours thérapeutique fait partie de l'éducation pour la santé, laquelle vise à soutenir les personnes dans le renforcement de leur capacité à se maintenir en bonne santé ou à améliorer leur santé, en développant des connaissances et des compétences favorables pour y parvenir, tant individuellement que collectivement, de manière indépendante ou en recourant à un accompagnement en cas de besoin. Dans une perspective de promotion de la santé, cette éducation pour la santé devrait se caractériser par une attention portée aux ressources des personnes, plutôt qu'à leurs déficits et les impliquer dans la définition d'objectifs et de stratégies de santé, en lien avec leurs objectifs de vie et en prenant en compte les possibilités et les limites inhérentes à leur contexte de vie propre » (Aujoulat & Sandrin, 2019). Cela passe aussi par l'optimisation de la complémentarité et de la cohérence des actions (réseaux interdisciplinaires).

Par ailleurs, les analyses préliminaires réalisées dans le cadre des Stratégies concertées COVID-19 en Wallonie mettent en évidence la nécessité de favoriser des mesures d'accompagnement physique et un soutien psychologique du patient pour garantir la continuité du schéma préventif (vaccination, *testing* et suivi, dépistage et suivi, ...) et de renforcer les structures de santé qui s'inscrivent dans une démarche communautaire afin de favoriser les leviers d'adhésion collectifs.

22. Améliorer la qualité de vie et éliminer les discriminations par la création d'un environnement favorable envers les populations vulnérables.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Développer un plaidoyer en vue de déstigmatiser et de défendre les droits des personnes atteintes d'une maladie transmissible.
- Renforcer les connaissances en matière d'EVRAS de la population y compris l'identification des phénomènes de violences sexuelles ainsi que des aides disponibles, des moyens d'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse.

En prenant exemple sur le Plan national VIH (Axes prioritaires 1 et 2 du pilier « Qualité de vie » ; 2020-2026)², il s'agira de développer des outils informatifs et éducatifs axés sur la qualité de vie (hygiène, impact de consommation d'alcool, de médicaments, etc.), sur les droits en matière d'accès aux soins et face aux discriminations, d'élaborer et de mettre en œuvre des initiatives visant à développer et consolider les capacités des personnes de telle sorte qu'elles puissent les faire valoir, selon leurs spécificités.

STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie.

- Développer des actions impliquant des personnes de confiance pour briser l'isolement, rétablir le lien social/de proximité comme première porte d'entrée pour raccrocher aux soins/services.
- Développer un environnement social favorable et soutenant pour les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles et transmissibles (dont le VIH et les hépatites).

En collaboration avec les acteurs sociaux, il s'agira de mettre en place un environnement social favorable et soutenant pour les personnes atteintes de comorbidités (c'est-à-dire atteintes à la fois de maladies chroniques non transmissibles et de maladies transmissibles - dont le VIH et les hépatites). Cela implique une clarification du cadre légal, la formation à des outils/méthodes pour lutter contre les pratiques répressives contre-productives en matière de santé et le renforcement de l'approche communautaire, tout en tenant compte des spécificités des publics cibles.

STRATÉGIE D : Renforcer les collaborations intersectorielles dans une optique de promotion de la santé, en vue de générer des dynamiques locales qui influencent les déterminants de la santé.

- Concevoir des animations pour rétablir le lien de proximité avec le secteur médical et les professionnels du soin.

Il s'agira également, en partant de ce qui existe, de développer des actions permettant de briser l'isolement social selon les publics cibles et leurs spécificités (en impliquant par exemple leur famille/entourage) et de favoriser l'adhésion aux soins et l'accès aux services.

En ce sens, les analyses préliminaires réalisées dans le cadre des Stratégies concertées COVID-19 en région wallonne mettent également en évidence la nécessité de concevoir et de mettre en place des activités locales (p. ex. des animations) afin de rétablir le lien de proximité entre les publics cibles et le secteur médical/professionnels du soin.

Axe 5 – Prévention des traumatismes et promotion de la sécurité

Introduction

L'OMS (2004) définit le *traumatisme* comme une lésion corporelle provoquée de manière subite ou brève par une énergie violente sur l'organisme (mécanique, thermique, chimique, rayonnée) qui dépasse le seuil de tolérance physiologique ou encore comme l'atteinte d'une fonction résultant d'une privation d'un ou plusieurs éléments vitaux (oxygène, chaleur).

Au-delà de cette définition, il convient également de distinguer les traumatismes *intentionnels* – c'est-à-dire causés par des actes de violence envers autrui (agressions, violences conjugales et intra-familiales, féminicides, homicides, faits de guerre, mutilations génitales féminines (MGF)) ou tournés contre soi-même (mutilation, tentative de suicide, suicide) – et les traumatismes *non intentionnels* – à savoir provoqués par des événements non-induits par les personnes (traumatismes de la route, dans le cadre du travail, liés au sport ou intervenant dans le cadre d'accidents de la vie courante tels que les chutes (Holder et al., 2004 ; INSP, 2015 ; Maurice et al., 2015)).

La *sécurité* renvoie quant à elle à un état où les dangers et les conditions pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel sont contrôlés (gestion des risques) de manière à préserver la santé et le bien-être des individus, des groupes et de la communauté, en adaptant les manières de faire (organisation, règles et procédures, choix techniques, communication, etc.) et les manières de penser (savoirs partagés, croyances, valeurs, etc.). Il s'agit ici d'envisager la sécurité comme un déterminant de la santé : se sentir en sécurité ("*safe*") est une condition de base pour accéder à la santé (OMS, 1998 ; Poitras et al., 2021). La sécurité comprend une importante dimension subjective à prendre en compte : l'expérience individuelle et collective agit sur le sentiment de sécurité d'une communauté. L'amélioration de la sécurité doit en tenir compte ainsi que de l'ensemble des facteurs qui l'influence (sans oublier les problématiques liées au genre⁶⁸). En d'autres termes, une approche « culture de sécurité » ne consiste pas à faire de la sécurité une « bulle » séparée des autres enjeux impactant la santé et le bien-être. Elle va s'intéresser à la place donnée à la sécurité dans les décisions organisationnelles ainsi qu'à son influence sur les comportements et les pratiques.

Tant les événements (accidents) que les traumatismes font l'objet de la prévention des traumatismes mais la distinction est importante : la prévention permet de dépasser les orientations préventives qui se limitent à identifier des individus à risque et à tenter de modifier leurs comportements, en multipliant les stratégies de protection et de gestion des situations à risques. Les stratégies doivent être soutenues par le partage d'une culture commune du risque et de la sécurité afin de responsabiliser et de mobiliser durablement tous les types d'acteurs.

Par ailleurs, plusieurs enjeux de sécurité (p. ex. : armes à feu, alcool, drogues [voir axe 2.1], etc.) partagent les mêmes facteurs de risque (Krug et al., 2002). Il est donc avantageux de considérer ces problèmes et ces risques de manière globale pour favoriser l'efficacité et l'efficience des interventions, éviter une aggravation de certains problèmes en raison de mesures prises pour d'autres, ou encore d'interpeller les acteurs sur un ensemble d'enjeux de sécurité plutôt que sur un seul problème à la fois. Afin d'améliorer la sécurité dans une communauté, il est donc pertinent d'analyser ces problématiques de façon intégrée en appliquant une approche de « promotion de la sécurité ».

Soulignons enfin que toutes les actions sont à mener dans une perspective durable, pour atteindre leurs pleins effets et sont dès lors à pérenniser. Les actions ponctuelles sont peu pertinentes en matière de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité.

⁶⁸ Les hommes et les femmes sont confrontés différemment à certaines situations spécifiques : les hommes sont statistiquement plus concernés par les crimes violents, tandis que les femmes font davantage l'objet de délits d'ordre sexuel, de vols et de cambriolages ([Genre et Sécurité : Orientation pour l'intégration du genre à la gestion des risques de sécurité : Document préparatoire de l'EISF](#)).

Ancrage socio-épidémiologique

En 2019, en Belgique, 6970 décès par causes externes ont été recensés, dont 1728 lésions auto-infligées, 1671 chutes, 574 accidents dans les transports, 200 intoxications, 93 agressions, 54 expositions à la fumée et au feu, 54 noyades (enquête STATBEL⁶⁹). La mortalité par traumatismes *non intentionnels* demeure la plus grande cause de décès chez les enfants de 1 à 14 ans et est deux à trois fois plus fréquente chez eux que dans l'ensemble de la population. Exprimés en taux d'années potentielles de vie perdue, les *traumatismes* occupent la première place parmi les causes de décès.

L'enquête de santé (Drieskens et al., 2018) révèle qu'en Belgique, 7,1% de la population déclare avoir été blessée au cours des 12 mois précédant l'enquête en raison d'un accident ayant requis des soins médicaux. Plus particulièrement, 1,2% de la population a été victime d'un accident de la circulation, 3% d'un accident domestique et 3,4% d'un accident pendant les loisirs. Cette prévalence (7,1%) est nettement plus élevée qu'en 2013 (5,6%). C'est également le cas pour les accidents domestiques (2,1% en 2013) et les accidents pendant les loisirs (2,5% en 2013).

Les groupes à risque selon l'âge et le type d'accident sont : 25-34 ans (2%) et 75 ans et plus (2%) pour les accidents de la circulation, 55-64 ans (5,3%) et 75 ans et plus (5,7%) pour les accidents domestiques et 0-14 ans (4,6%) et 15-24 ans (6,0%) pour les accidents pendant les loisirs.

Dans deux tiers des cas (64,4%), les soins médicaux ont été dispensés dans le cadre d'une hospitalisation ou dans d'autres établissements de soins. Dans un tiers des cas, aucune admission n'a été nécessaire mais un médecin ou un(e) infirmier(ère) a été consulté(e).

Par ailleurs, la multiplication des phénomènes climatiques extrêmes (tempête, canicule, inondation) et situations d'exception avec un fort impact psycho-social (épidémies, attentats, guerres) soulignent également la nécessité de mettre en place des actions favorisant l'accompagnement des victimes (telles que le Dispositif d'Accompagnement social Inondations [DASI]⁷⁰ mis en place par l'AVIQ et le SPW Intérieur et Action sociale). Dans une optique préventive, cela nécessite aussi de penser autrement l'aménagement du territoire et de renforcer les capacités (ressources, connaissances) de la population dans l'objectif de faire face aux événements futurs (Kerven & Boulenger, 2007 ; Krug, 2002).

En parlant de traumatisme, on ne peut ignorer ceux produits par les mutilations génitales, qui concerneraient en Belgique 25 917 femmes, parmi lesquelles on estime entre 16 470 et 18 614 le nombre de femmes déjà excisées. Les filles de moins de 15 ans intactes restent cependant toujours à risque de subir une mutilation génitale féminine (Dubourg & Richard, 2018).

En conséquence et eu égard à l'objectif annoncé de réduction des inégalités sociales de santé, l'accent doit être mis sur l'augmentation de la sécurité dans les activités de la vie quotidienne/domestique et dans l'aménagement des environnements, en particulier pour les familles avec enfants plus précaires et chez les personnes isolées plus âgées. En ce sens, une attention doit être accordée aux politiques d'aménagement du territoire, à la gestion des espaces publics et aux politiques de logement et d'aménagement de ceux-ci, en concertation étroite avec les citoyens habitants, tout en veillant à la mise en place de la gestion des crises et de l'accompagnement médicosocial par les autorités.

