

Plan

Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie

Partie 1 : Définition des priorités en santé

Horizon 2030

Table des matières

A. Introduction.....	3
B. Contextes	5
I. Contexte politique et institutionnel.....	5
1. Le paysage institutionnel francophone en matière de santé.....	5
2. Textes fondateurs de référence en matière de promotion de la santé.....	7
a) Au niveau international.....	7
b) Au niveau européen	10
c) Au niveau national.....	12
d) Au niveau régional.....	12
3. Identification des axes d’actions existants en matière de prévention et de promotion de la santé	13
a) Au niveau international.....	13
b) Au niveau national.....	13
c) Au niveau régional.....	14
4. Définition des concepts en prévention et promotion de la santé	15
II. Contexte épidémiologique en Wallonie	18
1) Description de la population	18
2) L’espérance de vie à la naissance et à 65 ans	19
3) La mortalité, les causes de décès et la mortalité prématurée	21
La mortalité	21
Les principales causes de décès en Wallonie	22
La mortalité prématurée en Wallonie.....	26
4) La morbidité	36
Les maladies chroniques	36
Les maladies de l’appareil circulatoire	38
Les cancers	39
Le diabète	42
Les maladies infectieuses	44
La santé mentale	48
Les traumatismes intentionnels et non intentionnels	50
III. Focus sur les déterminants de santé.....	57
Les principaux facteurs de risque.....	59

C. Approches transversales et thématiques	72
I. Objectifs stratégiques transversaux.....	72
1) Promouvoir la santé dans toutes les politiques (Health in all policies - HIAP).....	72
2) Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités sociales de santé.....	74
3) Favoriser l'accessibilité et veiller à une bonne couverture territoriale en matière de prévention et de promotion de la santé	75
4) Veiller à l'efficacité des actions et instaurer une culture d'évaluation continue.....	75
5) Intégrer les priorités de santé dans une approche selon le parcours de vie	77
6) Intégrer les priorités de santé dans une approche selon un continuum	78
7) Renforcer l'action communautaire (bottom-up), promouvoir la participation citoyenne et l'empowerment.....	79
8) Développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel.....	81
9) Créer des environnements favorables à la santé (milieux de vie)	81
10) Inscrire la promotion de la santé dans une perspective durable.....	82
11) Promouvoir l'innovation au service de la santé	83
II. Objectifs stratégiques thématiques:	85
1) Promotion des modes de vie et des milieux de vie favorables à la santé.....	87
Axe alimentation, y compris la consommation excessive d'alcool, activité physique et sédentarité	87
Lutte contre le tabagisme.....	89
2) Promotion de la santé mentale.....	90
Promotion du bien-être et d'une bonne santé mentale	90
Prévention de l'usage addictif d'alcool et d'autres substances psychoactives, cannabis, héroïne, psychotropes,.....	91
Prévention du suicide	93
3) Prévention des maladies chroniques	94
Les maladies de l'appareil circulatoire, le diabète de type II et les maladies respiratoires.....	95
Prévention des cancers	97
4) Prévention des maladies infectieuses y compris la politique de vaccination	99
5) Prévention des traumatismes non intentionnels et la promotion de la sécurité	101
D. Actions pour la Wallonie : opérationnalisation et mise en œuvre du Plan.....	103

A. Introduction

En 50 ans, les modes de vie se sont considérablement modifiés, les progrès de la médecine ont été spectaculaires. Ces deux facteurs ont engendré une transformation majeure de l'état de santé de notre population, avec des conséquences largement positives, comme l'allongement très net de l'espérance de vie, et des conséquences plus délétères, comme la croissance exponentielle des maladies chroniques qui pèsent lourdement tant sur la qualité de vie des individus que sur le budget des soins de santé. A cela s'ajoutent d'autres problématiques de santé qui sont très présentes dans notre société telles que les problèmes de santé mentale. D'autres encore restent d'actualité même si la science ne cesse de progresser comme la lutte contre les maladies infectieuses.

Toutes ces problématiques de santé très diverses ont un point commun, elles sont évitables, ou du moins en grande partie !

En effet, un ensemble de mesures de prévention, rassemblant différentes stratégies et actions portant tantôt sur l'individu, tantôt sur le collectif et la société, vont permettre de lutter contre les facteurs de risque identifiés responsables de l'apparition de la maladie. A titre d'exemple, selon l'OMS, 75% des maladies chroniques seraient évitables en favorisant des modes de vie sains !

C'est dire si la prévention constitue un enjeu majeur ! Qui ne souhaite pas vieillir en bonne santé et profiter pleinement de ces années qui nous sont données.

Par ailleurs une société composée d'individus en bonne santé quel que soit son niveau socio-économique est évidemment une société équilibrée, plus productive et ceci est un élément indiscutable du développement durable.

Depuis les accords intra-francophones, la Wallonie est devenue compétente en matière de prévention et de promotion à la santé. C'est une très belle opportunité de **redéfinir le paysage** en la matière et de se doter **d'un nouveau cadre qui soit en parfaite adéquation avec les besoins de la population**. La Wallonie doit également veiller à garantir la performance de ses programmes de prévention et de promotion de la santé. Le dernier rapport du KCE concernant la « *performance du système de santé belge* »¹ attire l'attention en matière d'alimentation saine et d'activité physique, de dépistages de certains cancers ou de vaccination.

¹Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. La performance du système de santé Belge - Rapport 2015. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 259B. D/2015/10.273/02.

Ce **Plan de prévention et de promotion de la Santé** a pour **ambition de contribuer à l'amélioration de l'état de santé** de toutes les Wallonnes et les Wallons grâce à un dispositif solide et durable.

Notre système de santé a été l'objet de différentes réformes et il en résulte une répartition des compétences qui nécessitent d'être analysés en préambule des stratégies proposées.

En premier lieu, une analyse des données épidémiologiques des indicateurs de santé ainsi que des principaux déterminants de la sante est essentielle pour avoir une vision globale de la situation en Wallonie. Cette analyse a été réalisée afin de prioriser les problématiques de santé et de déterminer les stratégies pour y répondre.

Aussi, pour que les objectifs du Plan s'inscrivent dans une démarche cohérente, les orientations et les priorités de santé définies au niveau international, national doivent être prises en compte. La Wallonie souhaite que son plan de prévention et de promotion de la santé s'insère dans ce cadre commun tout en mettant l'accent sur les particularités wallonnes régionales et mêmes locales. Ainsi une présentation de ce Plan 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.

Dans cette première partie du plan, seront définis les objectifs généraux poursuivis relatifs aux thématiques de santé prioritaires, ainsi que les objectifs stratégiques transversaux applicables à l'ensemble de ces thématiques et qui s'appuient sur des recommandations internationales, ayant fait preuve d'efficacité.

La déclinaison des objectifs stratégiques en objectifs opérationnels, observables et mesurables, fera l'objet de la seconde partie de ce plan.

Ce Plan se déploiera dans le long terme, à l'horizon 2030.

B.Contextes

L'identification de la répartition des compétences en matière de santé est essentielle dans la mesure où cela permet d'identifier les leviers d'actions sur lesquels la Wallonie est décisionnaire.

I. Contexte politique et institutionnel

1. Le paysage institutionnel francophone en matière de santé

A la suite de la 6^{ème} Réforme de l'Etat, de nombreuses compétences en matière de Santé sont transférées du niveau fédéral aux Régions et aux Communautés². Cette réforme marque ainsi un glissement des compétences vers les entités fédérées qui acquièrent plus d'autonomie. Néanmoins, le Gouvernement fédéral continue d'exercer certaines compétences en matière de soins de santé et de prévention dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité. Ainsi, en plus du remboursement des médicaments et des soins de santé, le Gouvernement fédéral intervient notamment dans les frais des prestations de santé en médecine préventive³, dans les mesures prophylactiques nationales, dans la législation organique de certaines institutions de soins, dans le financement de leur exploitation et dans la conclusion de conventions avec les communautés dans le but d'accorder une intervention dans le coût des prestations fournies dans le cadre des programmes de dépistage.

Parallèlement à cette réforme de l'Etat, des accords entre les entités fédérées francophones ont également transféré certaines compétences de santé, qui relevaient de la Communauté française vers la Région Wallonne et les entités fédérées bruxelloises.

Pour mieux intégrer ces nouvelles compétences, un nouvel organisme d'intérêt public a vu le jour en 2016 en Wallonie : **l'Agence wallonne de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des Familles, de son nom décréto, usuellement dénommée l'Agence pour une Vie de Qualité⁴ (AViQ). L'AViQ s'articule autour de 3 branches : la branche Bien-être et Santé, la branche Handicap et la branche Familles.**

Plus particulièrement en matière de santé, l'AViQ gère de nombreuses matières anciennement fédérales, régionales ou communautaires, dont la **prévention et la promotion de la santé**, l'organisation des soins de 1^{ère} ligne, la politique relative à la santé mentale et aux personnes âgées (dont les maisons de repos et de soins) ou encore la dispensation de soins dans et au dehors des

² Loi spéciale du 8/08/1980 de réformes institutionnelles, modifiée par la loi spéciale du 6/01/2014

³ Article 34 de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

⁴ Décret du 3 décembre 2015 relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles.

institutions de soins. Une période transitoire, finissant au 31/12/2018, est cependant prévue pour intégrer petit à petit certaines de ces matières.

La Communauté française a conservé une partie de ses compétences santé⁵ et gère notamment la Promotion de la Santé à l'école, l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) et le Contrôle médico-sportif.

Dès lors, en matière de promotion de la santé et de prévention, le paysage institutionnel francophone comprend d'une part, les compétences restées au sein de la Communauté française qui s'adressent à un public spécifique⁶ et d'autre part, les compétences dont l'exercice a été transféré à la Région wallonne et aux Commissions Communautaires Commune et Française pour le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, qui s'adressent à l'ensemble de la population⁷.

En résumé, la Région wallonne est compétente pour l'organisation de l'ensemble de la promotion et de l'éducation à la santé sauf ce qui est spécifiquement réservé à la Communauté française. Dans les faits, il existe des zones de recouvrement, entre les approches par publics ou par programmes dont il faut faire des atouts pour optimiser l'efficacité des actions.

Au-delà de la politique de la santé, **des synergies doivent être créées** en associant d'autres ministres dont les compétences peuvent impacter la santé notamment le ministre des sports, le ministre de l'environnement, la ministre de l'enseignement, etc.

En effet, la volonté est de faire progresser la mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques (« health in all policies ») et approches puisque la santé est largement influencée par des facteurs sociaux, économiques, culturels, environnementaux, etc...agissant comme autant de déterminants de santé.

⁵ Décret spécial du 3 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française.

⁶ A savoir notamment les activités de médecine préventive à l'égard des nourrissons, des enfants, des étudiants et des femmes enceintes (consultations préventives de 0 à 6 ans, suivi de grossesse, période préconceptionnelle), promotion de la santé à l'école (y compris la promotion de l'hygiène dentaire dans les écoles), vaccination, dépistages néonataux de la surdité et des maladies métaboliques.

Principalement la promotion de la santé, les dépistages des cancers, la déclaration des maladies transmissibles, les bulletins de naissance et décès, la lutte contre les assuétudes, l'exposition à la fumée de tabac et la nutrition

⁷ Principalement la promotion de la santé, les dépistages des cancers, la déclaration des maladies transmissibles, les bulletins de naissance et décès, la lutte contre les assuétudes, l'exposition à la fumée de tabac et la nutrition.

2. Textes fondateurs de référence en matière de promotion de la santé

Le présent plan 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'Organisation mondiale de la santé, engagements qui n'ont pas encore tous été transposés dans la législation belge. Ainsi, pour déterminer des objectifs cohérents du Plan, les orientations et les priorités de santé définies au niveau international, national et wallon doivent être prises en compte. **La Wallonie souscrit à la nécessité de s'insérer dans un cadre commun tout en tenant compte de ses particularités régionales et mêmes locales.**

a) Au niveau international

Au niveau de l'OMS, autorité en matière de santé au plan international, une foison de textes spécifiques, dont certains sont entrés dans le droit international public, sont des références, notamment dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention.

Ils reflètent la conception suivante : « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (OMS, 1948)

Ces textes affirment, par ailleurs, que la santé est un droit humain, qui doit être exercé sur un pied d'égalité par toute personne, sans distinction.

Parmi les textes fondateurs plus notables citons :

- La Constitution de **l'Organisation mondiale de la santé (OMS)**. Elle a été adoptée dans l'immédiat après-guerre, par la Conférence internationale de la Santé en 1946 et est entrée en vigueur en 1948 lors de la première assemblée mondiale de la santé. La constitution de l'OMS déclare que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ».

La définition de la santé de l'OMS (1946) est d'ailleurs toujours la référence sur laquelle les pays membres s'appuient pour définir leurs politiques de santé.

- **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 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.* »

- **La Charte d'Ottawa.** La charte a été reconnue, dès 1986, comme le texte fondateur de la promotion de la santé avec l'objectif de promouvoir **la santé pour tous notamment en** donnant aux personnes davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu – ou le groupe – doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins, évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La promotion de la santé y intègre également les déterminants de la santé et l'importance des environnements favorables à la santé comme composante indispensable.

La Charte d'Ottawa donne cinq axes de travail concrets qui ont été intégrées dans la réflexion présente :

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

La Charte rappelle avec justesse les préalables indispensables à la santé : l'individu doit pouvoir notamment se loger, accéder à 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 équitable. Il est indispensable de garder ces prérequis à l'esprit. .

Depuis 1986, une série de huit conférences mondiales sur la promotion de la santé a contribué à transformer la santé publique. La neuvième **conférence mondiale (Shanghai 2016)** 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 « **Health literacy** »

(ou littératie en santé) de la population. L'OMS en propose comme définition 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 maintienne une bonne santé* ».

En effet, en donnant aux individus une plus grande maîtrise de leur santé et de ses déterminants, on contribue à un avenir plus prospère, plus juste et plus durable⁸.

Ces objectifs rejoignent ceux qui du **Programme de développement durable à l'horizon 2030**, adopté en 2015 par les Nations Unies. L'OMS entend, en effet, exprimer son engagement en faveur de la santé pour tous, sur la base du lien inextricable entre la santé de la prochaine génération et la santé de la planète. Ce programme a une portée et une importance sans précédent : les objectifs du programme englobent les piliers économiques, environnementaux et sociaux du développement durable et mettent fortement l'accent sur l'équité, exprimée fréquemment sous la rhétorique « **ne laisser personne de côté** ». Le troisième objectif est intitulé : « **Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge** ». Le programme considère la santé comme un objectif en soi, mais aussi la santé et ses déterminants comme déterminant du développement durable et vice-versa.⁹

Citons par ailleurs les deux seuls instruments spécifiques de l'OMS de valeur contraignante mais qui ne comprennent néanmoins aucun mécanisme juridictionnel spécifique¹⁰ :

- La **Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac** (2003)¹¹, considérée comme une riposte à une menace mondiale ;
- La **version révisée du Règlement sanitaire international entré en vigueur en 2005**¹², base d'une législation sanitaire internationale adoptée par l'OMS, de valeur exécutoire¹³.

Il est également important de souligner le « *Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées* » et visant trois objectifs :

- éliminer les obstacles et améliorer l'accès aux services et aux programmes de santé ;

⁸ <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration-zero-draft-fr.pdf?ua=1&ua=1>

⁹ OMS, A69/15

¹⁰ Fiche AViQ RI interne : Cadre juridique et politique international et européen du plan wallon prévention et promotion de la santé

¹¹ <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42812/1/9242591017.pdf> La convention a été signée par la Belgique le 22/01/2004, ratifiée le 1/11/2005 et elle est entrée en vigueur en Belgique le 30/01/2006 (http://www.who.int/fctc/signatories_parties/fr/).

¹² <http://www.who.int/features/qa/39/fr/> Le RSI est entré en vigueur en Belgique au 15/06/2007 (http://www.who.int/ihr/legal_issues/states_parties/fr/)

¹³ Eric Mondielli, 2017.

- renforcer et développer les services d'adaptation, de réadaptation, d'aide technique, d'aide et de soutien ainsi que la réadaptation à base communautaire ;
- renforcer la collecte de données sur le handicap qui soient pertinentes et comparables au niveau international et soutenir la recherche sur le handicap et les services apparentés.

En effet, les personnes handicapées à l'instar de tout autre public en situation de fragilité nécessitent une attention particulière en matière de prévention et de promotion de la santé.

Au niveau de l'OCDE¹⁴, la Région wallonne participe et suit les travaux du « Health committee » qui fournit de l'aide sur différentes thématiques telles que la santé mentale, la résistance antimicrobienne, la qualité des soins de santé, les questions liées aux inégalités en matière de santé ou encore les métiers de la santé. Une des recommandations de l'OCDE vise à améliorer la récolte des indicateurs au niveau des besoins du patient et ce, afin de permettre d'effectuer une évaluation de la qualité des services de santé dans chaque pays.

b) Au niveau européen

Au niveau du Conseil de l'Europe, la Charte sociale européenne (ratifiée le 2 mars 2004)¹⁵ et, plus spécifiquement, son article 11 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. »

Au sein de l'OMS, les six comités régionaux (Afrique, Asie du Sud-Est, Europe, Amériques, Méditerranée orientale et Pacifique occidental) se réunissent chaque année pour définir leurs politiques régionales. En novembre 2006, la Belgique signait la **Charte européenne sur la lutte contre l'obésité à Istanbul**

En septembre 2012, lors la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, les 53 pays de la Région européenne ont approuvé un nouveau cadre politique pour la Région : **Santé 2020**. Il vise à soutenir les mesures pangouvernementales et pansociétales destinées à « *améliorer de*

¹⁴ <https://data.oecd.org/fr/resultatrecherche/?q=sante>

¹⁵ <https://www.coe.int/fr/web/turin-european-social-charter/signature-ratifications>

manière significative la santé et le bien-être des populations, réduire les inégalités de santé, renforcer la santé publique et mettre en place des systèmes de santé universels, équitables, durables, de qualité et axés sur la personne »¹⁶.

Il s'agit d'un cadre souple pour les politiques de santé dans tous les Etats Membres de la Région européenne qui permet aux décideurs politiques d'avoir un cadre de référence et des orientations stratégiques en matière de lutte contre les inégalités en santé et en matière d'amélioration de la santé de la population actuelle et future.

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 et d'une collaboration efficace et participative de la société.

L'objectif est d'atteindre le niveau de santé le plus élevé possible, quels que soient l'appartenance ethnique, le sexe, l'âge, le statut social ou les moyens financiers. Les Etats membres reconnaissent qu'agir sur les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé peut efficacement aplanir un grand nombre d'inégalités.¹⁷

Le Plan wallon de prévention et de promotion de la santé s'inscrit pleinement dans cette logique.

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. De nombreux efforts restent donc à fournir notamment en matière d'inégalités de santé. **En abordant ces questions de manière systématique et transversale, le Plan wallon de prévention et de promotion de la santé signe l'engagement de la Wallonie à lutter radicalement pour une meilleure santé pour tous.**

¹⁶ <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/87458/E89568.pdf

¹⁷ Santé 2020, cadre politique et stratégie

c) Au niveau national

Etant donné la répartition des compétences en matière de santé, des protocoles d'accord sont conclus entre l'Etat Fédéral et les entités fédérées afin de d'élaborer une politique préventive efficiente et cohérente entre ces entités.