Recommandations internationales

Le document intitulé « [Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et opérationnels](#) » (OMS, 1998) prévaut toujours actuellement, tant pour définir les concepts que pour dresser les contours des interventions en promotion de la sécurité.

⁶⁹ <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/causes-de-deces#figures>

⁷⁰ <https://www.wallonie.be/fr/inondations/vous-etes-un-citoyen-sinistre/dispositifs-daccompagnement-social-inondations-dasi>

Selon les recommandations de l’OMS, l’atteinte d’un niveau de sécurité optimal nécessite que les individus, communautés, gouvernements et autres intervenants, créent et maintiennent les conditions suivantes, et ce, quel que soit le milieu de vie considéré :

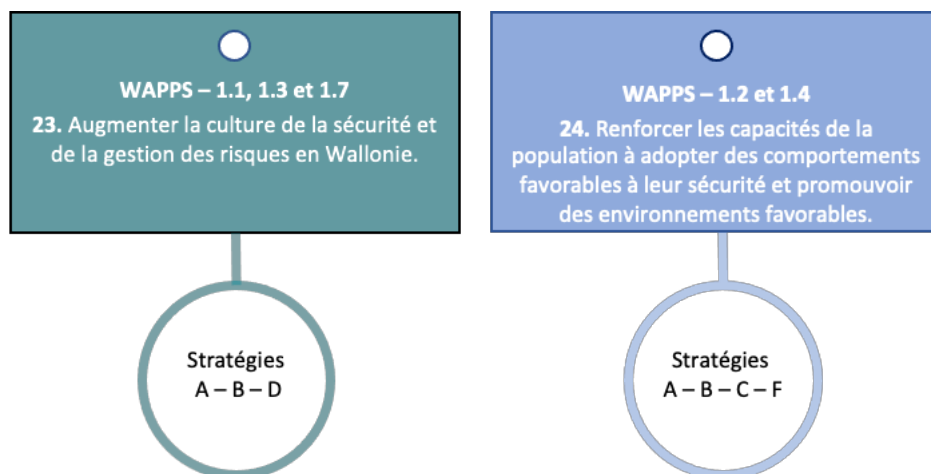
- Un climat de cohésion, de paix sociale et d’équité protégeant les droits et libertés ;
- Le contrôle des dangers présents dans l’environnement ;
- Le respect entre les individus de leurs valeurs et de leur intégrité physique, psychologique et matérielle ;
- L’accès à des moyens efficaces de prise en charge et de réhabilitation.

Ces conditions peuvent être garanties par des actions combinées sur les **environnements** (physique, social, technologique, politique, économique, organisationnel, etc.) et sur les **comportements** (Krug et al., 2002). Les interventions de prévention des traumatismes suivent quatre grands principes qui peuvent être synthétisés comme suit : (1) privilégier des stratégies mixtes qui touchent plusieurs facteurs (intersectorialité) ; (2) prioriser les mesures les plus efficaces qui ont la capacité d’agir sur le résultat final ; (3) prioriser les mesures de prévention passive qui renforcent la qualité des environnements et ne nécessitent pas une attention permanente des personnes (p. ex. : détecteurs de fumée, bouchons de sécurité sur les produits chimiques) ; et (4) considérer les analyses de coût efficacité (couverture universelle) ([WAPPS – Partie 2](#), p.85).

L’attention aux personnes afro-descendantes pour réduire les inégalités de santé est une recommandation à la suite de la Résolution du Parlement européen du 26 mars 2019 sur les droits fondamentaux des personnes d’ascendance africaine en Europe⁷¹. Chaque entité fédérée en Belgique doit avoir une attention particulière dans ses politiques publiques de prévention aux communautés afro-descendantes et migrantes en général.

Objectifs priorités pour la programmation 2023-2027

Les objectifs prioritaires de l’Axe 5 pour la programmation 2023-2027 sont présentés dans le schéma ci-dessous.



⁷¹ https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2019-0239_FR.html

23. Augmenter la culture de la sécurité et de la gestion des risques en Wallonie : intégrer la sécurité de façon transversale dans toutes les politiques et à tous les niveaux de décision, afin d'encourager les politiques, les actions et les concertations en lien avec la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes intentionnels et non intentionnels

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Concevoir et diffuser des campagnes d'information et de sensibilisation à destination de la population pour favoriser l'adoption d'une culture de la sécurité et maîtriser les risques les plus importants.
- Communiquer sur les recommandations internationales, nationales et régionales au profit de la promotion de la santé et la prévention des traumatismes.

Il s'agira par ces campagnes de créer une véritable culture de la sécurité telle que définie ci-dessus, depuis le citoyen jusqu'aux acteurs politiques et professionnels. Faire de la sécurité et de la réduction des risques un objectif collectif atteignable, qui favorise la solidarité, la collaboration, réduit les discriminations, crée le terreau de la résilience individuelle et sociale en cas de circonstances traumatiques.

Il s'agira également de sensibiliser/accompagner les élus et cadres administratifs des communes aux notions d'accessibilité et de sécurité, et notamment d'articuler les politiques avec le prescrit de *handistreaming*⁷² et de *gender mainstreaming*⁷³ (voir [Plan Genre 2020-2024](#), p.29-32), afin qu'ils veillent à intégrer ces constats dans leurs décisions dans l'objectif de les réduire ou de les éliminer.

STRATÉGIE B : Outiller les professionnels en stimulant les échanges de pratiques et en formant à des pratiques innovantes.

- Organiser de manière permanente les collaborations et les complémentarités entre les institutions et les organismes actifs dans le domaine.
- Informer régulièrement les différents métiers et secteurs des mesures, actions innovantes, résultats d'interventions.

Cette stratégie est complémentaire à la précédente : elle dépasse la sensibilisation en organisant les collaborations et la co-construction interprofessionnelle. Concrètement, les actions menées devront avoir pour objectif de mettre à jour régulièrement le répertoire des acteurs actifs en promotion de la sécurité et en prévention des traumatismes (intentionnels et non intentionnels), d'organiser la concertation entre ces acteurs, d'identifier des orientations et des approches communes, de porter des messages et des actions communes et enfin de rendre accessible les données, les services et les outils utiles et utilisables pour agir au niveau de la promotion de la santé et de la prévention des traumatismes. La plateforme W.all.in.Health contribuera à diffuser l'ensemble de ces informations.

Ces missions devront être assurées sous la tutelle de l'AVIQ et du Comité de pilotage du Plan. Leur mise en œuvre pourra être facilitée par les CLPS sur chacun de leur territoire.

⁷² <https://morreale.wallonie.be/home/presse--actualites/communiqués-de-presse/presses/la-wallonie-se-met-a-lheure-du-handistreaming--la-dimension-du-handicap-envisagée-dans-chaque-décision-du-gouvernement.html>

⁷³ https://igvm-iefh.belgium.be/fr/activites/gender_mainstreaming

STRATÉGIE D : Renforcer les collaborations intersectorielles dans une optique de promotion de la santé, en vue de générer des dynamiques locales qui influencent les déterminants de la santé.

- Promouvoir des environnements favorables à la sécurité de toutes et tous, dans une perspective de culture de la sécurité et de gestion des risques.
- Faire un recueil des données de qualité disponibles et utiles à la connaissance de la problématique ainsi qu'un état des lieux des initiatives existantes par territoire, milieux de vie et public cible afin de favoriser une vision globale, partagée et durable.

Ce travail devrait être réalisé avec le soutien des CLPS et de l'ensemble des acteurs impliqués⁷⁴. Sur la base de ce recensement, une concertation entre les acteurs wallons des différents secteurs, disciplines et niveaux décisionnels devra être menée afin de coconstruire des programmes permettant d'intégrer les actions de chacun (interventions intersectorielles, voir [introduction](#)), en implantant des mesures probantes, validées par l'évaluation. Les publics cibles concernés (quel que soit l'âge ou le milieu de vie) devraient également être intégrés au processus.

Des moyens (ressources humaines, temps alloué) sont nécessaires pour permettre ce recensement, la mobilisation des ressources et leur mutualisation, la négociation, la mise en place de dispositifs durables (en mobilisant par exemple les décideurs et responsables institutionnels afin qu'ils mettent en place des mesures permettant d'aménager les différents lieux de vie de la population) et la mise à jour permanente de la connaissance.

24. Renforcer les capacités de la population à adopter des comportements et à aménager leur environnement pour privilégier leur sécurité.

STRATÉGIE A : Informer, sensibiliser, développer la littératie en santé et le plaidoyer.

- Concevoir et diffuser des outils et des démarches adaptées aux différents publics cibles de manière à augmenter et renforcer leur capacité à adopter des comportements favorables à la sécurité.

La manière dont les personnes perçoivent, comprennent, internalisent et acceptent la sécurité renseigne sur la manière dont elles pourraient se trouver exposées et réagir à différentes situations.

Plus spécifiquement, les différences en termes de comportement, de préjugé et d'apprentissage liés au genre ont un impact direct sur la sécurité. En outre, les capacités physiques et mentales doivent être considérées (compte tenu de leur influence sur l'évaluation du risque), tout comme l'impact des facteurs extérieurs (culturels, politiques, historiques, niveau sécuritaire global, etc.) sur les niveaux de risque auxquels les individus et les organisations font face.

⁷⁴ En s'assurant que les associations de femme, féministes qui travaillent autour des violences de genre (harcèlement, violences intrafamiliales, sexuelles ou liées à l'orientation sexuelle) fassent partie de la concertation afin d'y implémenter un regard genré.

STRATÉGIE B : Outiller les professionnels en stimulant les échanges de pratiques et en formant à des pratiques innovantes.

- Enrichir la formation des professionnels de la santé, de l'aide à domicile, des loisirs et du tourisme, des milieux d'hébergement et des relais informels (p. ex., pair-aidants) à la promotion de la sécurité, à la prévention des traumatismes et au repérage des risques en ce qui concerne les jeunes enfants, les adolescents, les jeunes adultes et les aînés.
- Préciser les connaissances scientifiques, les messages prioritaires, les recommandations validées.
- Développer les formations sur la prise en compte des mutilations génitales féminines (MGF) et des besoins en santé sexuelle et reproductive des femmes excisées.

Ces formations permettront une amélioration des connaissances et des compétences en matière de sécurité des personnes, des groupes et des communautés et augmentera leur pouvoir d'agir sur leurs environnements.

De manière plus spécifique, il sera également nécessaire d'identifier et de communiquer autour d'éventuels constats genrés en matière de chutes chez les aînés. Par exemple, les femmes sont davantage concernées par les chutes en raison de leur espérance de vie et de leur fragilité osseuse⁷⁵.

STRATÉGIE C : Renforcer les démarches communautaires et les approches collectives dans les milieux de vie.

- Augmenter les capacités des différents publics cibles, des groupes et des communautés à agir sur leurs environnements.
- Accompagner les personnes dans l'aménagement des milieux de vie.

La participation des publics et la mobilisation communautaire – qui vise à augmenter les capacités des personnes, des groupes et des communautés à agir sur leurs environnements, ce qui constitue également un facteur d'inclusivité – est un atout pour l'efficacité des programmes. A cet égard, l'OMS (1998) recommande une démarche par milieu de vie grâce à une approche communautaire de la promotion de la sécurité (voir par exemple le concept de « communauté sûre » (Litt et al., 2005).