A cet effet, la **Conférence Interministérielle Santé publique** est un véritable outil permettant la concrétisation de ces accords. Plus particulièrement, un « *protocole d'accord entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution en matière de prévention* » a été conclu le 21 mars 2016¹⁸.

Une politique de prévention organisée de manière efficace et fonctionnelle est de nature à promouvoir la santé de la population et contribue ainsi à la maîtrise des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé.

d) Au niveau régional

Avant la 6^{ème} réforme de l'Etat et les accords de la Sainte Emilie, la Communauté française était compétente pour cette matière et avait établi un **programme quinquennal** de promotion de la santé, d'abord de 1998-2003 puis de 2004-2008, ce dernier ayant été prolongé à plusieurs reprises depuis 2009. Ce programme quinquennal définissait des thématiques à prioriser pour les opérateurs, sans toutefois fixer un cadre défini avec des indicateurs de suivi.

Il faut donc saisir ce transfert de compétences pour se doter d'un outil de gestion et de suivi permanent de ce plan wallon afin de pouvoir le faire évoluer de manière pertinente, en fonction de l'évolution des besoins et de ses indicateurs ainsi que des résultats obtenus. Par ailleurs, la **Déclaration de Politique Régionale 2014-2019 « Oser, Innover, Rassembler**» précise les grandes lignes des politiques de santé à mettre en œuvre. Celle-ci insiste sur le lien entre la promotion/prévention et les soins de première ligne ainsi que sur l'importance d'agir sur les déterminants de santé et de structurer l'offre en matière de promotion/prévention sur une base territoriale et cohérente.

Celle-ci indique notamment d'une part, que « *Le Gouvernement veillera particulièrement à intégrer le rôle du médecin généraliste dans les politiques de prévention et de promotion de la santé, notamment par la promotion du dossier médical informatisé via le Réseau santé wallon* » et d'autre part, que « *pour permettre à tous de vivre en bonne santé, il faut d'abord agir sur les multiples*

¹⁸ Protocole d'accord du 21 mars 2016 entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution en matière de prévention.

déterminants de notre santé : l'alimentation, l'exercice physique, l'emploi, le logement, l'environnement, le soutien à la parentalité et à la prévention, etc. Pour y parvenir, le Gouvernement veillera notamment à :

- favoriser l'émergence de réseaux de promotion de la santé afin de disposer d'informations sur les initiatives prises localement et d'assurer une plus grande cohérence et une meilleure couverture du territoire ;
- assurer la complémentarité et la cohérence des politiques et dispositifs de promotion de la santé notamment entre les compétences régionales et communautaires ».

3. Identification des axes d'actions existants en matière de prévention et de promotion de la santé

a) Au niveau international

Suite à la dernière Assemblée mondiale qui s'est déroulée en mai 2016, la Belgique a signé avec l'OMS la « *Country Cooperation Strategy* ». Elle consiste en 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) ;
- Etat de préparation, de surveillance et de réponse dans des situations de crises sanitaires (plan générique de crise) ;
- Environnement et santé ;
- Maladies transmissibles (Infections Sexuellement Transmissibles, tuberculose, etc.).

En outre, il s'est instauré un *Policy dialogue* entre la Wallonie et l'OMS pour l'élaboration du plan. C'est dans ce cadre que les experts de l'OMS ont donné divers conseils méthodologiques, des exemples de bonnes pratiques et leur aval sur la première partie du plan qui a été présentée lors d'une réunion de travail en novembre 2016.

b) Au niveau national

Le Protocole d'accord prévention¹⁹ mentionné précédemment tient compte des préoccupations suivantes : la continuité des soins, la promotion de la participation de tous les groupes de population aux programmes de prévention, la réduction des inégalités de santé et la santé dans toutes les politiques (HiAP).

¹⁹Protocole d'accord du 21 mars 2016 entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution en matière de prévention.

Les priorités issues du Protocole sont les suivantes :

- Rester en bonne santé : nutrition, tabac, alcool, drogues et psychotropes, assuétudes aux jeux, santé sexuelle, santé bucco-dentaire et prévention du suicide ;
- Vaccination et maladies infectieuses : notamment hépatite C et tuberculose ;
- Programmes de dépistage : dépistage des nouveau-nés, cancer du col de l'utérus, cancer du sein et cancer colorectal.

c) Au niveau régional

Avant le transfert de compétences, le Gouvernement de la Communauté française avait arrêté un programme quinquennal de promotion de la santé qui définissait les priorités, ainsi que la politique de médecine préventive envisagée dans ses aspects collectifs.

Les thématiques prioritaires retenues dans le dernier programme quinquennal de promotion de la santé étaient les suivantes :

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

Suite au transfert de compétences, la Wallonie est devenue responsable également de l'organisation de la 1^{ère} ligne de soins, de la politique de la personne âgée, de la réforme des soins en santé mentale pour adultes et enfants et adolescents, Elle collabore également avec le Fédéral pour les projets-pilotes pour les soins intégrés pour les maladies chroniques. Toutes ces compétences réunies offre l'occasion d'avoir une vision continue et cohérente de la santé. Par ailleurs en dehors du champ de la santé, d'autres compétences régionales auront un impact sur les déterminants de la santé, telles que l'agriculture, l'action sociale, l'économie, le logement, l'environnement, etc...

4. Définition des concepts en prévention et promotion de la santé

Dès 1948, l'OMS définit la santé non seulement comme « *l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi comme un état de complet bien-être physique, mental, social* ».

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

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

Le Décret de promotion de la santé de 1997 définit également **le concept de médecine préventive** comme étant « les méthodes de prévention conformes aux dispositions légales régissant l'exercice des soins de santé et les modalités d'organisation des services de santé, pour contribuer à éviter les affections morbides ou pour découvrir le plus rapidement possible, dans la population, ceux de ses membres qui sont réceptifs ou atteints d'une de ces affections, dont l'existence constitue un risque de détérioration grave pour l'état de santé du malade lui-même, parfois aussi un risque de propagation de la maladie à l'entourage du malade, et enfin souvent un risque de dégradation de la situation matérielle et sociale du malade et de sa famille » (Article 1er). Cependant, cette définition sera révisée lors de la rédaction du nouveau décret promotion de santé et ce, afin d'affiner ce concept.

Le domaine de prévention recouvre différents types d'action selon le moment de l'histoire de la maladie où elles interviennent :

1. Avant l'apparition de la maladie : la « prévention primaire »

La prévention primaire est l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les comportements de santé et ses déterminants.

2. Au tout début de la maladie : la « prévention secondaire »

Le but de la prévention secondaire est de diminuer le développement des maladies par des actions au niveau individuel ou populationnel. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. Dans cette optique, le dépistage – dans la mesure où il permet de détecter une pathologie ou la présence de facteur de risque – trouve toute sa place au cœur de la prévention secondaire.

3. Une fois la maladie installée : la « prévention tertiaire »

Enfin, l'OMS envisage la « prévention tertiaire » qui intervient à un stade où il importe de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population » et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. En d'autres termes, il s'agit d'amoindrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Par ailleurs, la prévention tertiaire vise la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique.

4. La prévention quaternaire

La prévention quaternaire constitue quant à elle la prévention de la médecine non nécessaire ou la prévention de la surmédicalisation et vise à empêcher l'excès d'intervention médicale. Il s'agit d'établir le principe « primum non nocere », davantage dédié à l'exercice médical.

5. Exemple d'efficacité de politique volontariste en matière de prévention : la Carélie du Nord

Au début des années 1970, le taux de mortalité par maladie coronarienne² en Finlande était le plus élevé au monde et la Carélie du Nord était la région la plus affectée du pays. Dans toutes les familles de la région, des hommes dans la force de l'âge et physiquement actifs mouraient prématurément. Le projet de la Carélie du Nord avait pour objectif de renverser la situation en modifiant les habitudes de vie de sa population. Objectif qui fut atteint avec succès : en 35 ans, les décès par maladie coronarienne ont chuté de 85% dans la population de la Carélie du Nord. Aujourd'hui encore, le projet fait figure de modèle en promotion des saines habitudes de vie. Même en tenant compte d'autres facteurs favorables à cette tendance, notamment l'amélioration des traitements, on attribue la plus grande partie de ce résultat aux investissements en prévention initiés en Carélie du Nord au début des années 1970

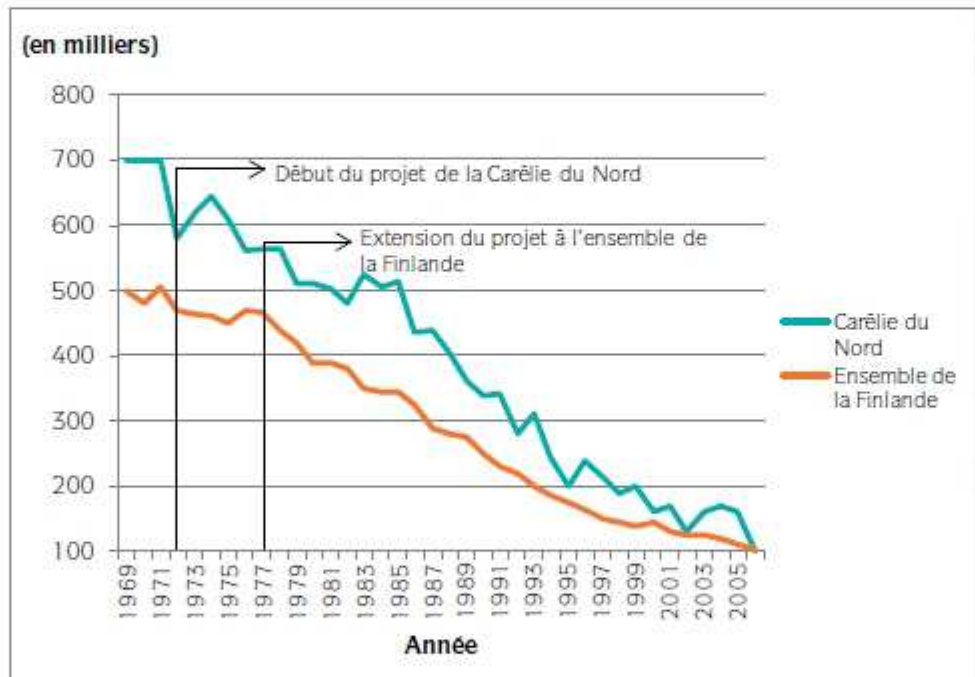


Figure 3 Baisse du taux de mortalité* par maladie coronarienne chez les hommes de 35 à 64 ans, de 1969 à 2006, en Carélie du Nord et dans l'ensemble de la Finlande

*Mortalités par 100 000 personnes ; ajusté pour l'âge selon la population européenne.
Adapté de Puska, Torppa et Salomaa, 2009⁽⁹⁾.

II. Contexte épidémiologique en Wallonie

L'analyse des contextes institutionnel et épidémiologique relatifs aux principales données en termes de mortalité et de morbidité en Wallonie permet d'identifier des problématiques de santé prioritaires pour la Wallonie.

La Wallonie présente les caractéristiques habituelles des pays de l'Europe des 15, notamment le contraste des zones plus favorisées et d'autres moins et une population vieillissante. En outre, la Wallonie est différente des deux autres régions du pays : la Flandre a une population plus âgée et plus riche tandis que Bruxelles est duale avec une population en moyenne plus jeune.

1) Description de la population

La Wallonie comptait au 1^{er} janvier 2016 3.602.216 habitants (dont 51% de femmes).

La population est répartie sur 5 provinces de taille différente (de 280.000 à 1.377.000 habitants), 20 arrondissements et 269 communes. A côté des deux grands pôles urbains que sont Liège et Charleroi, la Wallonie compte 7 villes de plus de 50.000 habitants, toutes situées le long de l'ancien sillon industriel qui traverse la Wallonie. 54% de la population est urbaine, soit une légère baisse depuis les années 80.

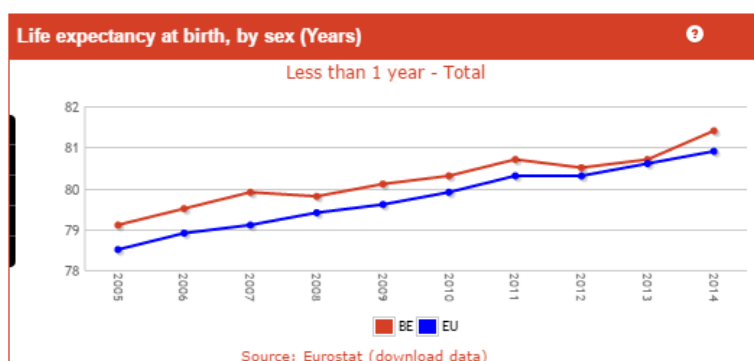
La Wallonie compte des régions rurales voire très rurales, avec une densité de population descendant parfois jusqu'à moins de 30 habitants par km². La moyenne en 2015 en Belgique étant de 365 habitants au km² et en Wallonie de 213 habitants par km².

En Wallonie, l'âge moyen est de 40,9 ans (2015). 17,5% des personnes ont 65 ans et plus et l'indice de vieillissement 65+/-20 ans) est de 0,73 (en 2014) contre 0,79 pour la Belgique entière. La Wallonie compte 11,% de familles monoparentales (pour 9,7% en Belgique). La taille moyenne des ménages est de 2,3 personnes. 35,2% des habitants wallons sont des personnes isolées. La proportion de ménages d'isolés a augmenté de plus de 40% en 25 ans, de 1990 à 2015.

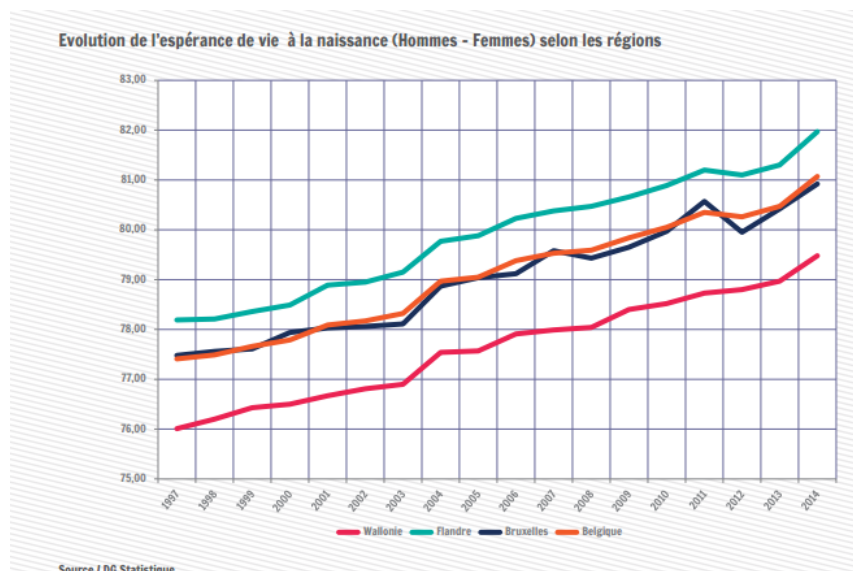
Il y a chaque année en Wallonie environ 40.000 naissances et autant de décès. L'indice conjoncturel de fécondité est de 1.74 (sous la limite nécessaire pour un renouvellement démographique équilibré).

2) L'espérance de vie à la naissance et à 65 ans

En Belgique, l'espérance de vie à la naissance²⁰ n'a cessé d'augmenter depuis la fin du 19^{ème} siècle grâce d'abord à l'amélioration des conditions d'hygiène et grâce aux progrès en matière de soins de santé. En 2015, l'espérance de vie à la naissance était de **81 ans**²¹.



Néanmoins, des disparités existent entre les régions. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance est **moins bonne en Wallonie (79 ans en 2015) qu'en Région bruxelloise (81 ans) ou en Flandre (82 ans)**. Cet écart entre la Wallonie et le reste de la Belgique tend à augmenter légèrement depuis la fin des années 1990²².



²⁰ L'espérance de vie à la naissance dans une population représente la durée de vie moyenne (donc l'âge moyen au décès) d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de la période. L'espérance de vie à un âge donné représente le nombre moyen d'années restant à vivre

²¹ http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/deces_mort_esp_vie/tables/

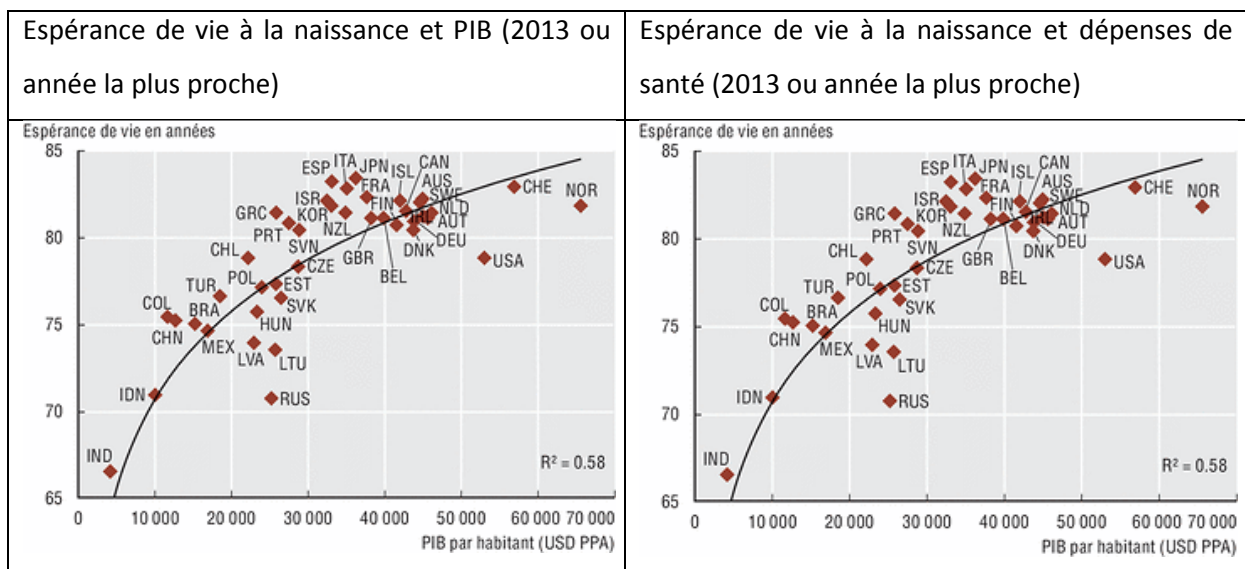
²² IWEPS, « Les chiffres-clés de la Wallonie », édition 2016

Des disparités existent aussi entre les hommes et les femmes. En effet, en 2015, les wallonnes peuvent espérer vivre 5 années de plus que les hommes, soit 82 ans contre 77 ans.²³ Toutefois, la différence entre les espérances de vie à la naissance des hommes et des femmes tend à se réduire ces dernières années : nous sommes passés de près de 7 ans de différence en 1997 à 5 ans en 2015.

A ce niveau, les arrondissements de Mons, Charleroi et Philippeville ont l'espérance de vie la plus basse de Wallonie (autrement dit, là où on peut s'attendre à vivre le moins longtemps).²⁴

L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est, en Wallonie de 11 ans pour les femmes et de 10 ans pour les hommes alors qu'en Belgique, elle est de 12 ans pour les femmes et de 11 ans pour les hommes. Bien que les femmes atteignent un âge plus avancé que les hommes, elles ne restent pas beaucoup plus longtemps en bonne santé.²⁵

Espérance de vie dans les pays de l'OCDE



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

Globalement dans les pays de l'OCDE l'espérance de vie est proportionnelle au PIB et à la part de celui-ci consacré aux soins de santé.

²³ www.statbel.fgov.be

²⁴ IWEPS, « Les chiffres-clés de la Wallonie », n°13, 2013

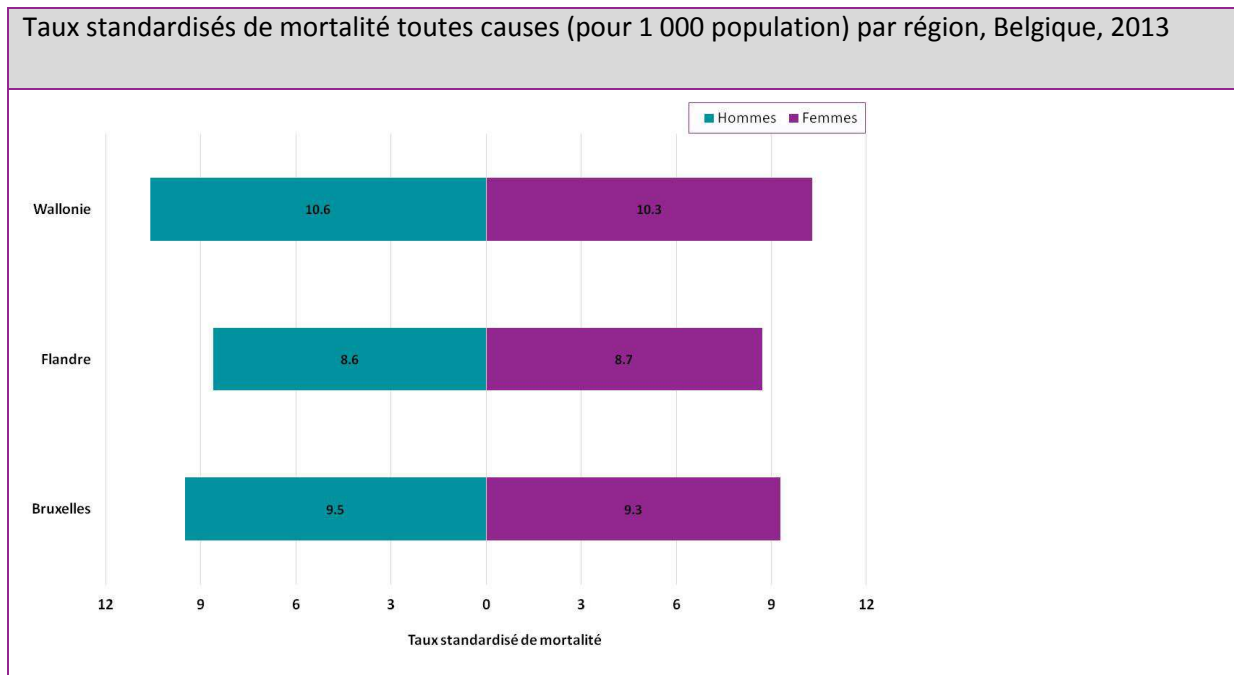
²⁵ KCE Report 259B (2016) (p. 51-52)

3) La mortalité, les causes de décès et la mortalité prématurée

La mortalité

D'après l'Observatoire wallon de la Santé, en 2013, 18 449 hommes et 19 827 femmes sont décédés en Wallonie ce qui correspond à un taux brut de mortalité de près de 11 ‰ pour les hommes et pour les femmes. Ces taux sont plus élevés que dans les 2 autres régions du pays (Flandre : 10 ‰ pour les hommes et 9 ‰ pour les femmes - Bruxelles : 8 ‰ pour les hommes et 9 ‰ pour les femmes).

Après standardisation, la mortalité est toujours plus élevée en Wallonie que dans les autres régions. Les écarts avec la Flandre s'accroissent car la standardisation a permis de gommer les différences dues au fait que la population flamande est plus âgée que la population wallonne.

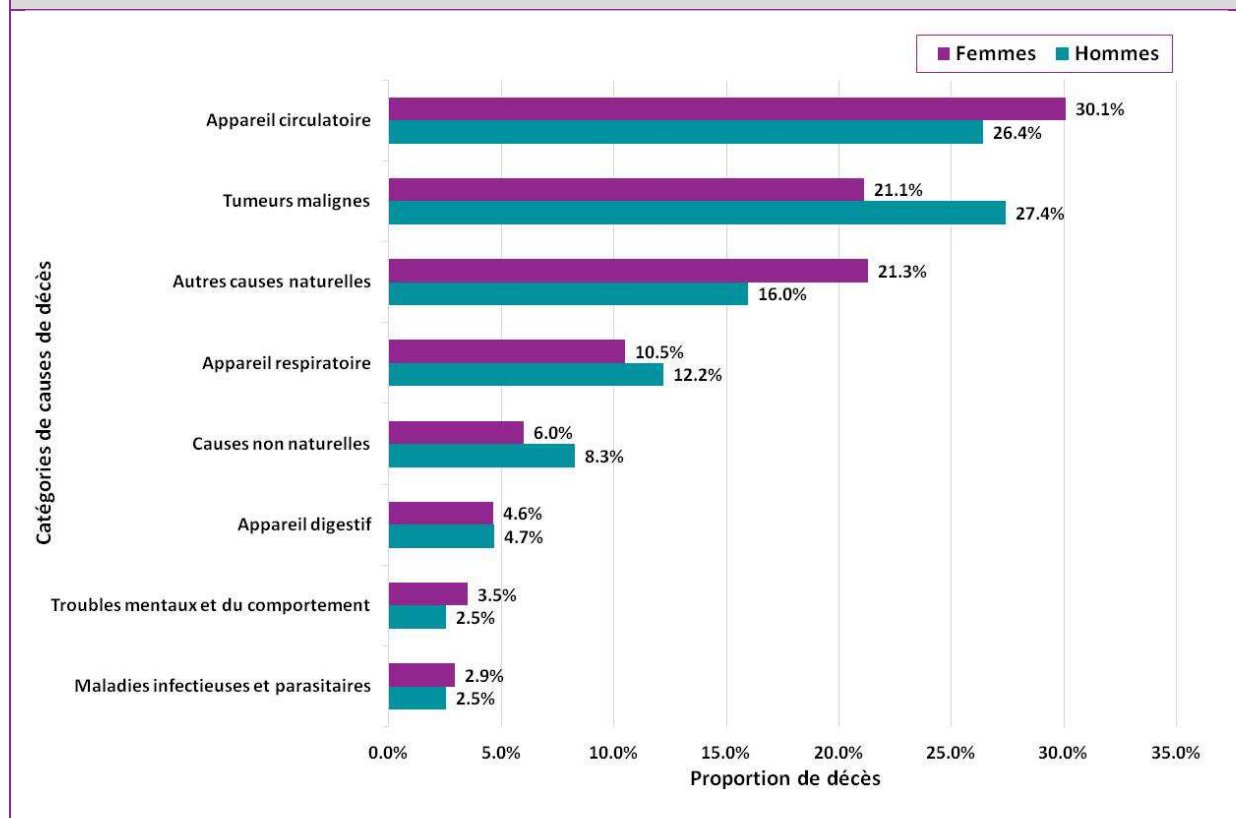


Source : Statistics Belgium. Calculs OWS

Les principales causes de décès en Wallonie

Les maladies de l'appareil circulatoire sont une des principales causes de décès en Wallonie. En 2013, c'était la première cause de mortalité chez les femmes (30%) et la seconde cause chez les hommes (26%) après les tumeurs malignes (27%). Les causes non naturelles (accidents, suicides, homicides, etc.) représentent 7% des causes de décès.

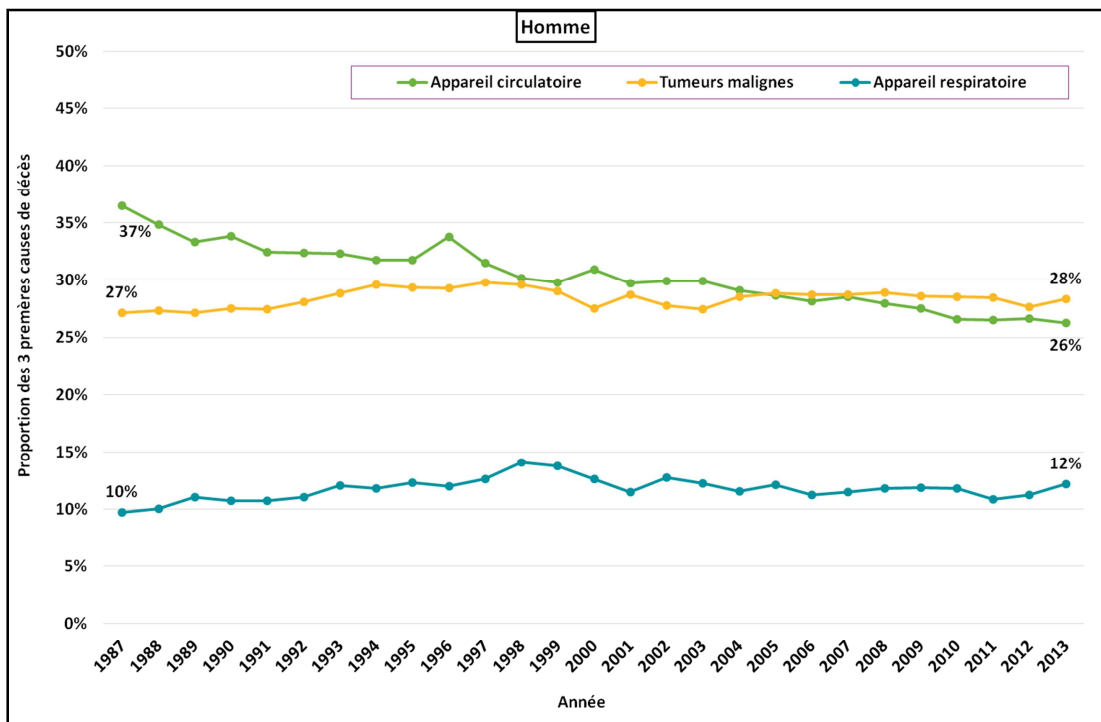
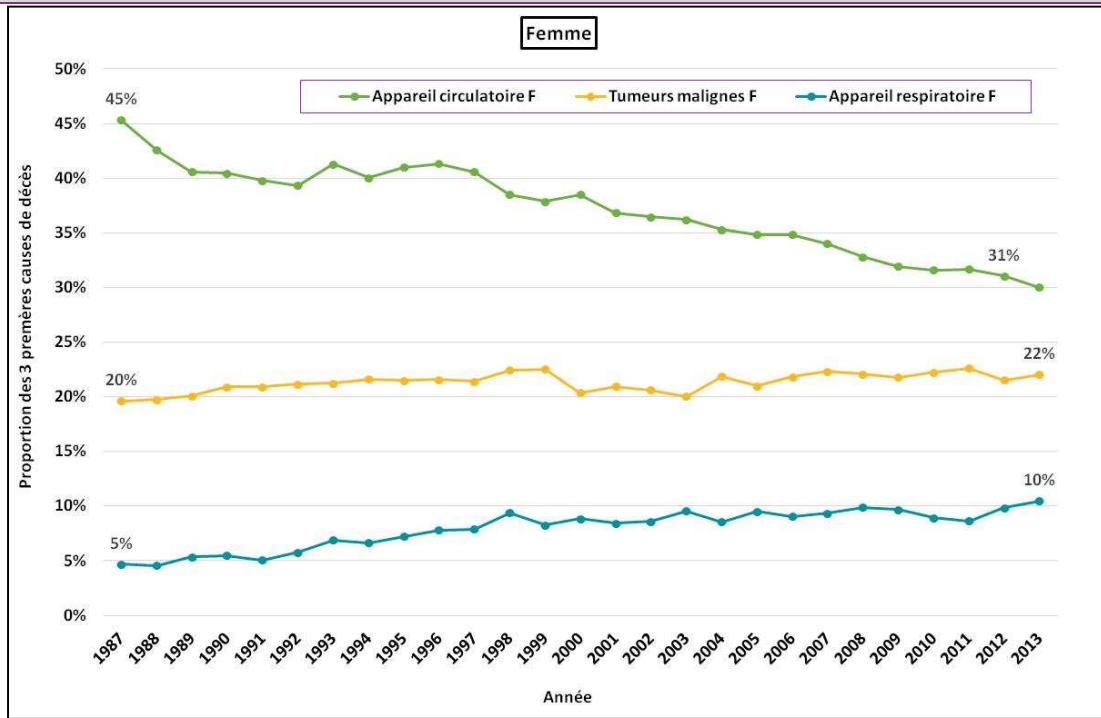
Proportion de décès selon les catégories de causes de décès par sexe, Wallonie, 2013



Source : Statistics Belgium. Calculs OWS

En presque 30 ans, la part des décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire ont diminué de 14 points chez les femmes (45% des causes de décès en 1987 et 31% en 2013) et de 11 points chez les hommes (37% en 1987 et 26% en 2013). Chez les hommes, depuis 2008, les tumeurs malignes sont la première cause de mortalité et non plus les maladies cardiovasculaires. Chez les femmes, la proportion de décès liés à des maladies de l'appareil respiratoire a doublé depuis 1987.

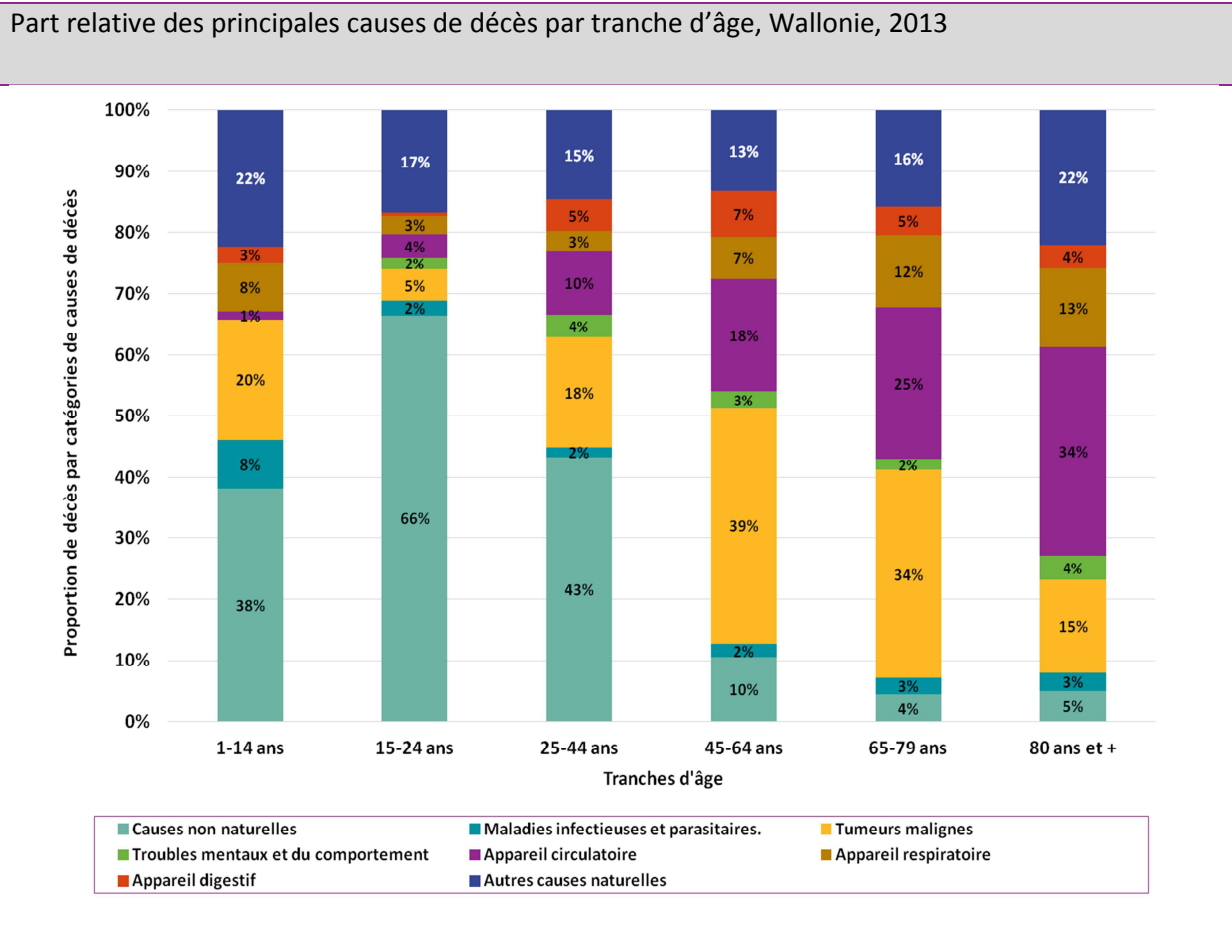
Part des trois premières causes de décès selon le sexe, Wallonie, 1987-2013



Source : Statistics Belgium.Calculs OWS

La majorité des décès surviennent après 65 ans (75% des décès chez les hommes et 87% des décès chez les femmes). La mortalité par cause dans la population générale est donc fortement influencée par les causes de décès après 65 ans.

Les causes de décès varient selon l'âge :



Source : Statistics Belgium. Calculs OWS

Les décès dans la tranche d'âge des 1-14 ans (76 décès) sont principalement dus à des causes non naturelles (36%) et à des tumeurs malignes (20%). Parmi les causes non naturelles, près des trois quarts (72%) sont des accidents (dont près de la moitié sont des accidents de la circulation). Parmi les tumeurs malignes, près de la moitié (48%) sont des tumeurs des tissus lymphatiques et hématopoïétiques (comme les leucémies et les lymphomes).

Dans la tranche d'âge des 15-24 ans (173 décès), 66% des décès sont dus à des causes non naturelles dont 49% sont dus à des accidents de la circulation et un peu plus d'un quart sont dus à des suicides (26%).

Chez les 25-44 ans (1 012 décès), **les causes non naturelles représentent 43%** des causes de décès (un quart sont dus à des accidents de la circulation et presque la moitié à des suicides). **Les causes naturelles de décès principales sont les tumeurs malignes** (18% des causes de décès) et **les maladies de l'appareil circulatoire** (10% des causes de décès dont un tiers dus à des cardiopathies ischémiques).