Dans cette démarche, il s'agit d'agir sur un ensemble de déterminants comportementaux et environnementaux afin de renforcer le niveau de sécurité d'une communauté et implique, pour ce faire, de mobiliser ses membres. La démarche comporte 3 étapes : (1) poser un diagnostic de sécurité de la communauté concernée en identifiant ses forces et ses faiblesses au regard des conditions nécessaires à l'atteinte d'un niveau de sécurité optimal, (2) identifier les facteurs spécifiques qui sont en jeu dans la communauté et (3) privilégier les solutions les mieux adaptées pour tous et toutes.

⁷⁵ <https://educationsante.be/fragilite-osseuse-prevention-des-fractures/>

Le fait d'avoir une compréhension complète et dynamique de la situation présente de nombreux avantages tels qu'une meilleure compréhension des interactions entre les problèmes, l'identification des éventuels effets négatifs d'une solution proposée, la conception de programmes d'intervention ciblant un ensemble de besoins de la communauté, le décloisonnement des intervenants (pour répondre à la complexité des problématiques). Les membres de la communauté deviennent des ressources et sont la solution. Il s'agit donc de soutenir et d'accompagner les personnes dans leurs initiatives d'aménagement de leur environnement local (p. ex., en donnant accès à du matériel « de sécurité » qui soit adapté aux lieux de vie et prévoir l'accompagnement à l'utilisation) et dans la cohésion sociale entre les habitants. La plateforme « Bien vivre chez soi⁷⁶ » ou encore le réseau « Wallonie Amie des Aînés⁷⁷ » pourraient contribuer à cet objectif, respectivement au niveau individuel et au niveau communautaire.

L'approche communautaire est également un levier incontournable pour la lutte contre et la prévention des mutilations génitales féminines (MGF), en complémentarité avec le renforcement des compétences en matière d'EVRAS (voir [Axe 4](#)).

STRATÉGIE F : Intégrer la promotion de la santé dans le parcours de soin.

- Adopter des stratégies de prévention globales, multifactorielles et axées sur la gestion des risques afin de soutenir l'autonomie des personnes et notamment éviter l'institutionnalisation (réduction de la prévalence des chutes).

La sécurité s'inscrit dans un continuum d'actions à mener *tout au long de la vie* ; ces actions doivent inclure l'analyse de la situation, la mise en œuvre d'interventions le plus précocement possible (par exemple, l'action sur les environnements physiques, technologiques et sociaux), mais également la prévention, la détection et la prise en charge des traumatismes *intentionnels* et *non-intentionnels* auprès des personnes.

Les *chutes chez personnes âgées* peuvent être un événement dramatique : en 2019, parmi les 1671 chutes ayant entraîné un décès, 1427 concernaient les personnes âgées de plus de 65 ans (Enquête de Santé, 2018). Bien que l'incidence des chutes diminue de façon significative et linéaire depuis 2008, l'enquête de santé met en évidence que le risque augmente selon l'âge (22,9% chez les 75 ans et plus) et le sexe (plus élevé chez les femmes que chez les hommes).

La chute et la peur de tomber entraînent une forte perte d'autonomie car elles limitent les activités, favorisent le déclin des capacités physiques, accroissent le risque de chute et impactent la participation sociale, la santé mentale et la qualité de vie. Campbell (2002) estime que plus du tiers des chutes et des traumatismes qui y sont liés, pourraient être prévenus grâce à des programmes agissant sur les facteurs de risque spécifiques (gestion de la médication, la sarcopénie, baisse de la vue, etc.) que cela soit au domicile ou en hébergement.

Il a également été démontré qu'à la suite d'une chute, le temps passé au sol sans intervention a un impact sur la gravité du traumatisme lié à cette chute ; il est essentiel de mettre en place des moyens pour réduire ce temps (p. ex. : apprentissage aux différentes techniques pour se relever, système d'appel à l'aide, rapidité des premiers secours). L'investissement du Plan de Relance Wallon dans la numérisation et l'e-santé devrait permettre aux systèmes d'être plus performants et de réduire le temps d'intervention.

⁷⁶ <https://bienvivrechezsoi.be>

⁷⁷ Voir Guide WADA à paraître prochainement (AVIQ).

L'enquête de Santé réalisée en 2018 met en évidence qu'une proportion importante (45%) des personnes âgées qui ont été victime d'une chute rapportent qu'elles n'ont pas bénéficié de conseils pour limiter les chutes à l'avenir. Pourtant, L'OMS (1998) a fait des recommandations concrètes de stratégies qui prévalent toujours afin de prévenir les chutes chez les enfants et les adolescents, les travailleurs et les personnes âgées (ex : programme « *Step Safely* »). Les programmes proposés (p. ex. : les exercices de force et d'équilibre, voir OMS, 2020) doivent avoir comme but de renforcer la confiance des aînés en leur capacité de prévenir les chutes et de rester actifs en toute sécurité.

Par ailleurs, l'intervention des pairs aînés dans les programmes (analyse des besoins, information, animation) est une approche mobilisatrice qui permet de multiplier les actions de promotion de la sécurité. Ce type d'intervention doit être développée quel que soit le milieu de vie, en établissement ou à domicile. Elle doit être associée à une intervention sur les facteurs exogènes qui améliorent la sécurité des lieux de vie. Ainsi, le maintien des activités physiques en maison de repos est tout aussi essentiel pour préserver le plus longtemps possible les capacités des résidents et prévenir le risque de chute, dans un cadre veillant à la sécurité.

Évaluation du plan

Rappel des dispositions réglementaires en ce qui concerne l'évaluation et calendrier

Selon l'article 47/11 du décret wallon du 3 février 2022 relatif à la Promotion de la santé et la Prévention, une évaluation du plan est organisée au moins tous les cinq ans par le comité de pilotage. Le but est de :

1. Rendre compte de la mise en œuvre du plan par les acteurs de prévention et promotion de la santé ;
2. Mesurer l'impact par genre, âge et niveau socio-économique de ces actions sur la santé ;
3. Proposer des ajustements pour une nouvelle version du plan.

Pour ce faire, deux ans avant le terme de la mise en œuvre du Plan⁷⁸ – dont le plan d'action est détaillé par la Programmation 2023-2027 – des groupes de travail (avec l'intervention possible de partenaires externes tels que par exemple, les experts de Sciensano, les Partenaires sociaux et environnementaux, les PSE, les OST, les MCC, ...) seront constitués par le ou la ministre de la Santé, sur la proposition du Comité de pilotage du plan. Ils auront pour mission de formuler des propositions au Comité de pilotage sur les objectifs de santé prioritaires *transversaux* et *thématiques*, ainsi que sur les actions de promotion de la santé.

Un processus participatif de concertation et de validation de ces propositions est prévu par la réglementation. En effet, le ou la ministre consulte la population sur cette proposition, puis la soumet aux organes de gestion de l'AVIQ ad hoc. Un an avant le terme du plan en vigueur (en décembre 2026), une version ajustée du Plan devra être communiquée au ou à la ministre par le Comité de pilotage (soit en décembre 2026). Cette nouvelle version devra inclure le diagnostic de situation relatif à l'état de santé de la population, identifier les besoins de la population, fixer les objectifs de santé à atteindre, guider les actions et stratégies à mettre en œuvre selon les engagements nationaux et internationaux de la Région wallonne.

Par ailleurs, le plan est *évolutif* et fait l'objet d'une évaluation continue. Le Gouvernement ou son délégué procède aux ajustements du plan rendus nécessaires tenant compte de l'impact des mesures prévues dans le plan et/ou de l'évolution de la situation sanitaire. A cette fin, il est prévu que le Comité de pilotage supervise la mise en œuvre du plan de façon régulière et au moins une fois par an.

Afin d'être en mesure de respecter le calendrier de concertation pour la construction du plan 2028-2032, le Comité de pilotage du plan disposera d'une première évaluation de la mise en œuvre de la programmation 2023-2027 à mi-parcours, soit en septembre 2025 au plus tard. C'est sur base de ce bilan que les groupes de travail évoqués ci-dessus pourront tracer les perspectives du plan suivant.

Pour réaliser cette première évaluation, le Comité de pilotage disposera des informations fournies dans les rapports annuels de la situation sanitaire préparés par l'AVIQ : le rapport annuel 2024 (sur la base des données récoltées en 2023 ou des données les plus récentes disponibles) et le rapport annuel 2025 (sur la base des données récoltées 2024 ou des données les plus récentes disponibles). Toutefois, il est fort probable que l'évolution des caractéristiques socio-sanitaires ne soit pas significative, notamment en termes d'incidence et de prévalence de différents problèmes de santé chroniques, des comportements à risque de la population wallonne ou des caractéristiques de son environnement. L'évaluation des impacts en matière de santé devra néanmoins se construire au fur et à mesure des années de la mise en œuvre du plan.

⁷⁸ Au plus tard en décembre 2025.

Les éléments significatifs de cette évaluation porteront donc essentiellement sur des indicateurs⁷⁹ *de réalisation*, qui reflètent la mise en œuvre des *objectifs opérationnels* prévus dans la programmation 2023-2027, autrement dit sur des indicateurs de réalisation.

Il s'agit à ce stade d'une liste *provisoire* d'indicateurs de réalisation, qui demandera à être affinée et validée par le Comité de pilotage du plan dès le début de l'année 2023. A cette liste, il faudra également ajouter le bilan des actions, dispositifs et politiques mis en place par l'AVIQ qui sont « en dehors » des agréments accordés aux acteurs du secteur de la promotion de la santé. Cet examen par le Comité de pilotage permettra aussi que d'autres secteurs d'activité proposent des indicateurs spécifiques, lesquels alimenteront l'évaluation de la programmation 2023-2027. Cet apport serait conforme au concept de « Santé dans Toutes les Politiques » qui traverse le décret wallon de Promotion de la Santé et de Prévention.

Du côté des opérateurs, la contribution à cette évaluation pourrait s'organiser de la manière suivante :

- Dans le cadre de leur agrément, les différents opérateurs présentent un Programme d'Actions Coordonnées (PAC). Ce PAC précisera les objectifs opérationnels de la Programmation 2023 2027 que chaque opérateur compte rencontrer durant les 5 années à venir.
- Les données récoltées⁸⁰ via les indicateurs seront encodées annuellement via W.all.in.health, en vue d'alimenter le Rapport d'Activité Simplifié Harmonisé à l'ensemble du CWASS (RASH). Ces informations contribueront également à alimenter le cadre logique de l'évaluation préparé par l'AVIQ, sur la proposition du Comité de pilotage. A travers ce cadre logique, ces indicateurs seront mis en relation avec les objectifs de santé du Plan et les objectifs spécifiques définis dans la programmation 2023-2027. Les enquêtes de santé réalisées de manière régulière par Sciensano permettront également de monitorer l'évolution des indicateurs socio-sanitaires de la population wallonne repris dans ce cadre logique.