Chez les 45-64 ans (6 020 décès), **les principales causes de décès sont les tumeurs malignes** (39% des décès dont un peu plus d'un tiers sont des tumeurs de l'appareil respiratoire) **et les maladies de l'appareil circulatoire** (18% des décès dont deux cinquièmes sont des cardiopathies ischémiques). **Les causes non naturelles représentent 10% des décès** (près de la moitié sont dus à un suicide).

Chez les 65-79 ans (10 396 décès) les principales causes de décès sont également les tumeurs malignes (34%) et les maladies de l'appareil circulatoire (25%). Viennent ensuite les maladies de l'appareil respiratoire (12% dont un peu plus de la moitié sont des maladies pulmonaires chroniques obstructives).

Chez les personnes de 80 ans et plus (20 452 décès) les principales causes de décès sont les maladies de l'appareil circulatoire (34%), les tumeurs malignes (15%) et les maladies de l'appareil respiratoire (13%). **Les morts non naturelles représentent 5% des décès** (deux cinquième de ces décès accidentels sont dus à des chutes accidentelles et 5% à des suicides).

Dans la catégorie « autres causes », se retrouvent les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques ; les maladies du sang et des organes hématopoïétiques; certains troubles du système immunitaire (sauf les cancers) ; les maladies du système nerveux ; les maladies de la peau ; les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif ; les maladies de l'appareil génito-urinaire ; les pathologies liées à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum et enfin les malformations congénitales.

La mortalité prématurée en Wallonie

La mortalité prématurée se définit comme l'ensemble des décès survenant avant 65 ans.

Une partie de cette mortalité prématurée s'avère « évitable » : en effet, la moitié des décès survenant avant 65 ans est due à des causes dont la maîtrise ne nécessite généralement ni connaissance médicale supplémentaire, ni équipement nouveau.

Le poids de la mortalité évitable dans la mortalité prématurée est comparable pour les hommes et les femmes.

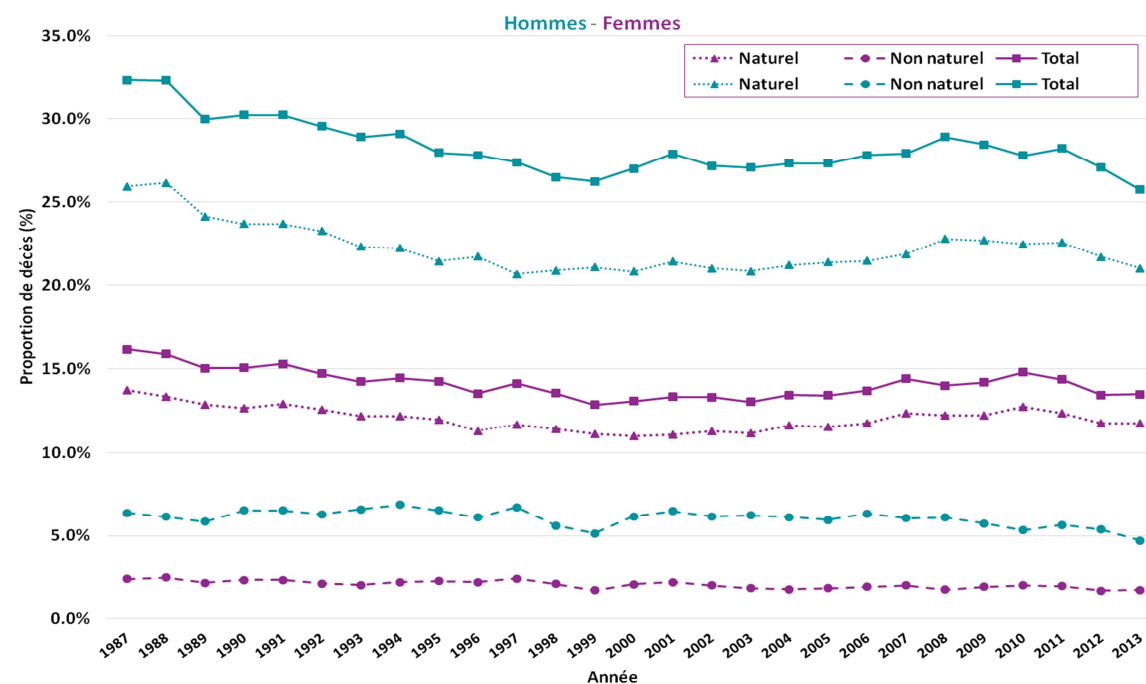
Parmi les décès prématurés évitables, il est possible de distinguer deux catégories selon le type d'action qui serait le plus efficace pour les prévenir :

- le premier porte sur la modification de certains comportements individuels, en particulier le tabagisme, l'alcool et l'alimentation déséquilibrée.
- la seconde concerne l'amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins, en particulier la prévention de certaines pathologies par le biais du dépistage.

En Wallonie, en 2013, la mortalité prématurée représentait 19% des décès soit 7 424 décès. La situation est différente pour les hommes et pour les femmes. Chez les hommes, 26% des décès sont prématurés. Parmi ces décès, 81% sont dus à des causes naturelles et 19% à des causes non naturelles. Chez les femmes, 13% des décès sont prématurés, 87% de ces décès sont dus à des causes naturelles et 13% à des causes non naturelles.

On observe une diminution de la part des décès prématurés plus marquée chez les hommes (- 6 points entre 1987 et 2013) que chez les femmes (-3 points entre 1987 et 2013) et cette diminution est surtout due essentiellement à la baisse de la part des décès prématurés naturels.

Proportion de décès prématurés par sexe et par causes de décès, Wallonie, 1987-2013



Source: Statistics Belgium. Calculs OWS

Chez les femmes, près de 40% des décès survenant avant 65 ans sont attribuables à un cancer soit un peu plus de 1.000 décès par an en moyenne sur la période 2011-2013. Les deux premiers cancers responsables de ces décès prématurés sont **le cancer du poumon** (10% des décès prématurés) **et le cancer du sein** (9% des décès prématurés). Le cancer du poumon est devenu le premier cancer cause de décès prématuré chez les femmes, alors que pour la période 2004-2009, c'était encore le cancer du sein qui tenait cette première place. **Chez les hommes**, les cancers représentent près de 30% des décès prématurés, soit près de 1 500 décès par an en moyenne, **le cancer du poumon** est le cancer le plus fréquemment lié à ces décès (10% des décès prématurés).

Les maladies de l'appareil circulatoire sont la seconde cause de décès prématurés chez les femmes (14% des décès prématurés) **et la troisième chez les hommes** (18% des décès prématurés). Dans les deux sexes, la première cause de décès dans cette catégorie sont les cardiopathies ischémiques (4% des décès prématurés chez les femmes et 8% chez les hommes).

Les causes non naturelles sont responsables de 13% des décès avant 65 ans chez les femmes et de 19% chez les hommes. **Dans cette catégorie, les suicides sont la première cause de décès prématurés (7% des décès prématurés chez les femmes et 10% chez les hommes).**

Chez les Wallons âgés 25 à 44 ans, le suicide est la 1^e cause de mortalité chez les hommes et la 2^e chez les femmes. Chez ceux âgés de 15 à 24 ans, il est la 2^e cause de mortalité chez les hommes et la 3^e chez les femmes. En 2013, le taux de mortalité par suicide en Wallonie était de 20 décès pour 100.000 habitants²⁶. Ce taux est plus élevé que la moyenne belge (17/100.000 en 2013)²⁷ ou européenne (14/100.000 en 2012). Il est plus élevé que dans les pays voisins (sur 100.000 habitants en 2012) : France (16), Allemagne (13), Luxembourg (11) et Pays-Bas (10)²⁸.

En Wallonie, le taux de mortalité par suicide a pourtant baissé entre 1987 et 2013, surtout chez les hommes où il est passé de 42 à 31 décès pour 100.000 habitants. Chez les femmes, la diminution est moins spectaculaire passant de 14 à 11 décès pour 100.000 habitants. Par contre, chez les 50-54 ans, le taux de suicide a nettement augmenté passant de 28 à 37 décès pour 100.000 habitants entre 1991 et 2013. Ces deux évolutions se retrouvent dans l'ensemble de l'Union européenne : une baisse globale du taux de suicide entre 2000 et 2010 mais une augmentation chez les 50-54 ans²⁹.

Les décès liés à l'alcool représentent 5% des décès prématurés chez les femmes et 7% chez les hommes, soit en moyenne 140 décès par an chez les femmes et 350 chez les hommes.

²⁶ Wallonie Santé "Indicateurs de la santé mentale" conçu par l'Observatoire Wallon de la Santé en 2016.

²⁷ Chiffres obtenus sur le site de l'ISP : <https://spma.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>

²⁸ Chiffres obtenus sur le site de l'OMS : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

²⁹ Wallonie Santé "Indicateurs de la santé mentale" conçu par l'Observatoire Wallon de la Santé en 2016.

Dix premières causes de mortalité prématurée et proportion de ces causes au sein des décès prématurés pour les femmes et les hommes, Wallonie, 2011-2013

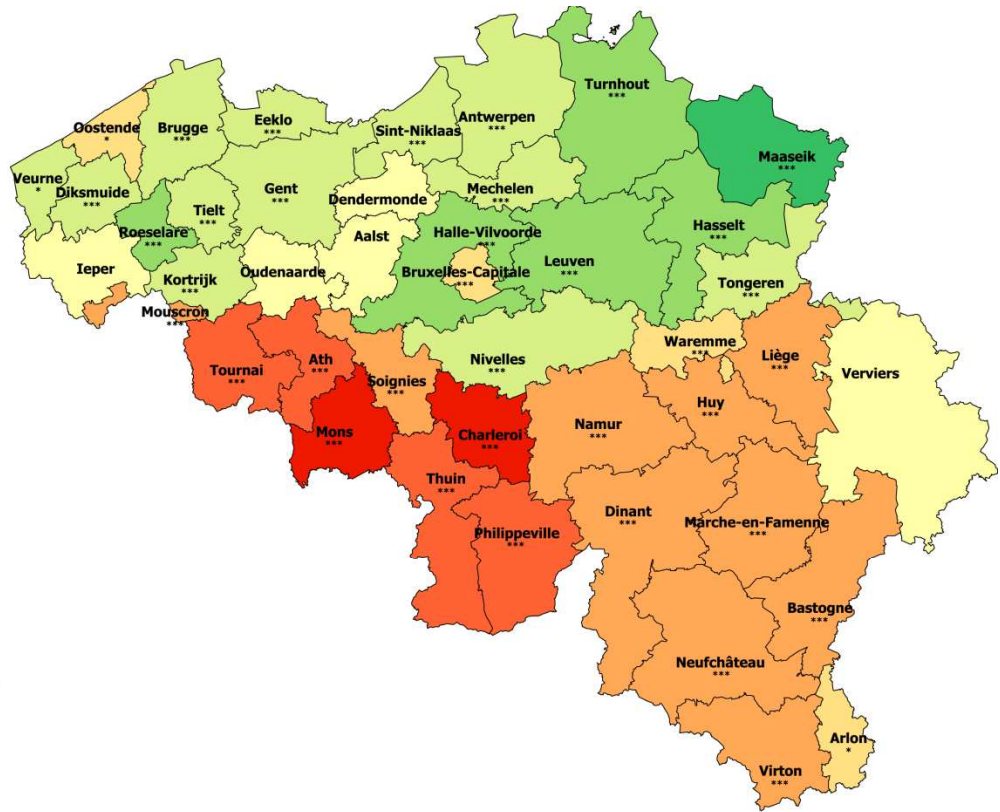
Femmes (N=8049)	Nbre de décès	%	Hommes (N=14 957)	Nbre de décès	%
Cancers	3 197	39.7	Cancers	4 470	29.9
Appareil circulatoire	1 142	14.2	Appareil circulatoire	2 678	17.9
Causes extérieures (non naturelles)	1 064	13.2	Causes extérieures (non naturelles)	2 908	19.4
Appareil respiratoire	501	6.2	Utilisation de substances psycho-actives	1 102	7.4
Utilisation de substances psycho-actives	434	5.4	Appareil respiratoire	852	5.7
Système nerveux et Organes des sens	240	3.0	Appareil digestif	385	2.6
Appareil digestif	198	2.5	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	336	2.2
Maladies infectieuses et parasitaires	194	2.4	Système nerveux et Organes des sens	335	2.2
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	186	2.3	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	296	2.0
Mortalité périnatale	96	1.2	Mortalité périnatale	119	0.8

Source : Statistics Belgium. Calculs OWS

Il existe aussi de grandes disparités entre les régions concernant la mortalité prématurée. Comme l'indiquent les cartes suivantes, les écarts de santé entre les régions sont importants. Ceux-ci ont augmenté depuis les dernières décennies pour les deux sexes³⁰.

³⁰ Renard F, Tafforeau J, Deboosere P « *mapping the cause-specific premature mortality reveals large between-districts disparity in Belgium, 2003-2009* » in Archives of Public Health, 2015.

a



b

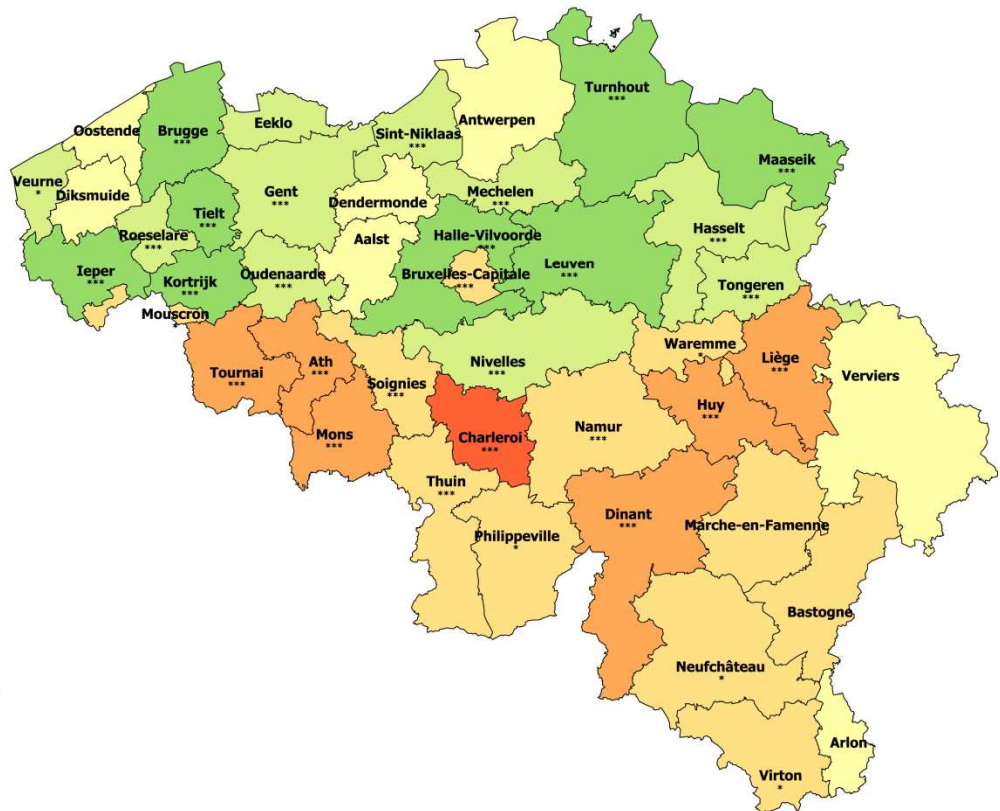


Figure 1 All causes premature mortality (1-74 years) by district, Belgium 2003-2009. a: Men b: Women.

La carte³¹ ci-dessous illustre les disparités existantes entre les différentes régions du pays. Entre 2003 et 2009, les taux de mortalité prématurée liés à l'alcool chez les hommes sont, en général, plus élevés en Wallonie qu'en Flandre. La situation la plus défavorable se situant dans la province du Hainaut.

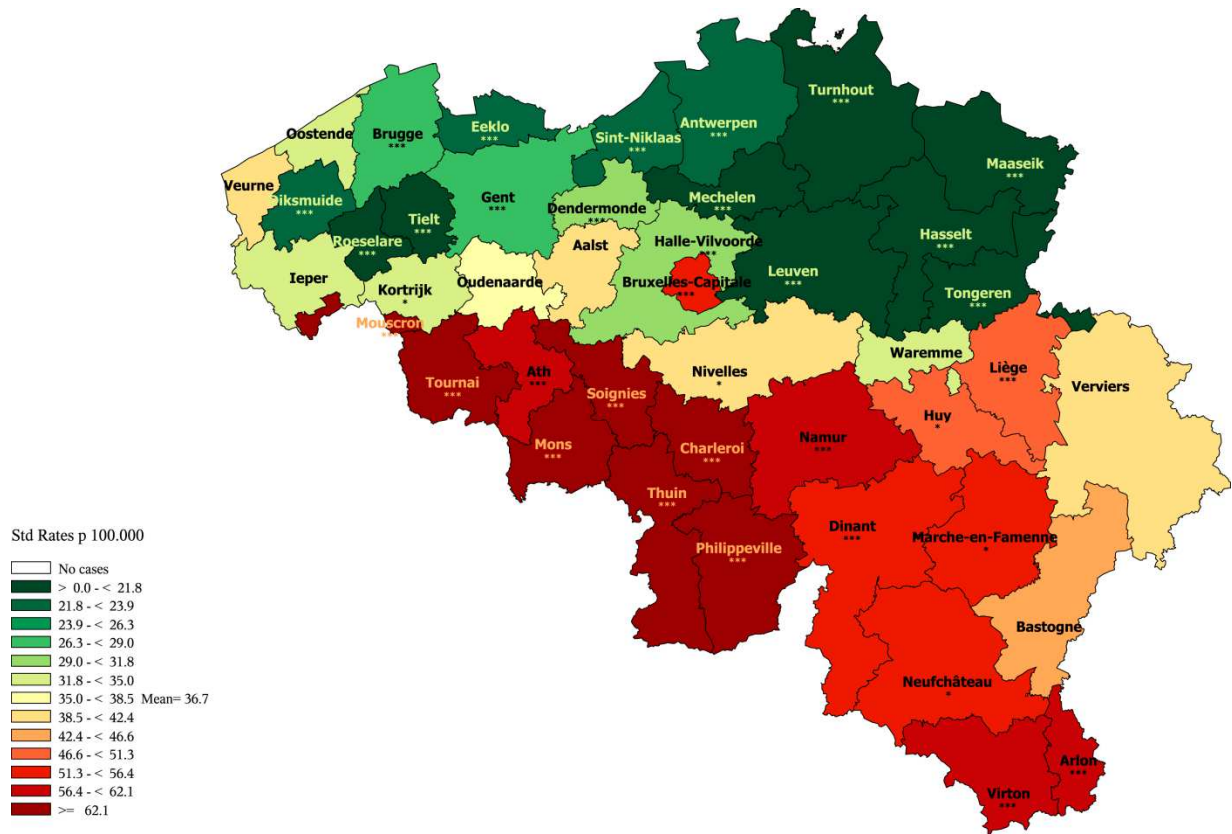
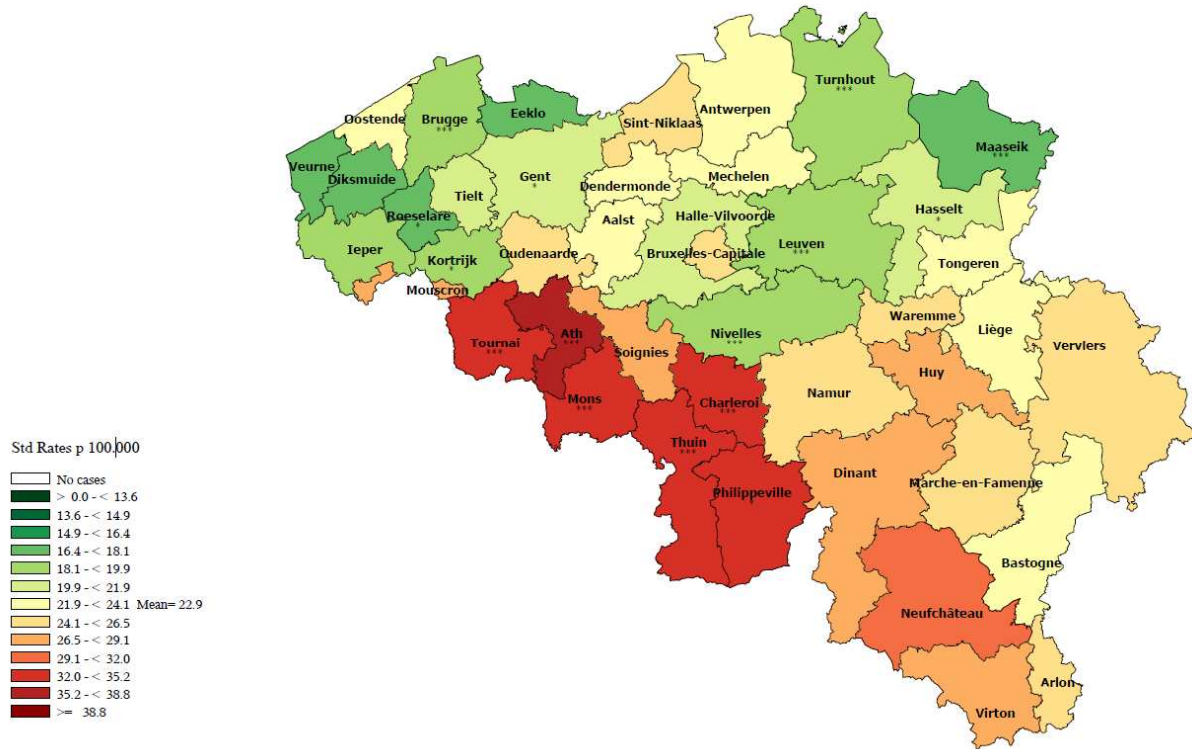


Figure 6 Alcohol-related premature mortality by district in men (1-74 years), Belgium 2003-2009.

³¹ Renard F, Tafforeau J, Deboosere P « mapping the cause-specific premature mortality reveals large between-districts disparity in Belgium, 2003-2009 » in Archives of Public Health, 2015.

La mortalité prématurée par maladies cérébro-vasculaires chez les hommes est également plus élevée en Wallonie qu'en Flandre comme l'indique la carte ci-dessous³² (données 2003 à 2009).

Cerebrovasc.dis.&Hypertension Premature Mortality in Men (1-74 yr), Belgium 2003-2009
Age-Adjusted Mortality Rates (Std: Belgian population 2000)



³² Renard F, Tafforeau J, Deboosere P « mapping the cause-specific premature mortality reveals large between-districts disparity in Belgium, 2003-2009 » in Archives of Public Health, 2015.

Tant pour les hommes que pour les femmes, la mortalité prématurée par cancer pulmonaire est plus élevée en Wallonie qu'en Flandre entre 2003 et 2009³³.

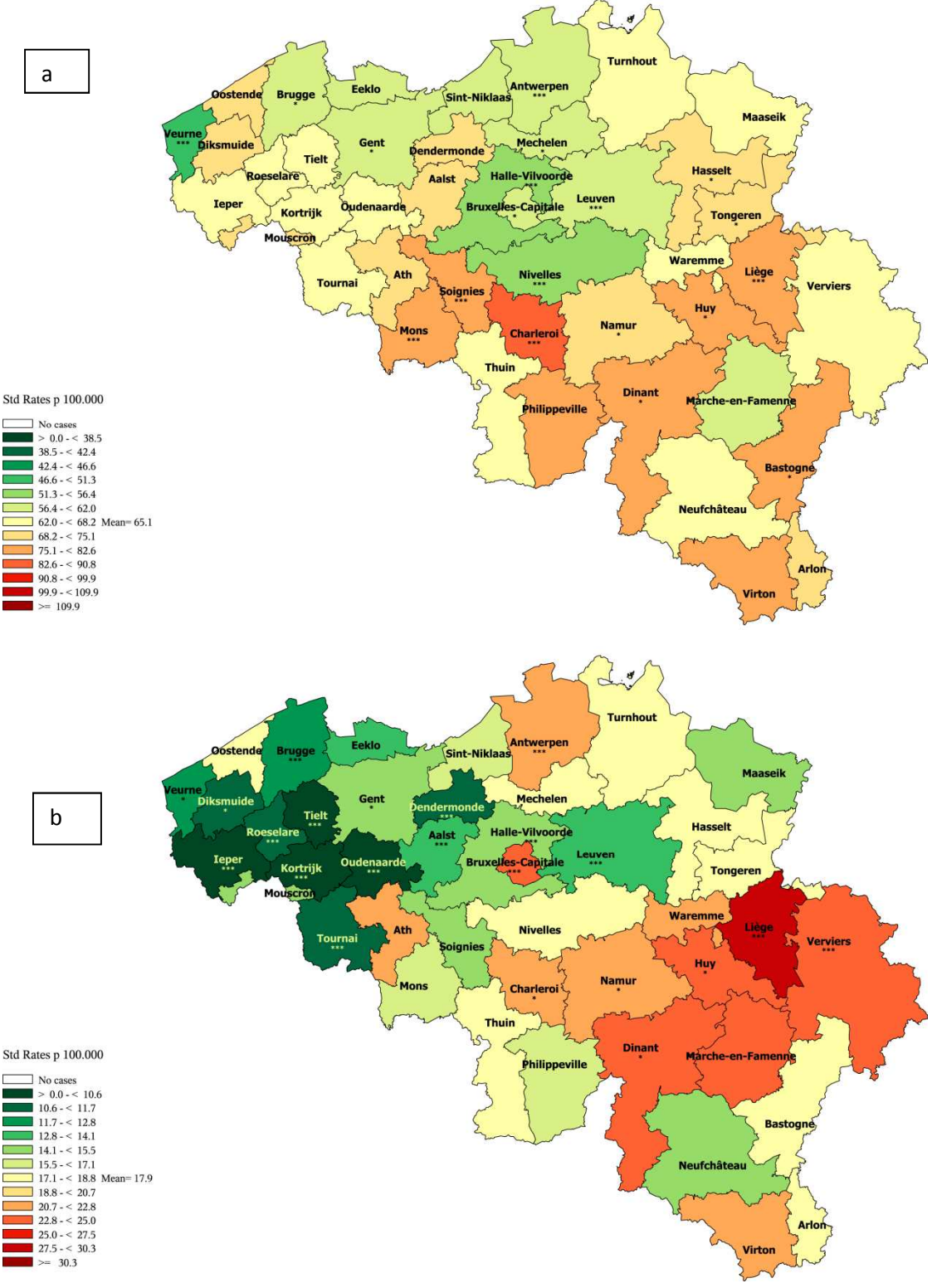


Figure 3 Lung cancer premature mortality (1-74 year) by district, Belgium 2003-2009. a: Men b: Women.

³³ Renard F, Tafforeau J, Deboosere P « mapping the cause-specific premature mortality reveals large between-districts disparity in Belgium, 2003-2009 » in Archives of Public Health, 2015.

Le diabète, autre cause importante de mortalité prématurée montre également un gradient géographique. La province du Hainaut, ainsi que le district de Bastogne sont les plus défavorisés en termes de mortalité prématurée par diabète sucré. Les disparités régionales sont également marquées pour cette pathologie³⁴.

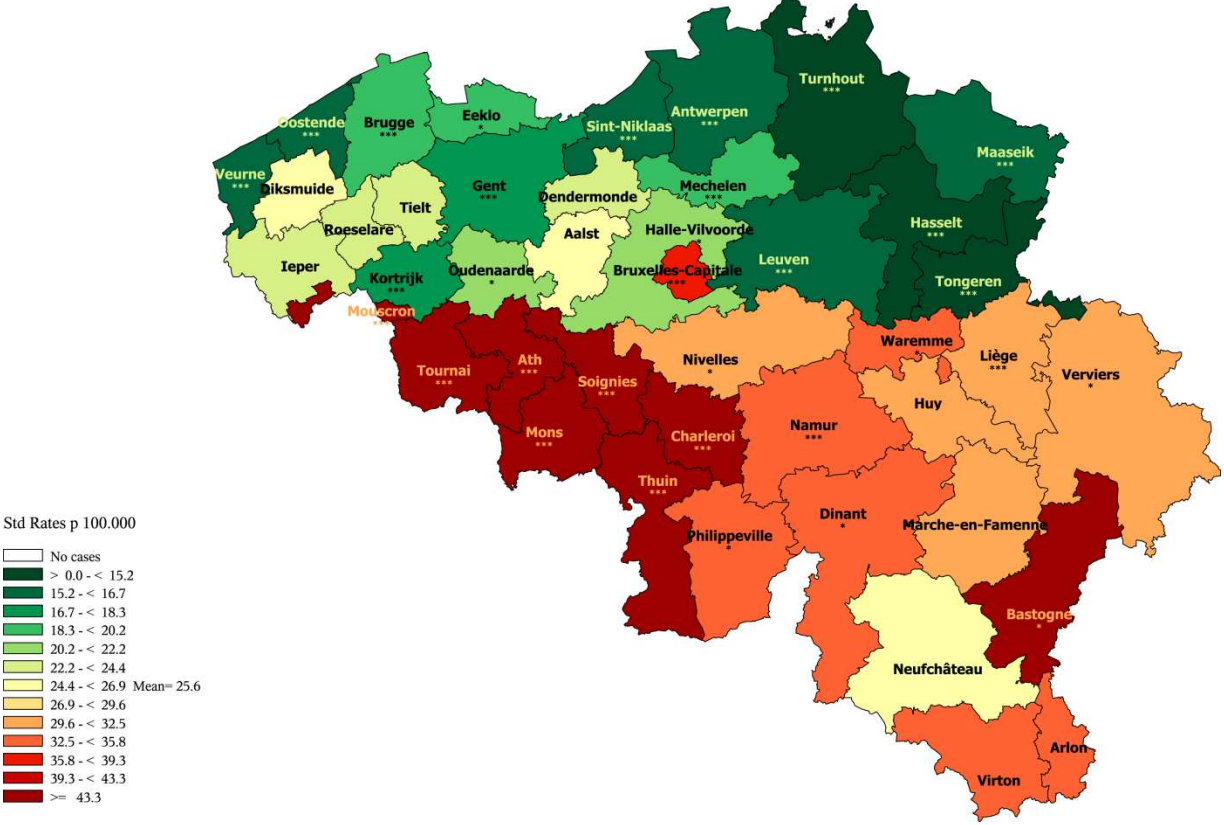


Figure 5 Diabetes mellitus premature mortality by district in men (1-74 years), Belgium 2003-2009.

³⁴ Renard F, Tafforeau J, Deboosere P « mapping the cause-specific premature mortality reveals large between-districts disparity in Belgium, 2003-2009 » in Archives of Public Health, 2015.

En termes d'années de vie perdues (years of life lost - YLL), c'est-à-dire le nombre d'années d'espérance de vie perdues du fait d'un décès prématuré, les cardiopathies ischémiques, le cancer du poumon et les maladies cérébro-vasculaires occupent les trois premières positions entre 1990 et 2013.

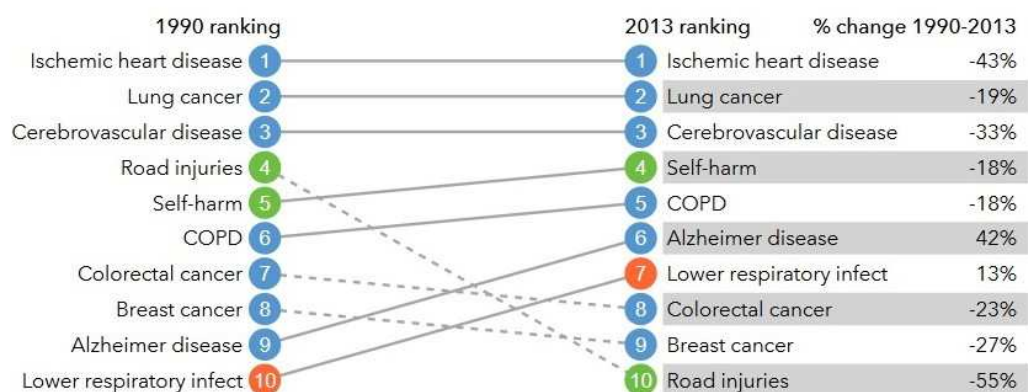
Notons toutefois les progrès réalisés en matière de décès liés aux accidents de la route : ils ont diminué de 55% en 23 ans et ceci grâce aux mesures de prévention, dite passives, qui reposent sur la technologie, l'aménagement des environnements, la législation et qui combinent des actions qui visent à rendre l'environnement plus sûr et à faire évoluer les mentalités et les comportements, et ce afin de favoriser le renforcement et l'application des mesures de sécurité.

Les maladies infectieuses respiratoires et la maladie d'Alzheimer ont augmenté entre 1990 et 2013, celles-ci étant liées au vieillissement de la population.

Principales causes d'années de vie perdues en 1990 et 2013 en Belgique

LEADING CAUSES OF YLLS TO PREMATURE DEATH, 1990 AND 2013, AND PERCENT CHANGE, 1990-2013

- Communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases
- Non-communicable diseases
- Injuries



YLLs are years of life lost due to premature mortality.

Rankings are based on YLLs per 100,000, all ages, not age-standardized.

COPD = *chronic obstructive pulmonary disease*

Source : <http://www.healthdata.org/belgium>

4) La morbidité

Les maladies chroniques

Les maladies dont souffrent les Wallons au quotidien ne sont pas forcément celles dont ils décèdent ou celles qui entraînent le plus de consommation de soins. Les statistiques relatives aux décès et celles qui proviennent des données de consommation de soins reflètent donc très imparfaitement la réalité du bien-être de la population et la manière dont on peut l'améliorer.

Ainsi, **l'enquête nationale de santé rapporte en 2013** que $\frac{3}{4}$ des répondants wallons s'estiment en bonne ou très bonne santé. Cette proportion diminue avec l'âge et est de 61% (hommes) et 59% (femmes) chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Globalement, 1 personne sur 3 déclare souffrir d'une maladie chronique, 2 sur 3 après 65 ans. Le gradient social, basé sur le dernier diplôme obtenu, est énorme.

Les principales affections chroniques dont les wallons disent avoir souffert dans les 12 derniers mois sont les suivantes, par ordre de fréquence (sur base d'une liste de 38 propositions):

	Hommes 15+	Hommes 65+	Femmes 15+	Femmes 65+
1	Hypertension artérielle	Hypertension artérielle (33%)	Arthrose	Arthrose (51%)
2	Hypercholestérolémie	Hypercholestérolémie	Douleur au bas du dos	Douleur au bas du dos
3	Douleur au bas du dos	Arthrose	Hypercholestérolémie	Hypercholestérolémie
4	Arthrose	Douleur bas du dos	Hypertension artérielle	Hypertension artérielle
5	Allergies	Problèmes de prostate	Troubles thyroïdiens	Ostéoporose
6	Douleurs cervicales	Diabète	Douleurs cervicales	Arthrite rhumatoïde
7	Arthrite rhumatoïde	Douleurs cervicales	Allergies	Douleurs cervicales
8	Céphalées migraine	Arthrite rhumatoïde	Céphalées-migraines	Troubles thyroïdiens
9	Asthme	Incontinence	Dépression	Cataracte
10	Dépression	Allergies	Arthrite rhumatoïde	Incontinence

Source : HIS, Belgium 2013

Ce dont les Wallon(ne)s souffrent au quotidien n'est donc pas forcément ce dont ils finiront par décéder ni ce pourquoi ils sont le plus hospitalisés. On notera par exemple l'importance des

problèmes ostéo-articulaires, des allergies (avant 65 ans surtout), **de l'incontinence urinaire** après 65 ans et de la **dépression**. On retrouve toutefois dans les dix problèmes cités les plus fréquemment l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie. Notons également les **troubles thyroïdiens** qui touchent 14% des femmes de 15 ans et plus (20% après 65 ans). Ces proportions sont bien plus élevées en Wallonie que dans les deux autres régions du pays. Il en va de même pour **l'ostéoporose**.

D'après cette enquête belge de santé par interview (2013)³⁵, plus d'un belge sur quatre (soit près de 28,5%) âgé de plus de 15 ans signale souffrir d'une **maladie chronique**.

Une difficulté inhérente aux « maladies chroniques » est l'absence de consensus concernant sa définition et la liste des maladies à inclure dans leur registre. La définition proposée par l'OMS est d'ailleurs assez large : « *affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement* ».

Les caractéristiques les plus communément retenues sont leur caractère incurable, à l'origine de dérangements fonctionnels, d'incapacités et de détérioration de la qualité de vie. Elles sont également de longue durée, avec un début lent, insidieux où les symptômes apparaissent progressivement, sont non contagieuses et leur étiologie est complexe avec des facteurs de risque difficiles à identifier, constitués d'une part de facteurs modifiables et d'autre part de facteurs non modifiables.

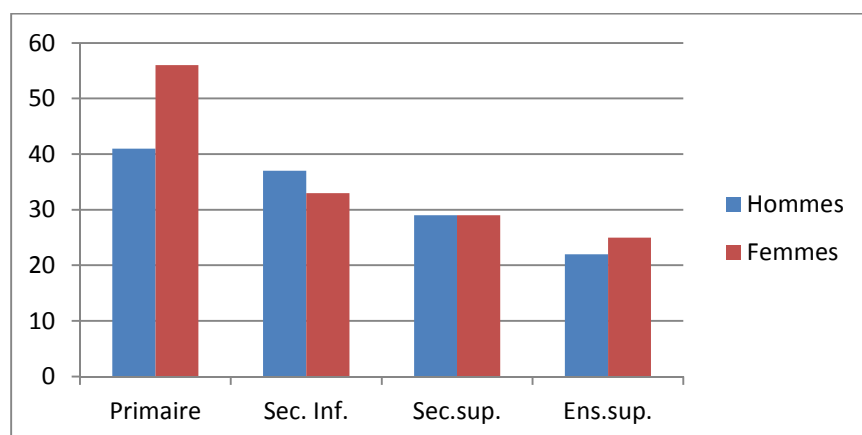
Le pourcentage de personnes souffrant d'une maladie chronique augmente avec l'âge. Il passe de 10% chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans à près de la moitié (50%) de la population des personnes âgées de 75 ans et plus.