Après ce bilan intermédiaire (au plus tard en juin 2025) et selon une démarche d'amélioration continue de la qualité des données et d'évaluation d'impact sur la santé, il sera possible de définir comment améliorer la qualité ou le type d'informations que les opérateurs recueillent pour documenter les indicateurs. Cela pourra se faire lors des entretiens d'évaluation organisés au moins une fois tous les trois ans et par la publication de guidelines coconstruits entre l'AVIQ et les représentants du secteur, à destination des acteurs en promotion de la santé et prévention.

Organisé de cette manière, ce premier cycle d'évaluation du WAPPS devrait initier un cercle vertueux d'amélioration du monitoring des plans successifs, selon le schéma Plan Do Check Adjust (PDCA), et de leurs ajustements par le Comité de Pilotage, en vue de leur adéquation aux objectifs de santé.

Évaluation d'impact sur la santé et réponses aux obligations (inter)nationales

En vue d'améliorer la qualité des données fournies par la Région wallonne dans le cadre des accords internationaux auxquels elle ne peut se soustraire, mais aussi afin d'avoir une vision à moyen et long terme de l'impact de la mise en œuvre des différents plans, une démarche d'évaluation continue du dispositif et de son impact sur la santé de la population wallonne sera mise en place.

⁷⁹ Dans le présent document, des propositions d'indicateurs ont été mises en regard des stratégies (voir [Présentation des stratégies](#)).

⁸⁰ Ces données devront être transmises avant le 1^{er} mars, selon le principe de *l'Only Once*.

Pour rappel, l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est « une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population. Il s'agit d'un processus multidisciplinaire structuré par lequel une politique ou un projet sont analysés afin de déterminer leurs effets potentiels sur la santé » (Consensus de Göteborg, OMS, 1999).

Selon les différents axes – et dans la continuité des enquêtes de santé préexistantes – des études d'EIS seront initiées dès 2023 par l'AVIQ en collaboration avec Sciensano. Les résultats de ces EIS permettront aussi d'améliorer l'offre ainsi que de rendre visible l'importance et l'impact des politiques de santé publique auprès de la population via l'interface W.all.in.health.

Quand ?	Qui ?	Quoi ?	Finalités
Annuellement	Acteurs PPS + AVIQ	Rapports d'activité	Nourrir les bilans intermédiaires
Juin 2025	Acteurs PPS + AVIQ + COPIL PPS	Analyses bilans intermédiaires	Amélioration des indicateurs
Septembre 2025	Copil PPS	Bilan mi-parcours	Identification et lancement des GT du Copil PPS
Décembre 2025	GT du Copil PPS	Évaluation et propositions au COPIL PPS	Début des travaux d'édition du plan
Décembre 2026	Copil PPS	Proposition d'édition du plan au ou à la Ministre	Lancement du processus de consultation populaire
Au moins une fois tous les 3 ans	Acteurs PPS + AVIQ	Entretiens d'évaluation des projets	Amélioration des guidelines
Tous les deux ans	Sciensano + AVIQ	Enquêtes de santé	Évaluation d'impact du plan sur la santé des wallons

Tableau 2. Synthèse des différents temps d'évaluation de la Programmation

Glossaire

Ce glossaire accompagne la programmation dans le cadre du WAPPS 2023-2027. Ce glossaire est évolutif : il n'a pas vocation à devenir la seule référence du secteur en matière de terminologie ou de concept-clés liés à la promotion de la santé et la prévention. Il a pour objectif de soutenir les réflexions et les décisions des parties prenantes liées à la Programmation présentée dans ce document. Par ailleurs, certains concepts – comme les concepts de promotion de la santé, de milieux de vie, etc. – font l'objet d'un développement approfondi dans le document de programmation et n'apparaissent donc pas dans le glossaire.

De nombreux glossaires existent, les définitions prolifèrent, leurs usages sont multiples. Ces derniers varient en fonction des logiques sous-tendues par la vision de l'intervention en promotion de la santé. Il est donc essentiel de continuer à identifier des définitions qui puissent enrichir celles présentées ci-après.

Complexité des interventions en promotion de la santé	La complexité d'une intervention en promotion de la santé réside dans le nombre de composantes qui agissent à la fois de manière indépendante et interdépendante, le nombre et la difficulté des comportements requis par ceux qui fournissent et reçoivent l'intervention, le nombre et la variabilité des résultats, le nombre de groupes et de niveaux organisationnels ciblés par l'intervention, le degré de flexibilité ou d'adaptabilité de l'intervention (Pagani et al., 2017).
Concertation	Mise en commun d'analyses et de solutions à des problèmes reconnus. Elle permet le rassemblement des acteurs qui cherchent un consensus fondé sur une problématique commune, en vue d'élaborer et de mettre en œuvre, par exemple, des stratégies et des politiques économiques et sociales (INSPQ, 2002). La concertation se distingue de la consultation par le fait qu'elle ne se limite pas à une simple demande d'avis. Un processus de concertation suppose un travail collaboratif qui implique la confrontation de points de vue, la définition d'objectifs partagés, la génération d'idées nouvelles, etc. Ainsi, la concertation se distingue de la codécision dans le sens où elle n'aboutit pas directement à une décision, mais elle vise à la préparer. Dans un processus de concertation, la décision finale appartient en effet aux personnes qui en ont légalement la responsabilité, comme les élus, les services de l'État, etc. (Arnstein, 1969, cité par Dionnet et al., 2017).
Conditions de vie	Il s'agit des conditions dans lesquelles nous naissons, vivons, travaillons et vieillissons, notre niveau d'instruction, notre lieu de résidence, nos revenus, notre alimentation, notre genre, notre ethnie ou identité, notre statut migratoire. Ces conditions déterminent en effet des rapports au risque différents selon les individus (et groupe d'individus), qui débutent avant même la naissance (Amzat & Razum, 2022).
Démarche communautaire	[...] Elles cherchent à agir collectivement et de manière participative sur les déterminants de la santé dans le but de réduire les inégalités sociales de santé et d'améliorer la santé de toutes et tous. [...] Les démarches communautaires en santé concernent une communauté, définie comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun. La communauté peut se référer à son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune. Les démarches communautaires impliquent la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise de décisions, à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques et actions améliorant la santé. Au cœur même de ce processus, il y a la reconnaissance de la capacité des communautés à prendre en main leur destinée et à assumer leurs responsabilités. Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles des communautés pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle des personnes en matière de santé.
Déterminants sociaux de la santé	Les déterminants de la santé désignent tous les facteurs qui influencent l'état de santé de la population, sans nécessairement être des causes directes de problèmes particuliers ou de maladies. Les déterminants de la santé sont associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements. Il existe des disparités de répartition de ces déterminants entre les différents échelons de la société, engendrant ainsi des inégalités de santé. Par exemple, le revenu, le logement, les réseaux de soutien social, l'aménagement du territoire, l'éducation sont tant de déterminants de la santé (INSPQ, 2017).

<p>Diagnostic (au sens d'une analyse situationnelle)</p>	<p>Le diagnostic est un instrument méthodologique permettant une analyse des problèmes inhérents à une situation en vue de modifier les situations problématiques et conduire un processus de changement.</p> <p>Le diagnostic doit être réalisé avant l'action, avant la mise en œuvre ou la modification des activités de santé dans une communauté donnée. Il permet d'acquérir une connaissance suffisamment fine des problèmes de ladite communauté : connaissance des tenants et aboutissants de ces problèmes, de leur origine historique ou culturelle, de la manière dont ils se présentent et de la manière dont ils sont perçus par la population (SACOPAR, n.d.). Pour en savoir plus sur le diagnostic, voir Vandoorne et al., 2017.</p>
<p>Données probantes</p>	<p>Pour comprendre les enjeux de production et d'utilisation de données probantes, une première étape consiste à distinguer les données sur les problèmes de santé des populations et celles sur les moyens de les résoudre (les données sur les « solutions » ; Potvin et al., 2013). Leurs modalités possibles de production et d'utilisation ne sont pas les mêmes, selon que l'on cherche à comprendre une situation sur le plan de la santé ou les méthodes pour y faire face. Pour rendre ces données complémentaires, il faut commencer par les différencier.</p> <p>Pour intervenir sur un problème de santé, il faut d'abord le définir : en estimer l'ampleur, comprendre qui est concerné et comment on en arrive à une situation insatisfaisante sur le plan de la santé publique. Ce sont les « données du problème » (Potvin et al., 2013). Ces données sont tirées de recherches issues de disciplines qui couvrent les déterminants de la santé : recherches biomédicales, épidémiologiques, sociologiques, de psychologie sociale, de sciences politiques, de sciences de l'environnement. Afin de comprendre les enjeux liés au contexte, ces recherches peuvent être complétées par des recueils effectués auprès des personnes concernées (professionnels ou bénéficiaires) en mobilisant des méthodes variées.</p> <p>Décrire un problème, identifier un besoin, connaître les risques liés à telle exposition ou détailler les étapes d'un changement de comportement, ne fournissent que très peu d'indications méthodologiques directement mobilisables pour la mise en œuvre d'une intervention de promotion de la santé susceptible de contribuer à la résolution des problèmes mis en évidence. Comme le rappelle Potvin et al. (2013), il existe un mythe tenace et pernicieux en santé publique, selon lequel la connaissance des mécanismes et des facteurs de risques des maladies constitue un savoir suffisant pour planifier des interventions de prévention et de promotion de la santé des populations. La planification de ces interventions requiert des savoirs et compétences spécifiques.</p> <p>L'approche écosystémique de la santé des acteurs de la promotion de la santé nécessite de recourir à des interventions complexes, dont l'analyse permettra de renseigner ce qui fonctionne et pour quels effets, dans un contexte explicite. C'est ce type d'analyse qui produit des « données probantes sur les solutions ». Pour produire ces « données probantes sur les solutions », que ce soit à partir d'actions ponctuelles ou de programmes pluriannuels à composantes multiples, nous nous poserons trois grands types de questions (Tang et al., 2003) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que cela fonctionne ? Il s'agit en d'autres termes des <i>effets de l'intervention</i>. - Comment cela fonctionne ? On se réfère ici aux <i>composantes de l'intervention mobilisées</i> et aux <i>spécificités du contexte</i>. - Comment cela peut-il être transféré dans d'autres contextes ? Les formes spécifiques de cette intervention, liées à son contexte de mise en œuvre. <p>Pour en savoir plus sur la production de données probantes en promotion de la santé, il est possible de consulter la note pédagogique produite par la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES) : https://www.fnes.fr/publications-des-ireps/note-pedagogique-les-donnees-probantes-en-promotion-de-la-sante</p>
<p>Équité en santé</p>	<p>L'équité en santé renvoie à un jugement fondé sur la valeur de justice sociale. Elle réfère au redressement du caractère injuste d'une inégalité observée soit dans la distribution d'une ressource qui permet la santé ou dans un état de santé (Potvin et al., 2010)</p>
<p>Evidence based</p>	<p>Au regard de la définition de l'<i>Evidence Based Medicine</i> (EBM), l'<i>Evidence based health promotion</i> (ou EBHP) peut se définir comme étant l'utilisation d'informations issues de la recherche et des études systématiques pour identifier les déterminants et les facteurs qui influencent les besoins en santé ainsi que les actions de promotion de la santé qui s'avèrent les plus efficaces pour y remédier dans un contexte et auprès d'une population donnée (Hamant et al., 2022).</p>