La plupart de ces maladies chroniques sont plus fréquentes auprès des populations moins instruites. En effet, les inégalités sociales de santé se remarquent particulièrement dans la problématique des maladies chroniques : les individus de faible niveau socio-économique sont plus sujets à développer des comportements à risque et donc à développer les maladies chroniques. De plus, la pauvreté est aussi induite par le fait d'être malade.

³⁵ Van der Heyden J, Charafeddine R. Enquête de santé 2013, Rapport 1 : Santé et Bien-être. Résumé des principaux résultats D/2014/2505/53

Le gradient social appréhendé par le dernier diplôme obtenu est marqué :

Proportion d'hommes et de femmes (15 ans et +) déclarant souffrir d'une maladie chronique selon le dernier diplôme obtenu



source : HIS, ISP, 2013

Par ailleurs, en Région flamande, l'enquête révèle que le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques est moins élevé (27%) qu'en Région wallonne (30%) et qu'en Région bruxelloise (31%). Plus d'une personne sur trois âgée de 65 ans et plus est atteinte d'au moins deux maladies chroniques et cumule les morbidités.

Les maladies de l'appareil circulatoire

L'enquête nationale de santé indique les résultats suivants :

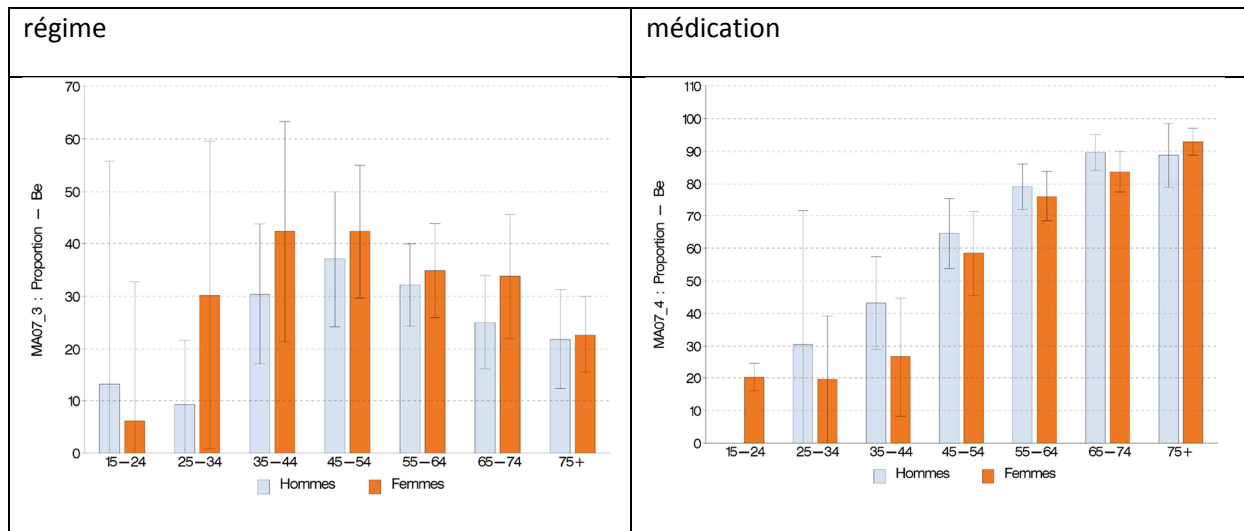
problème	Proportion de wallon(ne)s qui déclarent en souffrir	Proportion de ces personnes qui sont suivis par un spécialiste	Différentiel hommes/femmes	Gradient social	tendance (dans le temps)
infarctus	1,4	83,8	Oui (H)	Non	Stable
Insuf. coronarienne	1,8	82,6	Oui (H)	Oui	Stable
autres maladies cardiaques graves *	1,9	86,5	Oui (H)	Oui	NA
Hypertension artérielle	15,3	92,4	Non	Oui	tendance à augmenter
Hypercholestérolémie	15,7	84,6	Non	Non	NA
maladies cérébro-vasculaires	1,4	82,6	Non	Non	Non
artériopathies	1,7	80,0	Non	Oui	NA

Source HIS, ISP, Belgium, 2013.

La plupart des affections cardiovasculaires augmentent avec l'âge et suivent un gradient social.

La proportion de patients qui souffrent de maladies cérébro-vasculaires n'est pas significativement différente entre hommes et femmes mais après 75 ans, quand celle-ci est la plus élevée, le nombre absolu des femmes est beaucoup plus élevé que celui des hommes dans la population.

Proportion de personnes (Belgique) souffrant d'hypercholestérolémie faisant un régime ou prenant une médication par groupe d'âge selon leurs déclarations



source : HIS, ISP, Belgium, 2013

Nous noterons la relativement faible proportion de personnes souffrant d'hypercholestérolémie adaptant leur régime par rapport à celles qui prennent des médicaments après 55 ans. La proportion de personnes adaptant leur régime est plus élevée à Bruxelles que dans les deux autres régions.

Les cancers

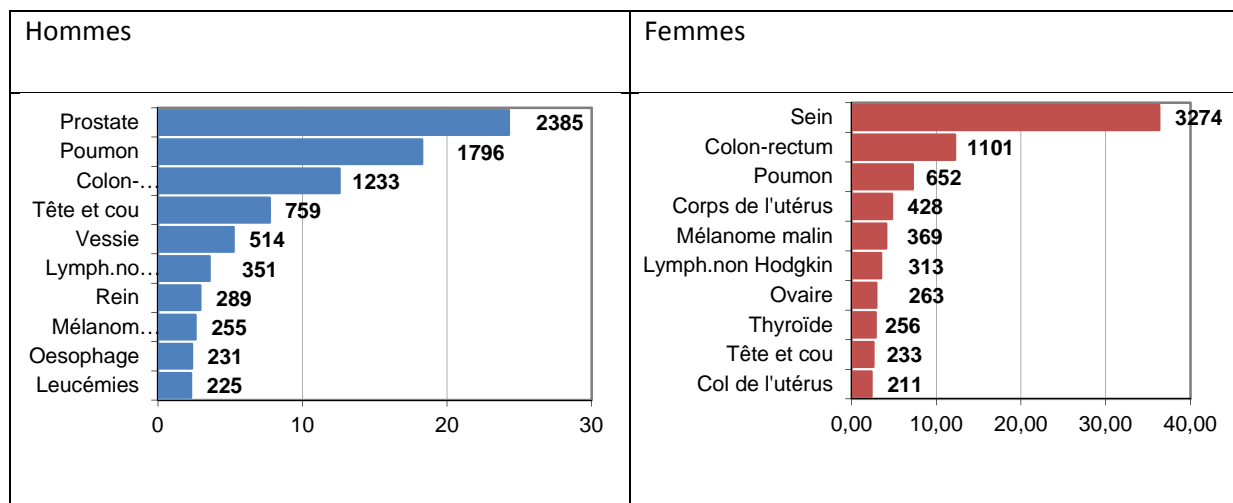
Le cancer est une des maladies chroniques les plus fréquentes. En 2014, le registre du cancer a enregistré en Wallonie 23 459 nouveaux diagnostics de cancer : 12 119 chez les hommes et 11 340 chez les femmes. Sur base des chiffres de 2014, 36% des hommes **et 31% des femmes souffriront d'un cancer avant d'atteindre l'âge de 75 ans**. Le cancer augmente généralement avec l'âge. Il touche principalement les personnes âgées de plus de 60 ans et **les nouveaux cas les plus fréquemment diagnostiqués** en Wallonie sont, dans l'ordre, chez les **hommes, le cancer de la prostate, du poumon et le cancer colorectal** et chez les **femmes, le cancer du sein, suivi du cancer du poumon et du cancer colorectal**.³⁶

³⁶ <http://www.kankerregister.org/>

Selon le registre du cancer, cette « *augmentation du nombre de tumeurs sera principalement due au vieillissement et à la croissance démographique, tandis que chez les femmes, une augmentation supplémentaire est attendue en raison de l'augmentation des comportements tabagiques* »³⁷.

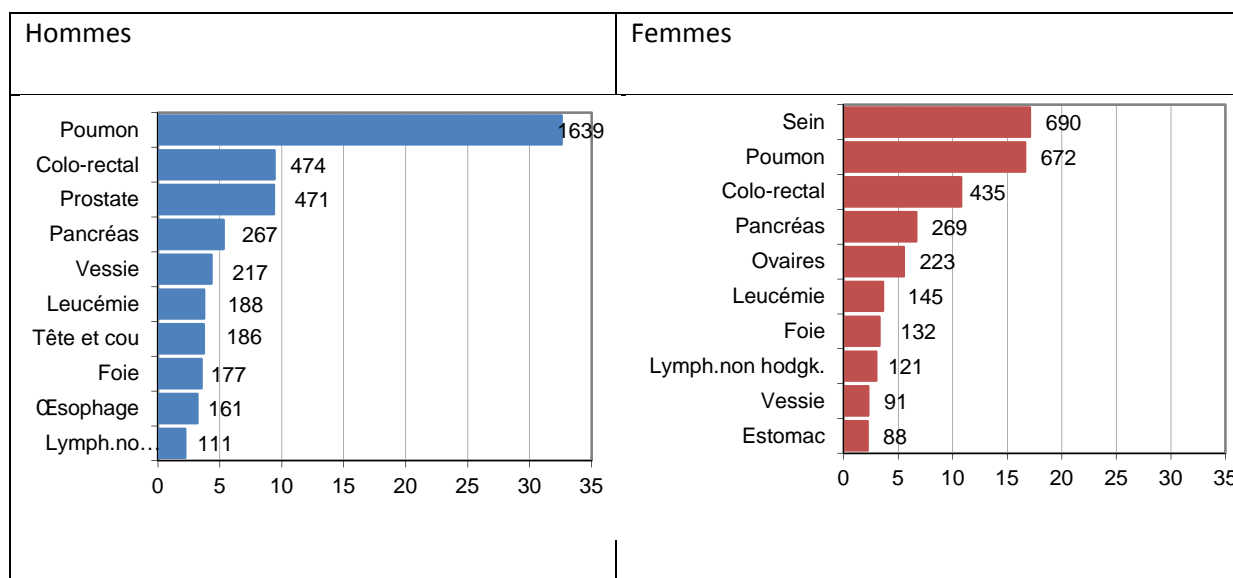
Une étude de l'observatoire wallon de la santé montre sur base des chiffres de 2010 la fréquence suivante :

Incidence des principaux cancers en 2010 en Wallonie : nombre absolu et pourcentage relatif



Les cancers en augmentation sont ceux du poumon chez la femme (augmentation du tabagisme), ceux du système nerveux central et celui du pancréas, et ce dernier plus que dans les deux autres régions du pays.

Mortalité des principaux cancers en Wallonie en 2010 : nombres absolus et parts relatives des décès par cancer



³⁷ http://www.kankerregister.org/media/docs/publications/Com_dePresseFRC09122015.pdf

Les taux de survie à cinq ans, , sont présentés ci-dessous pour les hommes et pour les femmes, par région. Les chances de survie après un diagnostic de cancer ont augmenté ces dernières années, tant chez les hommes que chez les femmes. Les pourcentages restent toutefois plus élevés pour les Régions flamandes et wallonnes qu'à Bruxelles.

Tableau n°3 : Survie à 5 ans chez les hommes, Belgique 2007-2011

Hommes, survie relative à 5 ans par région, 2007-2011				
Cancers invasifs	Région	N at Risk	Survie relative à 5 ans (%)	Survie relative à 5 ans (% IC)
Tous cancers (cancers de la peau non mélanome exclus)	Belgique	164213	58,2%	[57.8%:58.5%]
	Région Flamande	101512	59,7%	[59.2%:60.1%]
	Région Wallonne	50568	55,8%	[55.2%:56.5%]
	Région de Bruxelles-Capitale	12133	55,5%	[54.2%:56.7%]
Côlon-rectum	Belgique	22547	63,7%	[62.7%:64.7%]
	Région Flamande	14553	64,8%	[63.6%:66.0%]
	Région Wallonne	6358	62,7%	[60.8%:64.6%]
	Région de Bruxelles-Capitale	1636	57,9%	[53.9%:61.6%]
Poumon	Belgique	27631	15,1%	[14.5%:15.7%]
	Région Flamande	16544	15,5%	[14.7%:16.2%]
	Région Wallonne	9177	14,7%	[13.7%:15.7%]
	Région de Bruxelles-Capitale	1910	13,6%	[11.6%:15.8%]
Prostate	Belgique	43978	94,4%	[93.8%:95.0%]
	Région Flamande	28970	94,8%	[94.1%:95.5%]
	Région Wallonne	12214	94,0%	[92.7%:95.1%]
	Région de Bruxelles-Capitale	2794	92,3%	[89.4%:94.5%]

Source : Fondation Registre du Cancer

Tableau n°4 : Survie à 5 ans chez les femmes, Belgique 2007-2011

Femmes, survie relative à 5 ans par région, 2007-2011				
Cancers invasifs	Région	N at Risk	Survie relative à 5 ans (%)	Survie relative à 5 ans (% IC)
Tous cancers (cancers de la peau non mélanome exclus)	Belgique	139689	67,5%	[67.1%:67.8%]
	Région Flamande	81002	68,0%	[67.5%:68.4%]
	Région Wallonne	46007	67,2%	[66.6%:67.7%]
	Région de Bruxelles-Capitale	12680	65,5%	[64.3%:66.7%]
Sein	Belgique	49105	88,2%	[87.8%:88.7%]
	Région Flamande	28474	88,5%	[87.9%:89.1%]
	Région Wallonne	16155	88,4%	[87.5%:89.2%]
	Région de Bruxelles-Capitale	4476	85,8%	[84.0%:87.4%]
Côlon-rectum	Belgique	18505	64,7%	[63.7%:65.7%]
	Région Flamande	11402	65,3%	[63.9%:66.6%]
	Région Wallonne	5581	64,3%	[62.4%:66.2%]
	Région de Bruxelles-Capitale	1522	62,0%	[57.9%:65.7%]
Poumon	Belgique	10321	21,7%	[20.7%:22.8%]
	Région Flamande	5485	21,4%	[20.0%:22.8%]
	Région Wallonne	3860	22,7%	[21.0%:24.4%]
	Région de Bruxelles-Capitale	976	19,8%	[16.6%:23.2%]

Source : Fondation Registre du Cancer

Le diabète

En Belgique (2014), 1 adulte (entre 20 et 79 ans) sur 16 est atteint de diabète (1 adulte sur 13 pour l'Europe). En Europe, 52 millions de personnes seraient atteintes de diabète. Ce chiffre passerait à 69 millions d'ici 2035.³⁸ La prévalence du diabète chez les plus de 15 ans est de 6% en Belgique et de 8% en Europe). Cependant, selon l'ISP, les chiffres concernant le diabète en Belgique sont limités et incomplets. L'ISP estime qu'1/3 des patients souffrant du diabète de type 2 en Belgique l'ignore. La prévalence serait donc en réalité plus élevée.³⁹

Le nombre de prescriptions d'antidiabétiques oraux et d'insuline permet d'estimer le nombre de personnes soignées pour un diabète. Le diabète de type 1 apparaît le plus souvent dans l'enfance ou au début de l'âge adulte. Il est dit insulino-dépendant. Il concerne environ 10% des cas et ne peut être prévenu. Le diabète de type 2 est le plus courant (environ 90% des cas). Il résulte d'une diminution de la sensibilité des cellules à l'action de l'insuline et à une hyperinsulinémie réactionnelle. Ce type de diabète apparaît généralement après 40 ans (bien qu'il est observé également chez les enfants et adolescents en surpoids ou obèses). Il est évitable par le maintien d'un poids corporel sain et une activité physique régulière. Pour le diabète de type 1, la prise d'insuline est inévitable. Pour le diabète de type 2, le traitement consiste avant tout dans la gestion de l'excès de poids et dans la pratique régulière d'une activité physique mais il peut aussi être complété par des antidiabétiques oraux, voire des injections d'insuline⁴⁰ en fonction de l'évolution et la gravité de la maladie.

En Wallonie (2013), 107 968 personnes sont soignées pour un diabète.⁴¹ Sur une population totale de 3.563.060 (1^{er} janvier 2013)⁴², cela représente environ 3% de la population.

En ce qui concerne le nombre de personnes traitées pour un diabète en fonction de l'âge (pour la Belgique), environ 4% des patients soignés avec de l'insuline ont entre 0 et 24 ans ; 15% ont entre 25 et 49 ans ; 53% ont entre 50 et 74 ans ; 21% ont entre 75 et 84 ans et enfin 6% ont plus de 85 ans.⁴³

En ce qui concerne les patients soignés par antidiabétiques oraux, ils ont plus de 50 ans et sont, pour 68%, âgés entre 50 et 74 ans.⁴⁴

³⁸ http://www.idf.org/sites/default/files/DA-regional-factsheets%202014_FR_v2.pdf

³⁹ <https://www.wiv-isp.be/fr/sujets-sante/diabete/chiffres#le-diab-te-en-belgique>

⁴⁰ <http://www.diabete-abd.be/>

⁴¹ https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259S.pdf, p.213

⁴² <http://www.iweps.be/population-wallonne-et-belge-par-genre>

⁴³ Calculé à partir du tableau n°6

⁴⁴ Calculé à partir du tableau n°6

Proportion de patients diabétiques en Belgique (2013)

Table 43 – Proportion of diabetic patients with a diabetes passport, a care trajectory or a convention, by patient characteristics (2013)

Variable	Category	N=128157	PATIENTS UNDER INSULIN				N=179693	PATIENTS UNDER ORAL ANTI-DIABETICS (50 years or more)			
			Passport	Care trajectory	Convention	At least one of the three		Passport	Care trajectory	Convention	At least one of the three
Data 2013 by categories											
Gender	Female	62 090	5.3%	12.4%	79.7%	89.9%	82 043	8.3%	7.3%	1.1%	16.1%
	Male	66 067	4.6%	11.7%	82.3%	91.6%	97 650	7.9%	7.7%	1.2%	16.2%
Age groups	00-24	5 469	1.9%	0.1%	96.6%	96.5%					
	25-49	19 273	3.8%	4.2%	91.7%	94.5%					
	50-74	67 517	5.5%	13.2%	82.0%	92.4%	122 156	8.3%	8.9%	1.2%	17.6%
	75-84	27 170	5.0%	16.4%	73.8%	88.0%	45 279	8.1%	5.3%	1.1%	14.0%
	85-94	8490	4.9%	13.9%	63.0%	76.6%	11 940	6.6%	2.5%	1.2%	10.1%
	95+	238	5.0%	7.6%	42.0%	50.4%	318	3.8%	1.3%	0.6%	5.0%
Long term care (65 years or +)	Home care	6575	4.5%	16.1%	73.1%	87.3%	6093	6.7%	5.6%	2.4%	14.1%
	Institutions	7867	3.9%	8.3%	62.8%	70.8%	6313	4.1%	2.2%	1.9%	7.9%
	No LT care	52 819	5.6%	16.4%	77.0%	90.9%	104 678	8.4%	6.6%	1.0%	15.4%
Entitlement to increased reimbursement (18 years or +)	No	78 936	4.4%	12.4%	81.8%	91.7%	125 131	8.0%	7.7%	1.0%	16.1%
	Yes	46 381	6.1%	12.1%	78.8%	88.9%	54 562	8.4%	7.2%	1.4%	16.3%

Source: IMA data. KCE calculation.