Gender mainstreaming	<p>Selon le Groupe de spécialistes pour une approche intégrée de l'égalité (EG-S-MS) du Conseil de l'Europe, le <i>gender mainstreaming</i> est : « la (ré)organisation, l'amélioration, l'évolution et l'évaluation des processus de prise de décision, aux fins d'incorporer la perspective de l'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les domaines et à tous les niveaux, par les acteurs généralement impliqués dans la mise en place des politiques ».</p> <p>Le <i>gender mainstreaming</i>, ou approche intégrée de la dimension de genre, est donc une stratégie qui a pour ambition de renforcer l'égalité des femmes et des hommes dans la société, en intégrant la dimension de genre dans le contenu des politiques publiques. Une politique qui intègre la dimension de genre est une politique dans le cadre de l'établissement de laquelle on a examiné de manière comparative la situation des femmes et des hommes concernés, identifié les éventuelles inégalités entre les sexes et cherché à les réduire ou à les éliminer.</p> <p>Le <i>gender mainstreaming</i> est une approche transversale, c'est-à-dire une approche qui s'applique à tous les domaines politiques (ex : Emploi, Affaires sociales, Finances, Santé, Mobilité, Justice...). C'est également une approche structurelle qui s'applique à toutes les phases du « cycle politique » (préparation, décision, mise en œuvre, évaluation) et qui concerne tous les acteurs impliqués dans la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques. Le fait de vérifier l'impact potentiellement différent pour les femmes et les hommes de toute mesure politique envisagée doit en effet devenir un réflexe, un automatisme pour chaque agent impliqué dans les différentes phases du cycle politique. Enfin, le <i>gender mainstreaming</i> est une approche préventive puisqu'il a aussi pour objectif d'éviter que les pouvoirs publics ne mettent en place des politiques qui créent ou accentuent des inégalités entre hommes et femmes.</p>
Gradient social de santé	<p>Observation robuste d'une correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé. Un gradient social de santé est observable lorsque la fréquence d'un problème de santé ou d'une exposition à un facteur de risque augmente régulièrement à partir des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées (Potvin et al., 2010).</p>
Inégalités Sociales de Santé	<p>Les <i>inégalités sociales de santé</i> (ISS) sont des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux. Elles se distinguent des inégalités de santé qui ne relèvent pas de la justice sociale mais d'autres facteurs, pouvant être notamment génétiques ou physiologiques (inégalités liées à l'âge, au sexe, etc.). Elles font référence aux relations entre la santé et l'appartenance à un groupe social, et sont liées à l'inégale répartition des chances au départ. Ces inégalités ne sont ni justes, ni naturelles : en effet, les populations ne disposent pas d'une réelle égalité des chances pour atteindre un niveau de santé optimal. Cette notion de l'équité en santé renvoie à la théorie de la justice sociale et au développement de conditions favorables à la santé pour tous (Sandon, 2015).</p>
Intersectorialité	<p>L'intersectorialité renvoie aux actions entreprises par d'autres secteurs que celui de la santé (en collaboration ou non avec le secteur de la santé), qui visent des résultats de santé ou d'équité en santé ou ciblent des déterminants de la santé ou de l'équité en santé (Jobin et al., 2017).</p>
Littératie en santé	<p>L'OMS définit la littératie en santé comme les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintient une bonne santé. En effet, en donnant aux individus une plus grande maîtrise de leur santé et de ses déterminants, cela contribue à un avenir plus prospère, plus juste et plus durable (OMS, 2013).</p> <p>Selon Rootman et Gordon-Ei-Bihbety (2008), la littératie en santé désigne la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie.</p> <p>Pour en savoir plus sur ce concept, voir le dossier thématique élaboré par Cultures&Santé asbl (2016).</p>
Participation	<p>L'OMS définit la participation comme un processus par lequel les personnes peuvent s'impliquer réellement et activement dans la définition des problèmes qui les concernent, dans la prise de décision sur les facteurs qui affectent leur vie, dans la formulation et la mise en œuvre de politiques, dans la planification, le développement et la prestation de services et dans la mise en place de mesures pour réaliser le changement (Dooris & Heritage, 2011).</p> <p>Pour aller plus loin, voir Scheen, B. (2018).</p>
Parties prenantes	<p>Les parties prenantes sont définies comme les personnes concernées, c'est-à-dire préoccupées, intéressées ou potentiellement affectées par l'intervention (FWPS, 2021).</p> <p>Une partie prenante (en anglais : <i>stakeholder</i>) est un acteur, individuel ou collectif (groupe ou organisation), activement ou passivement concerné par une décision ou un projet ; c'est-à-dire dont les intérêts peuvent être affectés positivement ou négativement à la suite de son exécution (ou de sa non-exécution) (FWPS, 2021).</p>
Précarité	<p>Absence d'une ou de plusieurs des <i>sécurités</i> permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté lorsqu'elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible (Potvin et al., 2010).</p>

<p>Résilience</p>	<p>Les personnes résilientes développent leurs capacités de résolution de problèmes, leurs compétences sociales et le sens de la détermination avec pour finalité de rebondir après des revers, des événements traumatisants, s'épanouir à la suite d'un échec, éviter les comportements à risque et, en général, continuer à mener une vie productive. La résilience est également déterminée par l'existence d'environnements favorables. La capacité des individus et des communautés à gérer efficacement les problèmes et à "reconstruire en mieux" après l'adversité se développe et change avec le temps. Les interventions de promotion de la santé visant à renforcer la résilience individuelle sont plus efficaces lorsqu'elles sont soutenues par des environnements qui favorisent et protègent la santé et le bien-être de la population (OMS,2020).</p>
<p>Syndémie</p>	<p>L'exposition différenciée des groupes de population aux déterminants sociaux de la santé, aux maladies chroniques et à la COVID-19 a eu un effet multiplicateur, ayant pour conséquence un impact différencié à la fois sur les taux de mortalité et de morbidité entre groupes sociaux ainsi que sur l'ampleur des conséquences sociales, psychologiques et économiques de la syndémie pour ceux-ci (Stok et al., 2021). Ce phénomène de cumulation, d'imbrication et d'interactions entre des facteurs de risque et des comorbidités a été observé dans le cadre de l'épidémie du VIH/Sida aux États-Unis et renvoie vers la notion de <i>syndémie</i> (Bambra et al. 2020). De plus en plus d'auteurs qualifient maintenant la pandémie de syndémie pour marquer le fait que ses effets sont aggravés par les épidémies de maladies non transmissibles préexistantes qui sont elles-mêmes étroitement liées aux déterminants sociaux de la santé (Berteyn et al., 2022 ; Horton, 2020).</p>
<p>Universalisme proportionné</p>	<p>L'universalisme proportionné est un principe consistant à proposer des services universels, à une échelle et à une intensité proportionnelle au degré des besoins de populations spécifiques. Ce principe est considéré comme un moyen d'aller au-delà de la dichotomisation entre des mesures universalistes et des mesures ciblées dans le champ de la santé étant donné que ces deux approches, appliquées singulièrement présentent des risques tels que la stigmatisation, le renforcement des inégalités, un manque de couverture de la population etc. L'universalisme proportionné propose que les interventions en santé combinent l'universalisme et la proportionnalité pour améliorer la santé générale de la population et diminuer (voire supprimer) le gradient social de santé (Carey et al., 2015).</p>

Bibliographie

Références Introduction

- Ablin, A., Colas Boudot, D., & Pollet, M. (2017). Les données probantes en promotion de la santé. IREPS.
https://www.ireps-grandest.fr/images/Nos_productions/DP_Ireps_GE_2017.pdf
- Absil, G., Vandoorne, C., & Demarteau, M. (2012). Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain : Réflexion et action pour la promotion de la santé.
- Adam, C., Fauchere, V., Micheletti, P., & Pasca, G. (2017), *La santé des populations vulnérables*. Revue Projet. <https://doi.org/10.3917/pro.362.0090>
- Aïach, P. (2010). Les inégalités sociales de santé. *Economica, Anthropos*, 143-154.
https://reis.cis.es/REIS/PDF/Reis_134_071302520033617.pdf
- Appouey, B., & Silber, J. (2013). *Inequality and bi-polarization in socioeconomic status and health: Ordinal approaches*. HAL, Open Science.
https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/850014/filename/wp_201330.pdf
- Arcaya, M.C., Arcaya, A.L., & Subramanian, S.V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1).
- Blumenshine, P., Reingold, A., Egerter, S., Mockenhaupt, R., Braveman, P., & Marks, J. (2008). Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective. *Emerging Infectious Disease*, 14(5), 709-15. doi: 10.3201/eid1405.071301.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L.M., Baur, C., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A.J., & Schillinger (2012). *Ten attributes of health literate health care organizations*. Institute of Medicine of the National Academies.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Brownson, R.C., Fielding, J.E., & Maylahn, C.M. (2009). Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annual Review of Public Health*, 30, 175-201.
- Cambon, L., & Alla, F. (2019). Current challenges in population health intervention research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(11), 990-992.
- Cambon, L., Terral, P., & Alla, F. (2019). From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*, 19(1), 339.
- Cambon, L., Ridde, V., & Alla, F. (2010). Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 58(4), 227-283.
- Charafeddine, R., Van der Heyden, J., Demarest, S., Drieskens, S., Nguyen, D., Tafforeau, J., Gisle, L., Braekman, E., & Berete, F. (2018). Enquête de santé 2018 : Santé et qualité de vie. Résumé des résultats (Rapport No. D/2019/14.440/24). Sciensano.
https://www.sciensano.be/sites/default/files/summ_hs_fr_2018.pdf
- Chauvin, P., & Estecahandy, P. (2010). Inégalités sociales de santé et précarité. *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, 73, 17-18.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=113>
- Cultures&Santé asbl (2016, october). Dossier thématique : La littératie en santé.
<https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/60-litteratie-en-sante-n-8.html>

- Cultures&Santé asbl (2021). Littératie numérique en santé (Dossier thématique No. 16). <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/592-litteratie-numerique-en-sante.html>
- Cyril, S., Smith, B.J., Renzaho, A.M. (2016). Systematic review of empowerment measures in health promotion. *Health Promotion International*, 31(4), 809-826.
- Davenne, C. (2015). Territoire et milieu de vie : une approche communautaire de la santé mentale.
- de Montigny, J.G., Desjardins, S., & Bouchard L. (2019). The fundamentals of cross-sector collaboration for social change to promote population health. *Global Health Promotion*, 26(2), 41-50.
- Dubost C.L., Pollak, C., & Rey, S. (2020). Les inégalités sociales face à l'épidémie de COVID-19 (Dossier No. 62). Les dossiers de la Drees. <https://drees.solidariteessante.gouv.fr/sites/default/files/202010/DD62.pdf>
- El Hage, F., & Reynaud, C. (2014). L'approche écologique dans les théories de l'apprentissage : une perspective de recherche concernant le « sujet-apprenant ». *Éducation et socialisation*, 36. <https://doi.org/10.4000/edso.1048>
- Fassin, D. (2009). Problèmes politiques et sociaux : Inégalités de santé (Dossier No. 960). La Documentation Française.
- Fassin, D., & Aïch, P. (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La Revue du praticien*, 54, 2221-2227.
- Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T., & Leclerc, A. (2000). Introduction : Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé. In D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang , A. Leclerc. (Eds.), *Les inégalités sociales de santé* (pp 13-24). La Découverte.
- Ferron, C. (2021). La promotion de la santé. In H. Lambert (coord.), *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes.
- Gaille, M., & Terral, P. (2021). *Pandémie : Un fait social total*. CNRS Editions.
- Geurts, F., & Favresse, D. (2022). Services médico-sociaux de première ligne à Bruxelles : impact de la crise sanitaire et recommandations. Centre Bruxellois de Promotion de la Santé. <https://www.cbps.be/telecharger/6>
- Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A., & Lert, F. (2002). Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et santé*, 20(4), 75-128.
- Hamant, C., & Delescluse, T. (2021). Prévention et promotion de la santé : produire des données probantes utiles dans la pratique. *La Santé en action*, 456, 26-27. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2021-n456-sante-des-populationsconjuguer-donnees-scientifiques-et-savoirs-issus-de-l-experience>
- Hamant, C., Delescluse, T., & Ferron, C. (2022). Les données probantes en promotion de la santé : de leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre d'interventions complexes [Note pédagogique]. Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé.
- Hancock T. (2020). Health in the Anthropocene: From the Global to the Local. In A. Kobayashi (Ed.), *International Encyclopedia of Human Geography* (pp. 323-328). Elsevier.
- Harpet, C. (2017). Déterminants de la santé et justice sociale. *La promotion de la santé – comprendre pour agir dans le monde francophone*. HAL, Open Science.
- Horton, R. (2020). COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)

Haschar-Noé, N., & Lang, T. (2017). Réduire les inégalités sociales de santé : Une approche interdisciplinaire de l'évaluation. Presses Universitaires du Midi.