Source : https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259S.pdf p.212

Les facteurs de risque du diabète de type 1 sont encore peu connus. Pour ce qui est du type 2, les principaux facteurs de risque sont : l'hérédité, le surpoids, une mauvaise alimentation, la sédentarité, une pression artérielle trop élevée, l'âge, l'origine ethnique et l'intolérance au glucose.⁴⁵

⁴⁵ <http://www.idf.org/about-diabetes/risk-factors>

Les maladies infectieuses

La surveillance des maladies infectieuses

La surveillance des maladies infectieuses et leur contrôle sont réalisés notamment grâce à la mise en place de réseaux sentinelles de surveillance (laboratoires vigies, médecins vigies,...) et par le biais de la déclaration obligatoire de certaines maladies infectieuses auprès des autorités sanitaires, maladies ayant des impacts sur la santé publique et nécessitant la prise de mesures de socio-prophylaxie.

Le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles (IST)⁴⁶

En 2015 en Belgique, **1001 nouveaux cas** de VIH ont été rapportés : si une diminution globale de 4.7% est observée par rapport à l'année précédente, ce chiffre reste néanmoins élevé en Belgique et correspond à 2,7 diagnostics de VIH par jour en moyenne.

Parmi les personnes diagnostiquées en 2015, 14% mentionnent un lieu de résidence en Wallonie, 37% en Flandre et 23% à Bruxelles. Le lieu de résidence n'est pas connu dans 26% des cas. Entre 2013 et 2015, le nombre d'infections VIH diagnostiquées a diminué dans les 3 régions du pays : la diminution est de 14% en Flandre, de 15% en Wallonie, et de 8% à Bruxelles.

La baisse observée ne concerne qu'un des deux principaux groupes à risque au sein de la population, à savoir les personnes contaminées par contacts hétérosexuels, plus particulièrement celles originaires de pays d'Afrique subsaharienne. Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont redevenus le groupe à risque le plus touché par l'épidémie au sein de la population. La transmission lors de l'utilisation de drogues par voie intraveineuse est restée marginale (2% des diagnostics en 2015). Actuellement, quelques 15.000 personnes seraient suivies médicalement pour infection au VIH. L'efficacité du traitement par antirétroviraux, s'il est correctement suivi, rend leur charge virale (quasi-)indétectable, ce qui contribue à réduire considérablement le risque pour leur(s) partenaire(s).

Une recrudescence des autres IST est observée de façon continue depuis 2002 en Belgique⁴⁷. **La chlamydia est l'IST la plus fréquente en Wallonie.** En Wallonie, le nombre de cas enregistrés est passé de 163 en 2002 à **946 cas en 2015**, soit 26,3 cas rapportés pour 100.000 habitants. L'augmentation s'observe chez les femmes âgées de 15 à 29 ans et chez les hommes âgés de 20 à 39 ans. Cette IST très souvent asymptomatique, peut entraîner des complications relativement graves (notamment l'infertilité). **La gonorrhée** présente également une **tendance continue à la hausse**

⁴⁶ ISP- épidémiologie du Sida et de l'infection à VIH en Belgique – Situation au 31 décembre 2015. 68p.

⁴⁷ ISP- Surveillance des IST 2002-2015- données nationales et régionales issues du réseau de laboratoires de microbiologie et du centre national de référence.

depuis 2002. En Wallonie, le nombre de cas enregistrés est passé de 37 en 2002 à **162 cas en 2015**. En 2014, **la gonorrhée** a surtout été observée chez les hommes âgés de 20 à 24 ans. Chez la femme, le nombre de cas prédomine pour la catégorie d'âge des 15-24 ans. Chez les femmes de 20-24 ans, il y a une augmentation significative de cas rapportés depuis 2011.

La syphilis a, elle aussi, connu une augmentation au cours de la même période (2002-2014). En Wallonie, on a ainsi enregistré 21 cas en 2002 (soit une incidence rapportée de 0,6 pour 100 000 habitants) contre **172 cas en 2014** (soit une incidence rapportée de 4,8 pour 100 000 habitants). En 2015, il y a 95 cas rapportés (2,6/100 000 habitants). Les cas de syphilis sont surtout observés chez les hommes âgés de 20 à 60 ans.

Concernant les comportements sexuels des jeunes, l'enquête HBSC pour la Communauté française indique les faits suivants :

- En 2014, parmi les élèves de l'enseignement secondaire supérieur, **près d'un jeune sur deux (47%) rapporte qu'il a déjà eu une relation sexuelle**. La proportion de jeunes qui disent avoir déjà eu un rapport sexuel **augmente avec l'année d'enseignement** et/ou **lorsque le niveau d'aisance matérielle diminue**.
- La proportion de jeunes qui ont eu **une relation sexuelle est plus élevée parmi les jeunes qui ont déjà été amoureux (51%)** que parmi ceux qui ne l'ont jamais été (15%).
- **Plus de 9 jeunes sur 10 (94%) déclarent qu'ils ont utilisé une méthode de protection lors du premier rapport sexuel**. Parmi ceux qui ont eu plusieurs rapports sexuels, la même proportion de jeunes (93%) rapporte qu'ils ont utilisé une méthode de protection lors du rapport sexuel le plus récent.
- En revanche, **l'utilisation d'une méthode de protection est moins fréquemment rapportée lorsque le niveau d'aisance matérielle diminue**, qu'il s'agisse du premier ou du dernier rapport sexuel.

Certaines situations à risque en matière de transmission du VIH restent méconnues et la proportion de jeunes qui présentent un niveau de connaissance insuffisant diminue lorsque le niveau scolaire augmente.

La tuberculose⁴⁸

Selon l'OMS, la Belgique est considérée comme un pays à basse incidence puisqu'elle se trouve sous le seuil de 10/100.000. Rester sous cette barre de 10 cas par 100.000 habitants est un objectif à maintenir. La tuberculose présente une tendance à la diminution en Belgique même si celle-ci a ralenti depuis le début des années 90.

En 2014, 959 cas ont été déclarés. Malgré des fluctuations au cours des 25 dernières d'années, le nombre de cas et l'incidence ont diminué progressivement (en 1990, ils étaient respectivement de 1.577 et de 15,8/100.000), mais moins vite que les projections ne l'auraient laissé présager.

La régression de la tuberculose a donc été moindre au cours des deux dernières décennies. Cette situation peut être expliquée en partie par l'augmentation du nombre de cas en provenance de pays où la tuberculose est très fréquente. En 2012, 53,3% des malades tuberculeux répertoriés en Belgique étaient de nationalité étrangère. La précarité est également un facteur qui peut influencer l'évolution de la tuberculose.

L'emprisonnement est également un facteur de risque important de la transmission de la tuberculose. Selon le ⁴⁹ Fonds des Affections Respiratoires (l'asbl FARES), *"les détenus constituent un groupe de population à haut risque de tuberculose, non seulement à cause du fait qu'ils vivent dans un établissement fermé (qui est parfois surpeuplé et insuffisamment ventilé), mais aussi en raison de la proportion significativement supérieure de sujets dont le risque de tuberculose est élevé par rapport à la population extérieure aux prisons. (...) La rotation rapide de la population carcérale constitue aussi un facteur de risque supplémentaire qui facilite la transmission de la tuberculose"* non seulement dans le milieu carcéral mais aussi vers l'extérieur. *"Le contrôle adéquat de la tuberculose dans les prisons doit être considéré comme une priorité de santé publique non seulement pour les détenus mais aussi pour la population générale."*

⁴⁸ <http://www.fares.be/quiztbc/informations.php> et OWS

⁴⁹ FARES. (2006). Contrôle de la tuberculose dans les prisons. Bruxelles

Maladies infectieuses à prévention vaccinale

Des maladies telles que la diphtérie, le tétanos, la polio, la rubéole, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b et à méningocoques du sérogroupe C ne surviennent désormais plus ou rarement.

Concernant la **coqueluche**, depuis 2011, on observe une forte augmentation du nombre de cas de coqueluche en Région wallonne. Après un pic enregistré en 2014, une réduction du nombre de cas rapporté a été mise en évidence en 2016. Pour les trois premiers trimestres de l'année 2016, le nombre de cas déclarés est de nouveau à la hausse, avec 562 déclarations de cas de coqueluche pour la Région wallonne, dont 38 déclarations concernaient des enfants de moins d'une année qui constituent le groupe le plus fragile. Dans un souci de protéger ce groupe le plus vulnérable, le Conseil supérieur de la Santé recommande, depuis septembre 2013, la vaccination contre la coqueluche lors de chaque grossesse. En Wallonie, la vaccination est gratuitement offerte aux femmes enceintes depuis septembre 2015. Toutefois, il est actuellement impossible de déterminer si cette recommandation est correctement suivie par les professionnels de la santé.

La rougeole est présente chaque année en Région wallonne : 3,6 cas par 100000 habitants ont été notifiés en 2015, majoritairement sous forme de petits foyers d'épidémies touchant principalement les familles qui sont contre la vaccination. En 2016, la rougeole a également touché des professionnels de la santé non vaccinés en milieux hospitaliers. Cette maladie n'est pas à proprement parlé en recrudescence mais persiste au sein de notre population alors que l'objectif de l'OMS est d'éradiquer cette maladie à l'horizon 2018. En 2015, le taux de couverture pour la première dose du vaccin trivalent Rougeole – Oreillons – Rubéole était de 95,9% tandis que le taux pour la deuxième dose administrée entre 11 et 12 ans n'était que de 75,5%.

D'après le rapport du KCE⁵⁰, la vaccination des personnes âgées de + de 65 ans contre **la grippe (influenza)** a connu un recul constant au cours des 5 dernières années. Ce taux de vaccination (chez les + de 65 ans) atteint 50% en Wallonie et reste bien inférieur aux objectifs fixés par l'OMS (75%).

⁵⁰ Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. La performance du système de santé Belge - Rapport 2015. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 259B. D/2015/10.273/02.

La santé mentale

Selon l'enquête de santé par interview (2013)⁵¹, 35% de la population wallonne éprouveraient des difficultés psychologiques et 20% souffriraient d'une pathologie sévère. Les femmes sont significativement plus nombreuses à éprouver des difficultés psychologiques, cette différence étant la plus forte pour la tranche d'âge 15-24 ans. Les populations les moins scolarisées ont une prévalence supérieure pour les difficultés psychologiques et les psychopathologies. Ces chiffres sont élevés par rapport à la moyenne européenne (+10%)⁵².

Concernant le mal-être psychologique, les conclusions de l'enquête de santé par interview pointent les risques accrus pour les jeunes femmes et les ménages où le niveau d'éducation est bas.

Les femmes sont plus nombreuses à évoquer des signes d'un trouble du comportement alimentaire que les hommes (respectivement 10% et 6%). Les troubles du comportement alimentaire apparaissent moins fréquemment dans le groupe des personnes issues des ménages les plus instruits (6%). (ISP, 2013).

En Région wallonne, 13% des hommes et 20% des femmes rapportent un trouble dépressif, ce qui représente une hausse importante par rapport aux chiffres de 2008 (respectivement 7% et 13%). (ISP, 2013). En Région wallonne, 9% des hommes et 14% des femmes rapportent des symptômes de troubles anxieux. Leur prévalence passe de 9% chez les diplômés du supérieur à 15% dans le groupe des ménages les moins scolarisés. (ISP, 2013). En Wallonie, un gradient socio-éducatif s'observe également dans la dépression auto-rapportée, avec une prévalence plus élevée dans les ménages défavorisés sur le plan éducatif (16%) que dans les ménages plus instruits (8% pour les niveaux intermédiaires, 5% pour le niveau supérieur). (ISP, 2013). Une variabilité de la prévalence pour les femmes est observable sur le territoire de la Wallonie selon le lieu de résidence⁵³.

D'après l'enquête Share⁵⁴, les aînés ont un risque important de présenter des troubles en santé mentale en Belgique francophone. La moitié des personnes de plus de 65 ans souffrirait de troubles psychiques : principalement la dépression. Or, celle-ci est liée à un risque supplémentaire de suicide et à une charge importante pour les aidants proches. En outre, les personnes dépressives sont

⁵¹ En ce qui concerne cette Enquête de santé par interview, bien que la méthode d'échantillonnage employée limite l'apparition de nombreux biais, il faut garder en mémoire qu'il ne s'agit pas du nombre réel de personnes mais d'une extrapolation des réponses des 10.000 personnes sélectionnées pour répondre à l'enquête à l'ensemble de la population belge. Selon l'ISP, « les résultats sont pondérés pour permettre la généralisation des résultats obtenus à l'ensemble des habitants de la Belgique ». La participation des ménages belges à ces enquêtes se fait sur une base volontaire. Ceux qui n'ont pas souhaité participer ont été remplacés par des ménages ayant des caractéristiques comparables. Les résultats recueillis représentent donc les déclarations de personnes interrogées.

⁵² <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-in-europe-facts-and-figures>

⁵³ Tableau de bord de la santé en Région wallonne, 2009, p. 106 http://socialsante.wallonie.be/sites/default/files/TBW_complet.pdf

⁵⁴ http://www.iweps.be/sites/default/files/synergies_bien_vieillir.pdf

exposées aux effets indésirables des antidépresseurs. La dépression serait associée au genre (les femmes sont plus concernées), à l'isolement, à un sentiment de manque de maîtrise sur sa propre vie et aux variables socio-économiques (les moins favorisés à ce niveau étant plus à risque). Une plus forte prévalence est observée auprès des femmes après 80 ans. La santé mentale et cognitive des aînés est aussi impactée par les dégénérescences liées au vieillissement pathologique et non pathologique.

En Région wallonne, 35% des femmes et 27% des hommes éprouvent des problèmes de sommeil. Chez les femmes de 15 à 44 ans, la prévalence des troubles du sommeil tourne autour de 31 à 32%, mais elle approche les 38 à 40% à partir de 45 ans (ISP, 2013).

D'une manière générale, les troubles en santé mentale sont plus fréquents chez les femmes (avec un pic chez les jeunes femmes) et chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation.

Enfin, Les femmes et les hommes souffrant de pathologie mentale sévère auraient en moyenne 15 et 20 ans d'espérance de vie à la naissance en moins⁵⁵.

En Wallonie, l'ISP constate une progression des troubles anxieux, dépressifs et du sommeil entre les enquêtes de 2008 et de 2013, alors que les indicateurs étaient stables jusqu'en 2008. Selon les conclusions, plus de personnes relateraient avoir eu des pensées suicidaires, tandis que le nombre de suicides resterait stable. La progression de la consommation d'antidépresseurs confirmerait cette tendance.

Les tentatives de suicide et les idéations suicidaires

Les informations concernant les idéations suicidaires et les tentatives de suicide sont issues des résultats publiés par l'Institut de Santé Publique à la suite de l'analyse des résultats de l'Enquête de Santé Nationale de 2013⁵⁶.

Selon l'Enquête de Santé Publique de 2013, « les femmes sont plus à risque de passer à l'acte que les hommes, qui, eux, sont plus à risque de décès ». Par ailleurs, « le risque de décès par suicide augmente avec l'âge alors que le risque de tentatives de suicide décroît ».

⁵⁵ Jean-Luc Roelandt, La santé mentale en France et dans le monde : « Des hommes, pas des murs Pratiques en santé mentale, 2015, 1, pp 47 à 58. <http://www.sabrinatca92.com/wp-content/uploads/2015/06/PRATIQUES-en-sant%C3%A9-mentale.pdf>

⁵⁶ <https://his.wiv-isp.be/FR/SitePages/Accueil.aspx>

En Wallonie, 5,5% des répondants ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie et 0,3% au cours de l'année passée. De plus, 5,1% des répondants ont signalé avoir des idées suicidaires au cours de l'année 2012.

Pour expliquer l'apparente contradiction entre la prévalence plus élevée de troubles en santé mentale chez les femmes et la prévalence plus élevée de suicides chez les hommes, une hypothèse qui est parfois proposée est la plus grande propension (dans notre société actuelle en tout cas) des femmes par rapport aux hommes à exprimer des souffrances psychologiques négatives. Si cette hypothèse est vraie, cela signifierait que les troubles en santé mentale sont sous-estimés chez les hommes parce qu'ils sont moins souvent exprimés (dans les enquêtes et auprès des professionnels de la santé).

Les traumatismes intentionnels et non intentionnels

Dans le langage courant, le terme « **accident** » fait référence à un événement imprévu, soudain et dommageable, définition qui suggère un caractère non-évitable à cet événement. L'OMS a défini l'accident comme « *un événement indépendant de la volonté humaine, provoqué par une force extérieure agissant rapidement et qui se manifeste par un dommage corporel et mental* ». Les accidents sont répartis selon leurs lieux de survenue : les accidents de la route, les accidents du travail, les accidents scolaires, les accidents domestiques et de loisirs.

Afin d'élargir la prévention de l'événement (sa non-survenue) au contrôle de la gravité de ses conséquences, le terme « **traumatisme** » lui a été préféré. A l'échelle internationale, un consensus s'est formé sur le concept de prévention des traumatismes, c'est-à-dire la diminution et le contrôle des conséquences d'un événement appelé accident. Envisager la prévention sous l'angle des traumatismes multiplie les stratégies d'intervention en dépassant celles qui se limitent à l'identification des personnes à risque et à la modification de leurs comportements. La prévention s'élargit alors **aux modifications de l'environnement physique, aux législations et aux technologies susceptibles d'influencer la gravité des traumatismes. Dans cette perspective, l'établissement de concertation entre les secteurs concernés est indispensable.**

Il existe deux catégories de traumatismes évitables :

- Les traumatismes intentionnels conséquences d'actes de violence : homicides, agressions, suicides, automutilations. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la « **violence** » est « *l'utilisation intentionnelle de la force ou du pouvoir, sous la forme d'une*

menace ou d'un acte, et ce, contre soi-même, autrui, un groupe ou une communauté, et qui entraîne ou est susceptible d'entraîner une blessure, un traumatisme ou la mort ».

- Les traumatismes non intentionnels souvent classés selon leur lieu de survenue : route, travail, loisir et sport, école, domicile ; ou selon leur mécanisme : chutes, noyades, brûlures, intoxications ou suffocations par exemple.