Iain, K., C., Irvine, L., Elliott, L., & Wallace, H. (2005). *Closing the health inequalities gap: an international perspective*. Organisation mondiale de la Santé.
https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/124529/E87934.pdf

Institut Wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (2021a). Indice de situation sociale de la Wallonie (ISS-8^{ème} exercice) : Focus sur les impacts de la crise de la covid-19 sur les conditions de vie et les inégalités sociales en Wallonie (Rapport No. 45).
<https://www.iweeps.be/wp-content/uploads/2021/10/RR45-ISS-complet-final-1.pdf>

Institut Wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (2021b). Les chiffres-clés de la Wallonie Edition 2021. <https://www.iweeps.be/wp-content/uploads/2021/10/CC2021-web-1.pdf>

Jabot, F., Pommier, J., & Guével, M.-R. (2017). Évaluation en promotion de la santé. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, & W. Sherlaw (Eds.), *La promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 411-442).
<https://www.presses.ehesp.fr/produit/promotion-de-sante/>

Jacques-Brisson, A., & St Pierre, G. (2018). Guide d'implantation de l'approche Santé dans Toutes les Politiques au palier local. REFIPS.
https://refips.org/wp-content/uploads/2020/01/GuideSdTP_web.pdf

Kokko, S., Green, L.W., & Kannas, L. (2013). A review of settings-based health promotion with applications to sports clubs. *Health promotion international*, 29(2), 494-509.

Lambert, H. (2021). Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques. UCLouvain/IRSS/RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes.

Lambert, H., Aujoulat, I., Delescluse, T., Doumont, D., & Ferron C. (2021a). Agir pour la réduction des inégalités sociales de santé. In H. Lambert (coord.), *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. UCLouvain/IRSS/RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes.

Lambert, H., Aujoulat, I., Delescluse, T., Doumont, D., & Ferron, C. (2021b). Développer des partenariats intersectoriels au service d'une santé dans toutes les politiques. In H. Lambert (coord.), *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes.

Lambert, H., Aujoulat, I., Delescluse, T., Doumont, D., Ferron, C. (2021c). Agir en se basant sur les principes de l'approche écologique. In H. Lambert (coord.), *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. UCLouvain/IRSS/RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes.

Lambert, H., Aujoulat, I., Delescluse, T., Doumont D., Ferron, C. (2021d). Adapter son intervention aux types de publics. In H. Lambert (coord.), *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. UCLouvain/IRSS/RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes.

Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. (2021e). Agir sur base de fondements probants avec un croisement de sources de connaissances. In H. Lambert (coord.), *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. UCLouvain/IRSS/RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes.

Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Deltenre C., Doumont D., Ferron C. (2021f). Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés. In H. Lambert (coord.), *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. UCLouvain/IRSS/RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes.

- Le Boulengé, O., Scheen, B., Lambert, H., Aujoulat, I., Delescluse, T., Doumont, D., & Ferron C. (2021). S'inscrire dans une démarche participative. In H. Lambert (Coord.), *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes.
- Malengreaux, S., Doumont, D., Scheen, B., Van Durme, T., & Aujoulat, I. (2022). Realist evaluation of health promotion interventions: a scoping review. *Article en préparation*
- Malengreaux, S., Doumont, D., & Aujoulat, I. (2020). L'approche réaliste pour évaluer les interventions de promotion de la santé : éclairages théoriques. UCLouvain/IRSS-RESO.
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England Post-2010*. University College London. <http://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>
- Michie, S., & Abraham, C. (2004). Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? *Psychology & Health*, 19, 29-49.
- Morin, M., Terrade, F., & Préau, M. (2012). Psychologie communautaire et psychologie de la santé : l'implication de la recherche psychosociale dans la promotion de la santé. *Psychologie française*, 57, 111-118.
- Ninacs, W.A. (2003). *L'empowerment et l'intervention sociale*. http://bv.cdeacf.ca/EA_PDF/1159.pdf
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4).
- Organisation mondiale de la Santé (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (2015). Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques. <https://www.who.int/social-determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-fr.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- Paugam, S. (2009). *Le lien social*. Presses Universitaires de France.
- Poland, B.D., Green, L.W., & Rootman, I. (2000). *Settings for health promotion: linking theory and practice*. Sage Publications.
- Porcherie, M., Pommier, J., Ferron, C., & Jabot, F. (2017). Promotion de la santé en France. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, & W. Sherlaw (Eds.), *La promotion de la Santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 343-353). Presses de l'EHESP.
- Rea, A., & Racapé, J. (2021, January 13). Inégalités sociales et COVID-19 [Poster presentation]. Observatoire du Sida et des Sexualités, ULB, Bruxelles, Belgium. <https://www.observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/Observatoire-Sida-et-sexualites-130121.pdf>
- Renard, F., Scohy, A., De Pauw, R., Jurcevic, J., Devleeschauwer, B. (2021). Health status report 2021 – L'état de santé en Belgique (Rapport No. D/2022/14.440/07). Sciensano. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante>
- Rens, E., Smith, P., Nicaise, P., Lorient, V., & Van den Broeck, K. (2021). Mental distress and its contributing factors among young people during the first wave of COVID-19: A Belgian Survey Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 35. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.575553>
- Robert, E., & Ridde, V. (2013). L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. *Mesure et évaluation en éducation*, 36(3), 79-108.

- Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L., & Springett, J. (2001). A framework for health promotion evaluation. In I. Rootman, M. Goodstadt, H. Hyndman, D.V. McQueen, L. Potvin, J. Springett, & E. Ziglio (Eds.), *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives* (pp. 3-38). World Health Organisation Regional Publications, European Series.
- Rootman, I., & Gordon-el-bihbety, D. (2008). Vision d'une culture de la santé au Canada : Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé. Association canadienne de santé publique.
- Rousseaux, R., & Malengreaux, S. (2022). Promouvoir la santé en contexte de pandémie – recueil d'expériences bruxelloises. UCLouvain/IRSS/RESO.
<https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/pandemie-et-promotion-de-la-sante.html>
- Sachs, B. (2006). Démarche participative : interroger les faits. *La Santé de l'Homme*, 382, 13-15.
- Sciensano (2021). *Vers une Belgique en bonne santé : Impact du COVID-19*.
<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/crise-COVID-19/impact-du-COVID-19>
- Sciensano (2022). Dixième enquête de santé COVID-19 : Résultats préliminaires (Rapport No. D/2022/14.440/18). <https://doi.org/10.25608/mve9-bk51>
- Service universitaire de Promotion de la Santé – RESO. (2022). Impact de la syndémie de COVID-19 et inégalités sociales de santé – Fiche introductive et méthodologique [Document en préparation]. UCLouvain/IRSS/RESO.
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389(10072), 941-950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
- Sizaret, A. (2018). *Faire le tour de la promotion de la santé en 180 minutes*. Ireps Bourgogne-Franche-Comté.
https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/2.4.dossier_documentaire.pdf
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13.
- Stok, F.M., Bal M., Yerkes, M.A., & de Wit, J.B.F. (2021). Social inequality and solidarity in times of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6339.
- Suhard, V., & Safon, M.-O. (2016). Bibliographie sur les inégalités sociales de santé. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), Pôle Documentation.
- Torp, S., Kokko, S., & Ringsberg, K.C. (2014). *Promoting health in everyday settings: Opportunities and challenges*. Sage Publications.
- Turchin, P. (2007). Modeling periodic waves of integration in the Afro-Eurasian world-system. In G. Modelski, T. Devezas, & W. R. Thompson (dir.), *Globalization as Evolutionary Process: Modeling Global Change* (pp. 161-181). Routledge.
- Vanagas, G., Bala, M., & Lhachimi, S.K. (2017). Evidence-based public health. *BioMed Research International*, 1-2.
- Van Damme, W., Dahake, R., Delamou, A., Ingelbeen, B., Wouters, E., Vanham, G., van de Pas, R., Dossou, J.-P., Ir, P., Abimbola, S., Van der Borgh, S., Narayanan, D., Bloom, G., Van Engelgem, I., Ali Ag Ahmed, M., Kiendrébéogo, J.A., Verdonck, K., De Brouwere, V., Bello, K., ... Assefa, Y. (2020). The COVID-19 pandemic: diverse contexts; different epidemics – how and why? *BMJ Global Health*, 5(7). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003098>

Van den Broucke, S. & Renwart, A. (2014). La littératie en santé comme facteur médiateur des inégalités sociales de santé et des comportements de santé [Unpublished master's thesis]. Université catholique de Louvain.

Van den Broucke, S. (2020). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health Promotion International*, 35(2), 181-186.

Van Hoyer, A. (2020). Approche socio-écologique de la santé : applications dans le champ de l'activité physique. Santé publique et épidémiologie [Doctoral dissertation, Université de Lorraine].

Van Hoyer, A., Mastagli, M., Hayotte, M., d'Arripe-Longueville, F. (2021). Bouger pour sa santé : une revue narrative des modèles théoriques de l'engagement dans l'activité physique à partir de l'approche socio-écologique. *Revue internationale des sciences du sport et de l'éducation physique (STAPS)*, hors-série, 105-125.

<https://www.caim.info/revue-staps-2021-HS-page-105.htm?contenu=resume>

Wilkinson, R., & Pickett, K.E. (2013). Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous. Les petits matins.

Woodall, J., Raine, G., South, J., Warwick-Booth, L. (2010). *Empowerment & health and well-being: evidence review* [Project Report]. Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University.

Références Axe 1.1 - Modes de vie : Alimentation, Activité Physique, Sédentarité

Benamouzig, D., & Cortinas Muñoz, J. (2022). Des lobbys au menu : les entreprises agro-alimentaires contre la santé publique. Raisons d'agir.

Chiolero, A. (2018). Why causality, and not prediction, should guide obesity prevention policy. *The Lancet Public Health*, 3(10), 461-462. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30158-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30158-0)

Drieskens, S., Charafeddine, R., & Gisle, L. (2018a). État nutritionnel : Enquête de santé 2018 (Rapport No. D/2019/14.440/62). Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/ns_report_2018_fr_v3.pdf

Drieskens, S., Charafeddine, R., & Gisle, L. (2018b). Habitudes nutritionnelles : Enquête de santé 2018 (Rapport No. D/2019/14.440/64). Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/nh_report_2018_fr_v3.pdf

Drieskens, S., Nguyen, D., & Gisle, L. (2018). Pratiques d'activités physiques : Enquête de santé 2018 (Rapport No. D/2019/14.440/63). Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/pa_report_2018_fr_v3.pdf

FAO & OMS (2020). Régimes alimentaires sains et durables : Principes directeurs. <https://www.fao.org/documents/card/fr/c/CA6640FR/>

Hercberg, S. (2022). Mange et tais-toi : Un nutritionniste face au lobby agroalimentaire. HumenSciences.

Micha, R., Peñalvo, J.L., Cudhea, F., Imamura, F., Rehm, C.D., & Mozaffarian, D. (2017). Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type 2 diabetes in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 317(9), 912-24. doi: [10.1001/jama.2017.0947](https://doi.org/10.1001/jama.2017.0947)

Murray, C.J.L., Aravkin, A.I., Zheng, P., Abbafati, C., Abbas, K.M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abegaz, K.H., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abreu, L.G., Abrigo, M.R.M., Abualhasan, A., Abu-Raddad, L.J., Abushouk, A.I., Adabi, M., ..., Lim, S.S. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet, Global Health Metrics*, 396(10258), 1223-1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)

Organisation Mondiale de la Santé (2018, October 23). Alimentation saine. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Organisation Mondiale de la Santé (2016). *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329407/9789289051477-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Swinburn, B.A., Kraak V.I., Allender, S., Atkins, V.J., Baker, P.I., Bogard, J.R., Brinsden, H., Calvillo, A., De Schutter, O., Devarajan, R., Ezzati, M., Friel, S., Goenka, S., Hammond, R.A., Hastings, G., Hawkes, C., Herrero, M., Hovmand, P.S., Howden, M., ..., Dietz, W.H. (2019). The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. *The Lancet*, 393(10173), 791-846. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)

Références Axe 1.2 - Mode de vie : Lutte contre le tabagisme

Conseil Supérieur de la Santé (2022). Cigarette électronique : évolution (Avis du Conseil Supérieur de la Santé n°9549). https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20220616_css-9549_avis_e-cigarette_vweb_0.pdf

European Network for Smoking and Tobacco Prevention (2020). Lignes directrices pour traiter la dépendance au tabac. http://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines_2020_french_forprint_final.pdf

Gisle, L., Demarest, S., & Drieskens, S. (2018). Consommation de tabac : Enquête de santé 2018 (Rapport No. D/2019/14.440/66). Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/ta_report_2018_fr_v3.pdf

Golechha, M. (2016). Health promotion methods for smoking prevention and cessation: A comprehensive review of effectiveness and the way forward. *International Journal of Preventive Medicine*, 1(7),7. [doi: 10.4103/2008-7802.173797](https://doi.org/10.4103/2008-7802.173797)

Hopkins, D.P., & Fielding, E. (2001). Task force on community preventive services recommendations regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American Journal of Preventive Medicine*, 20, 10-15.

Jacques, M., Hubert, F., & Laguë, J. (2004). Intégration de la dénormalisation dans la lutte antitabac au Québec : Perspectives de santé publique. Institut national de santé publique. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/315-avisdenormalisationlutteantitabac.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé (2004). Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42812/9242591017.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé (2020). *Tabac*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Sciensano (2022). Dixième enquête de santé COVID-19 : Résultats préliminaires (Numéro de dépôt : D/2022/14.440/18). https://www.sciensano.be/sites/default/files/report10_covid-19_hs_fr.pdf

Références Axe 2.1 – Prévention des usages addictifs et réduction des risques

Autrique, M., Demarest, I., Goethals, I., De Mayer, J., Anseau, M., & Vanderplasschen, W. (2016). Processus de consensus sur des normes de qualité minimales et idéales pour la prévention, le traitement et la réduction des risques des problèmes de toxicomanie (COMIQS.BE). BELSPO et SPF Santé Publique.

https://www.belspo.be/belspo/organisation/Publ/pub_ostc/Drug/rDR66summ_fr.pdf

Conseil Supérieur de la Santé (2018). Risques liés à la consommation d'alcool (Avis du Conseil Supérieur de la Santé n°9438).

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9438_avis_alcool.pdf

Consortium International sur les Politiques des drogues (2012). Guide sur les politiques des drogues.

http://fileserv.idpc.net/library/IDPC-Drug-Policy-Guide-2nd-Edition_French.pdf

Deblonde, J., De Rouck, M., Montourcy, M., Serrien, B., & Van Beckhoven, D. (2021). Épidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique : Situation au 31 décembre 2020. Sciensano.

Decorte, T., Kramer, R., Vlaemynck, M., De Donder, E., & de Duve, M. (2019). *Federal research program on drugs: Assessment of alternative models for regulation of alcohol marketing in Belgium*. Belgian Science Policy Office.

http://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR77sum_en.pdf

Eurotox Asbl (2016). RDR : bonnes pratiques en réduction des risques (Livret thématique n°4). Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogue.

https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret4_4.pdf

Gisle, L., Demarest, S., & Drieskens, S. (2018). Consommation d'alcool : Enquête de santé 2018 (Rapport No. D/2019/14.440/65). Sciensano.

https://www.sciensano.be/sites/default/files/al_report_2018_fr_v4.pdf

Gisle, L., & Drieskens, S. (2018). Usage des drogues : Enquête de santé 2018 (Rapport No. D/2019/14.44/68). Sciensano.

https://www.sciensano.be/sites/default/files/id_report_2018_fr_v3.pdf

Groupe Pompidou (2021). Les droits de l'homme au cœur des politiques des drogues : 50ème anniversaire du Groupe Pompidou. Conseil de l'Europe. <https://rm.coe.int/2021-ppq-50anniversary-publication-fra/1680a449f4>

Stévenot, C. & Hogge, M. (2022). Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaire en Wallonie. Eurotox Asbl.

https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-TB-2021-Wallonie_3tma.pdf

The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012). Réduction de la demande de drogue: preuves scientifiques mondiales pour actions locales.

https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/OEDT_Réduction-demande-drogues.pdf

Wood, V. (2011). Texte de la déclaration de Vienne (18 juillet 2010). *Multitudes*, 44, 39-41.

Références Axe 2.2 – Promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global

Berete, F., Braekman, E., Charafeddine, R., Demarest, S., Drieskens, S., Gisle, L., & Hermans, L. (2020). Cinquième enquête de Santé COVID-19 : résultats préliminaires. Sciensano.

https://www.sciensano.be/sites/default/files/report5_covid-19his_fr.pdf

Cauchie, M. (2019). « Psy 107 », une réforme toujours en chantier. Fédération Maisons Médicales.

<https://www.maisonmedicale.org/Psy-107-une-reforme-toujours-en-chantier.html>

Conseil Supérieur de la Santé (2022). Prise en charge psychosociale pendant la pandémie COVID-19 : quelles leçons pouvons-nous tirer pour l'avenir (Avis du Conseil Supérieur de la Santé n°9676).

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20220215_css-9676_avis_lecons_apprises_vweb.pdf

CRéSaM (n.d.). Plaidoyer pour la santé mentale en Belgique : 7 leviers incontournables pour plus de santé mentale. <http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2019/03/Plaidoyer-SM-2019-web.pdf>

Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (2021). Rapport de recherche n°45. <https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2021/10/RR45-ISS-complet-final-1.pdf>

Mistiaen, M., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., & Ricour, C. (2019). Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique [KCE Report 318Bs]. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_318B_Soins_de_sante_mentale_synthese.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (2022, June 17). Santé mentale : renforcer notre action. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Rondia, K., Adriaenssens, J., Van Den Brouck, S., & Kohn, L. (2019). Littératie en santé : quels enseignements tirer des expériences d'autres pays ? [KCE Report 322Bs]. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_322B_Litteratie_de_sante_Synthese.pdf

Sciensano (2022, march 7). Dixième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. https://www.sciensano.be/sites/default/files/report10_covid-19_hs_fr.pdf

Sébanne, D., De rosario, B., & Roelandt, J-L. (2017). La promotion de la santé : un enjeu individuel, collectif et citoyen. *La santé en action*, 439, 11-13.

Service universitaire de Promotion de la Santé – RESO. (2022). Impact de la syndémie de COVID-19 et inégalités sociales de santé – Fiche introductive et méthodologique [Document en préparation]. UCLouvain/IRSS/RESO.

Vanderlinden, A., Lambert, M., & Bontemps, C. (2018). Repères pour une politique wallonne de santé mentale. Centre de Référence en Santé Mentale (CRéSaM). http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2018/06/Repères_CRéSaM_2018.pdf

Références Axe 3 – Prévention des maladies chroniques

Alami, H., Gagnon, M.-P., Ghandour, E.-K., & Fortin, J.-P. (2017). La réorientation des services de santé et la promotion de santé : une lecture de la situation. *Santé Publique*, 2(29), 179-184.

Organisation Mondiale de la Santé (2017). Combattre les MNT : « meilleurs choix » et autres interventions recommandées pour lutter contre les maladies non transmissibles. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259350/WHO-NMH-NVI-17.9-fre.pdf?sequence=1>

Sciensano (2022a, february 7). Maladies Non Transmissibles. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/vue-d-ensemble>

Sciensano (2022b, march 8). Années de vie en bonne santé perdues. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/fardeau-de-la-maladie/bod-daly-fr>

Sciensano (2022c, January 1). SPADIS – Mesure de la participation sociale parmi les personnes vivant avec des maladies chroniques.

Service universitaire de Promotion de la Santé – RESO. (2022). Impact de la syndémie de COVID-19 et inégalités sociales de santé – Fiche introductive et méthodologique [Document en préparation]. UCLouvain/IRSS/RESO.

Soudier, B., Ferron, C., & Laurent, A. (2021). Capitalisation des expériences en promotion de la santé : enjeux, apports et méthode. *La santé en action*, 456, 9-10.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/capitalisation-des-experiences-en-promotion-de-la-sante-enjeux-apports-et-methode>

Van der Heyden, J., & Charafeddine, R. (2018). *Enquête de santé 2018 : Maladies et affections chroniques* (Rapport No. D/2019/14.440/27). Sciensano.

https://www.sciensano.be/sites/default/files/ma_fr_2018.pdf

Wylie, A., & Holt, T. (2010). *Health promotion in medical education: From rhetoric to action*. Radcliffe Publishing.

Références Axe 4 – Prévention des Maladies infectieuses y compris politique de vaccination

Aujoulat, I., & Sandrin, B. (2019). Et si on pensait à l'éducation thérapeutique dans une logique de promotion de la santé ...? *Santé Éducation*.

<https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2019/12/isabelle-aujoulat-et-brigitte-sandrin-et-si-on-pensait-l-education-thrapeutique.pdf>

Boeckxtaens, P., Boeykens, D., Macq, J., & Vanderbroeck, P. (2020). *Goal oriented care: A share language practice for health and social care*. <https://www.kbs-frb.be/fr/goal-oriented-care-shared-language-and-co-creative-practice-health-and-social-care>

Boudewijn, C., Jans, B., Mertens, K., Lambert, M.-L., Latour, K., Ingenbleek, A., Fonguh, S., Duysburgh, E., Valencia, C., Legiest, B., Verroens, P., Uwineza, A., & Verhocht, N. (2016). *Multidrug resistant organisms (MDRO): update for Belgium*. Sciensano.

Cassini, A., Högberg, L. D., Plachouras, D., Quattrocchi, A., Hoxha, A., Simonsen, G. S., Colomb-Cotinat, M., Kretzschmar, M. E., Devleeschauwer, B., Cecchini, M., Ouakrim, D. A., Oliveira, T. C., Struelens, M. J., Suetens, C., Monnet, D. L., & Burden of AMR Collaborative Group (2019). Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *The Lancet: Infectious diseases*, 19(1), 56–66.

European Center for Disease Prevention and Control (2020). Réalisations, défis et principaux résultats pour 2019 : Points essentiels du rapport annuel de la directrice. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/strategies-surveillance-covid-19>

Fonds des Affections Respiratoires (2020). Registre belge de la tuberculose 2020. https://www.fares.be/tuberculose/publications/rapports-epidemiologiques/fares-registretbc2020_vd-1.pdf

Litzroth, A., Suin, V., Whyndham-Thomas, C., Quoilin, S., Muyldermans, G., Vanwolleghem, T., Kabamba-Mukadi, B., Verburgh, V., Jacques, M., Van Gucht, S., & Hutse, V. (2019). Low hepatitis C prevalence in Belgium: implication for treatment reimbursement and scale up. *BMC Public Health*, 19-39.

https://www.sciensano.be/sites/default/files/published_bmc_litzroth_hcv_2019.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (2021). *WHO releases first-ever global guidance for country validation of viral hepatitis B and C elimination*. <https://www.who.int/news/item/25-06-2021-who-releases-first-ever-global-guidance-for-country-validation-of-viral-hepatitis-b-and-c-elimination>

Peeters, I., Vermeulen, M., Bustos Sierra, N., Renard, F., Vander Heyden, J., Scohy, A., Braeye, T., Bossuyt, N., Haarhuis, F., Proesmans, K., Vernemmen, C., & Vanhaverbeke, M. (2021). *Surveillance of COVID-19 mortality in Belgium, epidemiology and methodology during 1st and 2nd wave* (Rapport No. D/2021/14.440/57). Sciensano.

<https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>

Prevention access campaign (2017). <https://www.preventionaccess.org/>. UNAIDS 2018, Public health and HIV viral load suppression

Renard, F., Scohy, A., Van der Heyden, J., Peeters, I., Dequeker, S., Vandael, E., Van Goethem, N., Dubourg, D., De Viron, L., Kongs, A., Hammami, N., Devleeschauwer, B., Sasse, A., Rebolledo, Gonzalez, J., & Bustos Sierra, N. (2020). Establishing and ad hoc COVID-19 mortality surveillance during the first epidemic wave in Belgium. *Eurosurveillance*, 26(48).

<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.48.2001402>

Sciensano (2020). *National Reference Laboratory for Foodborne outbreaks. Annual Report on foodborne outbreaks in Belgium 2020* (Rapport No. D/2021/14.440/71).

<https://www.sciensano.be/fr/biblio/toxi-infections-alimentaires-en-belgique-rapport-annuel-2020>

Sciensano (2021, november 29). L'épidémie du VIH ralentie par la pandémie de COVID-19 en 2020.

<https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/lepidemie-du-vih-ralentie-par-la-pandemie-de-covid-19-en-2020>

Sciensano (2022, march 25). Grippe et syndrome grippal.

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-transmissibles/grippe-et-syndrome-grippal>

Service universitaire de Promotion de la Santé – RESO (in press). Impact de la syndémie de COVID-19 et inégalités sociales de santé – Fiche introductive et méthodologique. UCLouvain/IRSS/RESO.

Van Goethem, N., Vilain, A., Wyndham-Thomas, C., Deblonde, J., Bossuyt, N., Lernout, T., Rebolledo Gonzalez, J., Quoilin, S., Melis, V., & Van Beckhoven, D. (2020). Rapid establishment of a national surveillance of COVID-19 hospitalizations in Belgium. *Archives of Public Health*, 78(121). <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00505-z>

Zimmer, A.J., Klinton, J.S., Oga-Omenka, C., Heitkamp, P., Nyirenda, C.N., Furin, J., & Pai, M. (2021). Tuberculosis in times of COVID-19. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 76(3). <https://jech.bmj.com/content/76/3/310>

Références Axe 5 – Prévention des traumatismes et promotion de la sécurité

Campbell, A.J. (2002). Preventing fractures by preventing falls in older women. *Canadian Medical Association Journal*, 167(9), 1005-1006.

Drieskens, S., Berete, F., & Charafeddine, R. (2018). Enquête de santé 2018 : Accidents (Numéro de rapport : D/2020/14.440/59). Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/ai_report_2018_fr.pdf

Dubourg, D., Richard, F. (2018). Estimation de la prévalence des filles et femmes ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, 2018.

Holder, Y., Peden, M., Krug, E., Lund, J., Gururaj, G., & Kobusingye (2004). Lignes directrices pour la surveillance des traumatismes.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42950/924254583X.pdf?sequence=1>

Institut National de Santé Publique (2015). Liens entre la prévention des traumatismes non intentionnels et intentionnels (violence). https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/documents/securite/liens_prevention_traumatismes_non_intentionnels_et_intentionnels.pdf

Kervern, G.-Y., & Boulenger, P. (2007). *Cindyniques : concepts et mode d'emploi*. Economica.

Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A., & Lozano-Ascencio, R. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf

Litt, V., Van Brussel, J., & Bantuelle, M. (2005). Une approche communautaire de la promotion de la sécurité : le concept de communauté sûre. *Education Santé*, 206, 2-4.

<https://educationsante.be/une-proche-communautaire-de-la-promotion-de-la-securite-le-concept-de-communaute-sure/>

Maurice, P., Bouchard, L.M., & Lavoie, M. (2015). Bridging the gap between the prevention of intentional and unintentional injuries. In I. Pike, S. Richmond, L. Rothman, & A. Macpherson (Eds.), *Canadian injury prevention resource: an evidence-informed guide to injury prevention in Canada* (pp.11-22).

Organisation Mondiale de la Santé (1998). Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et opérationnels.

https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/149_securitepromotion.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (2020). Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337003/9789240014862-fre.pdf>

Peden, M., Scurfield, R., Sleet, D., Mohan, D., Hyder, A.A., Jarawan, E., & Mathers, C. (2004). *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*. Organisation mondiale de la santé.

Poitras, D., Gagné, D., & Maurice, P. (2021). Indicateurs de vulnérabilité associés à la survenue des traumatismes non intentionnels dans une communauté. *Vivre en sécurité, se donner les moyens*, 14. <https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/2762-indicateurs-vulnerabilite-associes-traumatismes-non-intentionnels.pdf>

Références Glossaire

Amzat, J., & Razum, O. (2022). *Globalization, Health and the Global South: A Critical Approach*. Routledge.

Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(11), 964-968.

Berteyn, J., l'équipe de promotion de la santé de la MC, & Hayette, J. (2022). COVID-19 : amplificateur d'inégalités sociales de santé. *Éducation Santé*, 385, 3-7.

Breton, E., Ferron, C., & Guichard, A. (2013). Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble. *La santé en action*, 425, 10-12.

Carey, G., Crammond, B., & De Leeuw, E. (2015). Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0207-6>

Cultures&Santé asbl (2016, octobre). Dossier thématique : La littératie en santé. <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/60-litteratie-en-sante-n-8.html>

- Dionnet, M., Imache, A., Leteurtre, A., Rougier, J-E., & Dolinska, A. (2017). Guide de concertation territoriale et de facilitation. Lisode. https://www.lisode.com/wp-content/uploads/2017/02/Lisode_Guide_concertation.pdf
- Dooris, M., & Heritage, Z. (2011). Healthy Cities: facilitating the active participation and empowerment of local people. *Journal of Urban Health*, 90 (1 suppl), 574-591.
- Fédération Wallonne de Promotion de la Santé (2021). Glossaire proposé par la FWPSanté. <https://www.fwpsante.be/wp-content/uploads/2022/07/21021-glossaire-gteval-fwpsante-maj-gt26-03-21.pdf>
- Hamant, C., Delescluse, T., & Ferron, C. (2022). Les données probantes en promotion de la santé : de leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre d'interventions complexes [Note pédagogique]. Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé.
- Horton, R. (2020). COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396, 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
- Institut National de Santé Publique Québec (2002). La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. <https://www.inspq.qc.ca/publications/82>
- Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. (n.d.). https://igvm-iefh.belgium.be/fr/activites/gender_mainstreaming
- Jobin, L., Simard, J., & Pigeon, M. (2017). Action intersectorielle : le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé. Stratégie ministérielle pour améliorer la santé de la population du Québec. Ministère de la santé et des services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-216-01W.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé (2013). *L'instruction en santé*. <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2013/health-literacy.-the-solid-facts>
- Pagani, V., Kivits, J., Minary, L., Cambon, L., Claudot, F., & Alla, F. (2017). La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique. *Santé Publique*, 29(1), 36. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-1-page-31.html>
- Potvin, L., Moquet, M.-J., & Jones, C. (2010). Réduire les inégalités sociales en santé. INPES éditions.
- Potvin, L., Di Ruggiero, E., & Shoveller, J.-A. (2013). Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. *La santé en action*, 425, 13-16.
- Rootman, I., & Gordon -El-Bihbety, D. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada : Rapport du Groupe d'experts sur la littérature en matière de santé*. Association canadienne de santé publique.
- Sandon, A. (2015). *Inégalités sociales de santé et promotion de la santé : Dossier technique n°7*. Ireps Bourgogne (France). https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dossier_technique_%20iss_complet.pdf%20%28
- Santé, Communauté, Participation (n.d.). Le diagnostic communautaire. SACOPAR. <https://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-outil-pour-la-pratique-2013>
- Scheen, B. (2018). Promotion de la santé et démarches participatives : Décryptage et points d'attention. UCLouvain/IRSS-RESO. https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-reso/documents/revues-de-litterature/SC_PARTICIPATION_DEC2018.pdf

Stok, F.M., Bal, M., Yerkes, M.A., & de Wit, J.B.F. (2021). Social Inequality and Solidarity in Times of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*, 18(12), 6339.

Tang, K.C., Ehsani, J.P., & Mcqueen, D. V. (2003). Evidence based health promotion: recollections, reflections, and reconsiderations. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(11), 841-843.

Vandoorne, C., Jomier, C., & Wilhelm, C. (2017). Analyse de situation au service d'un projet en promotion de la santé. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, & W. Sherlaw (Eds.), *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 363-380). Presses de l'EHESP.

—