Les accidents

Selon l'enquête de santé de 2013, 7% de la population belge déclare avoir été victime d'un accident ayant requis des soins médicaux dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête. Dans 56% des cas, les accidentés ont dû être admis à l'hôpital ou dans un autre établissement de soins, tandis que dans 44% des cas, une hospitalisation n'a pas été nécessaire bien qu'un médecin ou un infirmier ait dû prodiguer des soins. Le pourcentage de victimes d'un accident ayant entraîné une admission dans un hôpital ou un autre établissement de soins est plus élevé chez les personnes les moins instruites (78%) que chez les personnes ayant bénéficié d'une éducation de l'enseignement supérieur (48%).

Sur la période des 12 mois précédant l'enquête, 1% de la population rapporte avoir été blessée dans un accident de la route, 2% déclare avoir été blessée dans un accident à domicile, 2% dans un accident pendant les loisirs, 3% dans un accident du travail et 1% dans un accident à l'école. A la suite de leur accident, les victimes ont été amenées à suspendre le cours normal de leurs activités pendant (au moins) une semaine dans 33% des cas lors d'un accident de la route, dans 48% des cas lors d'un accident à domicile, dans 39% des cas lors d'un accident pendant les loisirs, dans 36% des cas lors d'un accident du travail et dans 11% des cas lors d'un accident à l'école.

Les hommes sont plus nombreux (8%) que les femmes (6%) à être victimes d'un accident ayant requis des soins médicaux. Le risque d'encourir un accident requérant des soins est plus élevé parmi les jeunes de 15 à 24 ans (10%) et les aînés de 75 ans et plus (9%). Dans le groupe d'âge des 35-44 ans, les hommes (8%) sont deux fois plus nombreux que les femmes (4%) à avoir été blessés dans un accident ayant requis des soins médicaux.

La différence entre le nombre relatif d'hommes et de femmes victimes d'un accident ayant requis des soins médicaux se note uniquement pour ce qui concerne les accidents pendant les loisirs : 3% des hommes en ont été victimes, soit deux fois plus que les femmes (1,5%). Les victimes d'accidents de la route sont plus nombreuses dans le groupe d'âge des 25-34 ans (2%), les accidentés à domicile sont davantage représentés dans le groupe d'âge des 55-64 ans (3%) et surtout dans celui des 75 ans et

plus (8%), et ceux qui ont été blessés dans un accident pendant les loisirs sont plus nombreux parmi les jeunes de 15 à 24 ans (6%) et les jeunes adultes de 25 à 34 ans (3%).

Des différences apparaissent selon le lieu de résidence en ce qui concerne les accidents ayant requis des soins médicaux. En effet, le risque d'un tel accident est plus élevé parmi les habitants des zones semi urbaines (9%) que des zones rurales (6%), et cela se remarque surtout au niveau des accidents pendant les loisirs (respectivement 4% et 2%). En outre, un plus grand nombre d'accidentés ayant requis des soins médicaux est recensé en Région flamande (8%) que dans les Régions bruxelloise et wallonne (6%), et cela surtout dans le cadre des accidents durant les loisirs (3% des résidents flamands contre 2% des résidents wallons). Toutefois, le pourcentage d'accidents pour lesquels une admission dans un hôpital ou autre établissement de soins a été nécessaire est plus bas en Région flamande (45%) qu'à Bruxelles (74%) et en Région wallonne (77%).

Le type d'accident encouru varie aussi en fonction du sexe ou de l'âge et est sans doute lié aux activités particulières à chaque étape de la vie. Les accidents à l'école sont plus fréquemment rapportés dans le groupe d'âge de 6-11 ans. Les accidents pendant les loisirs concernent davantage les hommes et le groupe d'âge des 15-34 ans. Les accidents de la route culminent parmi les 25-34 ans. Enfin, les accidents à domicile sont plus fréquents parmi les aînés de 75 ans et plus.

Les accidents de la route

Selon l'enquête de santé de 2008, en ce qui concerne les accidents de la route, 1,2% des citoyens belges déclarent avoir été blessés dans les 12 derniers mois. Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes. Dans la population belge, la fréquence des blessures varient selon le niveau socio-économique : diplôme secondaire supérieur (1,6%) et diplôme de l'enseignement supérieur (0,9%).

En Région wallonne, comme pour la Belgique entière, le taux de blessés par accident de la circulation varie en fonction de l'âge. Les blessés se concentrent davantage dans les groupes d'âge suivants : 15-24 ans et 45-54 ans.

En Région wallonne aucune différence n'apparaît en fonction du niveau d'éducation, mais bien en fonction du degré d'urbanisation. Ici, en revanche, la fréquence est significativement plus élevée dans les zones semi-urbaines (2,2%) que dans les zones urbaines (0,6%).

Les accidents de travail

Toujours selon l'enquête de santé de 2008, 3% de la population active au travail (15-64 ans) de Belgique déclare avoir été blessée dans un accident au travail au cours de 12 mois qui ont précédé

l'enquête. Plus d'hommes (4%) que de femmes (3%) déclarent avoir été blessés par accident au travail, une différence qui reste significative après standardisation pour l'âge. A partir de l'âge de 45 ans, la fréquence des blessures accidentelles au travail est moins élevée (2%). Ce sont les jeunes de 15-24 ans (6%) qui rapportent le plus souvent des blessures par accident au travail, surtout les jeunes hommes. Chez les aînés (55-64 ans), le taux de blessures par accident au travail est plus élevé parmi les femmes.

En ce qui concerne la fréquence des blessures par accident au travail au cours des 12 mois avant l'interview, aucune différence en fonction du niveau d'éducation au niveau belge n'est observée. En revanche, on rapporte moins de blessures par accident au travail dans les zones semi-urbaines (2,3%) et rurales (2,7%) qu'en zones urbaines (4,3%), une différence significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

En Région wallonne aussi, contrairement au niveau national, il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes quant au taux de traumatismes accidentels au travail. Mais comme pour la population belge dans son ensemble, on trouve en Wallonie une différence en fonction du groupe d'âge : la fréquence est plus basse (0,4%) dans le groupe de aînés (55-64 ans) que dans les autres groupes.

Une autre particularité de la Région wallonne, par rapport à l'ensemble de la Belgique, est que le taux d'accidents varie selon le niveau d'éducation : le taux des traumatismes accidentels au travail est plus élevé dans le groupe des diplômés du secondaire inférieur (7,5%) que dans le groupe des diplômés de l'enseignement supérieur (2,5%). La différence reste significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

Les accidents dans le milieu scolaire

0,9% de la population de Belgique déclare avoir été blessée dans un accident à l'école au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Le pourcentage de la population qui a été blessé par accident à l'école est le plus élevé parmi les enfants de 0-14 ans (2,8%) et les jeunes de 15-24 ans (1,4%).

En se concentrant sur les enfants en âge scolaire (6-11 ans, 12-18 ans et 19-24 ans), nous pouvons constater que 2,3% des enfants dans le groupe d'âge 6-24 ans ont rapporté avoir été blessés accidentellement à l'école dans l'année qui a précédé l'interview.

Les blessés par un accident à l'école sont plus nombreux parmi les enfants de 12-18 ans (presque la moitié), suivis par les plus jeunes de 6-11 ans (42%). Ce sont aussi plutôt les garçons (57%) que les filles (43%) qui rapportent avoir été victimes d'un accident à l'école.

Tableau 1 Distribution (%) des victimes de blessures accidentelles à l'école, selon l'âge et le sexe, chez les enfants/jeunes en âge scolaire.

Groupes d'âge	Garçons	Filles	Total
6-11 ans	16,9	25,4	42,3
12-18 ans	35,6	13,9	49,5
19-24 ans	4,9	3,3	8,2
Total	57,4	42,6	100,0

Les accidents domestiques

3% de la population totale de Belgique rapporte avoir été victime d'un accident domestique ou pendant les loisirs au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête.

Cet indicateur ne présente pas de différence significative entre les hommes (4%) et les femmes (3,1%). On observe significativement moins d'accidentés à la maison / lors des loisirs chez les personnes de 45-64 ans (2%) par rapport aux plus jeunes (taux variant entre 3% et 6%). Par ailleurs, ce taux atteint 7% chez les personnes âgées de 75 ans et plus, et concerne surtout les femmes.

Les chutes des personnes âgées

Concernant les chutes des personnes âgées, leur prévalence est plus élevée en Région bruxelloise (28%) que dans les Régions flamande et wallonne (19% dans les deux Régions). Il n'y a pas de différences régionales (après ajustement pour l'âge et le sexe) au regard du nombre moyen de chutes rapportées.

Selon l'enquête de santé de 2013, une personne sur cinq (20%) âgée de 65 ans et plus – voire une personne sur quatre (26%) de 75 ans et plus – déclare être tombée au moins une fois dans l'année qui précède l'enquête. Environ une chute sur dix se traduit par une fracture de la hanche ou d'autres blessures graves qui conduisent souvent à un déclin fonctionnel, voire un décès. La récupération après une chute chez les personnes âgées dépend souvent de leur état préalable. La condition fonctionnelle avant la chute est donc un facteur déterminant de la condition fonctionnelle après la chute.

La violence

Selon l'enquête de santé de 2013, en Belgique, 10% de la population de 15 ans et plus déclare avoir été victime de violence (verbale, psychologique, physique ou sexuelle, ou vol) au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête.

Autant d'hommes que de femmes rapportent avoir été victimes de faits de violence au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Les personnes de 15 à 54 ans sont plus nombreuses (11 à 13%) à rapporter avoir été victimes de violence, puis cette proportion baisse avec l'âge pour ne concerner plus que 4% des seniors de 75 ans et plus. Ce pourcentage de victimes parmi les aînés est plus bas que celui observé dans le groupe des plus jeunes (12% des 15-24 ans) et cette différence reste significative après standardisation le sexe.

La distribution du pourcentage de victimes de violence n'est pas fonction des niveaux d'éducation. Les résidents des communes urbaines sont plus nombreux (11%) à rapporter avoir été victimes de faits de violence au cours des 12 mois précédant l'enquête que ceux des communes semi-urbaines (8%).

Le pourcentage de personnes de 15 ans et plus qui déclarent avoir subi des faits de violence dans les 12 mois écoulés est plus élevé en Région bruxelloise (15%) et en Région wallonne (12%) qu'en Région flamande (9%).

En Région wallonne, la distribution des victimes de violence par sexe est similaire à celle obtenue au niveau national. Ici également, l'âge joue un rôle : les pourcentages de victimes sont plus élevés dans les groupes d'âge entre 15 et 64 ans (13% à 15%), mais ils tombent à 6% dans le groupe d'âge de 65 à 74 ans, et à 2% à partir de l'âge de 75 ans. Comme pour le pays en entier, le niveau d'éducation ne semble pas ici être un facteur discriminant pour les victimes de violence. Contrairement aux résultats nationaux, le nombre de victimes ne varie pas en fonction du degré d'urbanisation du lieu de résidence. La prévalence des victimes de violence en Région wallonne est restée relativement stable entre 2004 (13%) et 2013 (12%).

Type de violence subie

Selon l'enquête de santé de 2013, en Belgique

- 4,2% de la population de 15 ans et plus déclare avoir été victime d'un vol, d'un vol à main armée ou d'un cambriolage
- 7,2% de la population de 15 ans et plus déclare avoir été victime de violence verbale ou psychologique

- 2,0% de la population de 15 ans et plus déclare avoir été victime de violence physique au cours des 12 mois précédant l'enquête.

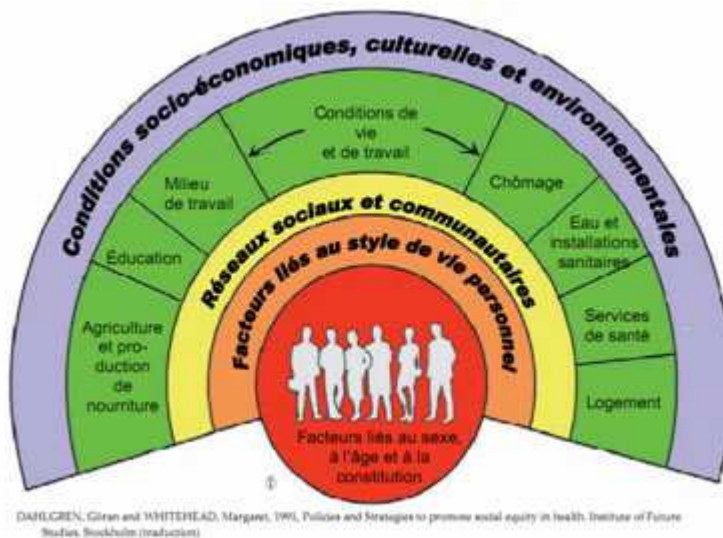
Lieu où la violence a été perpétrée

5% de la population âgée de 15 ans et plus indique avoir été victime de violence au domicile, 4% dans un lieu public ou sur la voie publique et 1% ailleurs ; 4% de la population de 15 à 64 ans a été victime de violence au travail ou à l'école.

III. Focus sur les déterminants de santé

Comme déjà explicité ci-avant, l'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques.

Le modèle ci-dessous de *Dahlgren et Whitehead*⁵⁷ présente les déterminants de la santé en 4 niveaux qui interagissent



- Le premier niveau « **Facteurs liés au style de vie personnel** » concerne les comportements et styles de vie personnels, influencés par les modèles qui régissent les relations avec l'entourage et dans l'ensemble de la collectivité. Ces rapports peuvent être favorables ou défavorables à la santé. Les personnes défavorisées ont tendance à montrer plus fréquemment des comportements peu favorables à la santé comme la consommation de tabac, de la sédentarité et/ou une alimentation inadéquate, à participer moins aux programmes de prévention (même s'ils sont gratuits) et ont plus tendance à reporter les soins pour raison financière.

Ces comportements sont rarement le fait d'un choix volontairement néfaste pour la santé mais sont plutôt déterminés par une série de facteurs socio-économiques : pauvreté et difficultés à faire face aux dépenses, littéracie en santé insuffisante, isolement, mauvaise estime de soi, etc.

Par ailleurs, les « life skills » ou « compétences de la vie » sont les aptitudes pour un comportement adaptatif et positif qui permet aux individus de faire face efficacement aux

⁵⁷ Whitehead, M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health. The lancet, 1991, n° 338 : p. 1059–1063.

exigences et aux défis de la vie quotidienne (définition de l'OMS). En particulier, elles constituent un groupe de compétences psychosociales et de compétences interpersonnelles qui aident les gens à prendre des décisions éclairées, à résoudre des problèmes, à réfléchir de façon critique et créative, à communiquer efficacement, à établir des relations saines, à faire preuve d'empathie et à gérer sa vie de façon saine et productive.

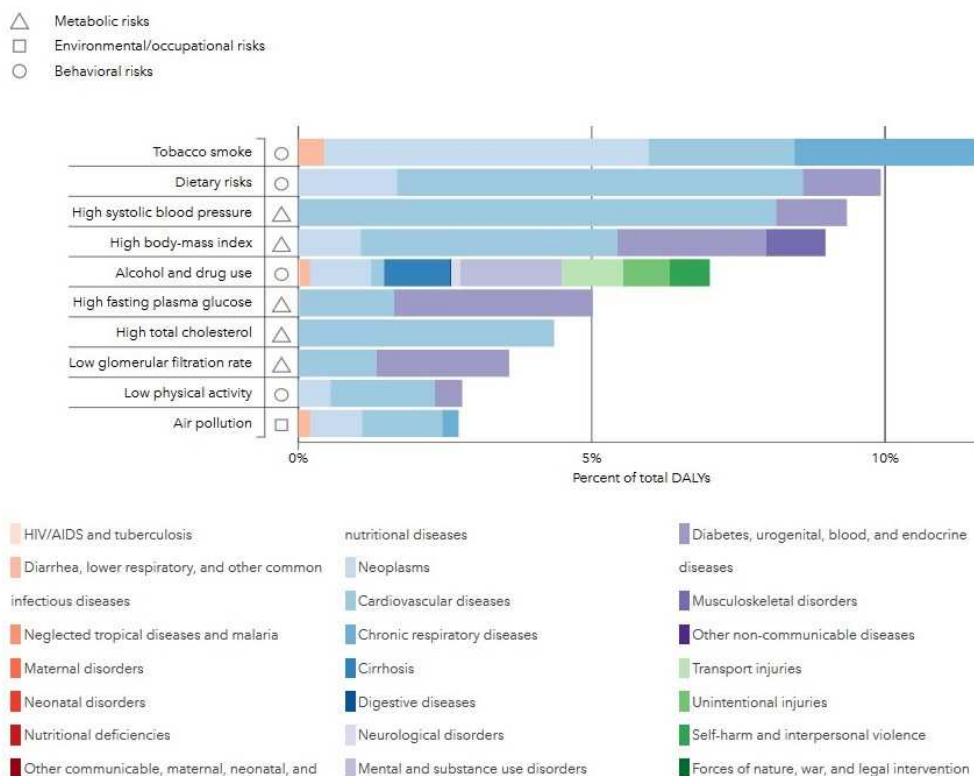
- Le second niveau « **Réseaux sociaux et communautaires** » comprend les influences sociales et collectives : la présence ou l'absence d'un soutien mutuel dans le cas de situations défavorables a des effets positifs ou négatifs. *Ces interactions sociales et ces pressions des pairs influencent les comportements individuels de façon favorable ou défavorable. Elles sont elles-mêmes influencées par le contexte socio-économique. Par contre, agir sur une approche collective peut être un levier important pour les politiques de santé.*
- Le troisième niveau « **Facteurs liés aux conditions de vie et de travail** » se rapporte à l'accès au travail, l'accès aux services et aux équipements essentiels : eau, habitat, services de santé, nourriture, éducation mais aussi conditions acceptables de travail. Dans cette strate, les conditions de logement plus précaires, l'exposition à des conditions de travail plus dangereuses et stressantes, l'absence d'un emploi rémunéré ou encore un accès plus limité aux services créent des risques différentiels pour les personnes socialement désavantagées.
- Le quatrième niveau « **Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales** » englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble. Ces conditions, comme la situation économique du pays et les conditions du marché du travail, ont une incidence sur toutes les autres strates. De même, les croyances culturelles sur la place des femmes dans la société ou les attitudes profondes par rapport aux communautés ethniques minoritaires peuvent influencer sur leur niveau de vie et position socioéconomique.

Il est donc évident que pour être efficace, le Plan wallon de prévention et promotion de la santé devra s'appuyer sur le concept de santé dans toutes les politiques et agir sur les facteurs de risques à chaque niveau dans une perspective de « *make the healthy choice, the easy choice* » (faire du choix de santé, le choix le plus facile).

Les principaux facteurs de risque

Une approche intéressante est d'analyser le poids des maladies attribuables aux principaux facteurs de risque.

BURDEN OF DISEASE ATTRIBUTABLE TO LEADING RISK FACTORS, 2013



Risk factors are potentially modifiable causes of disease and injury.

Source : <http://www.healthdata.org/belgium>

Selon le rapport 2015 de la performance du système de santé belge, 22% des wallons et wallonnes de plus de 15 ans sont des fumeurs quotidiens, 16% des wallons et wallonnes de plus de 18 ans sont obèses, 66% des wallons et wallonnes entre 18 et 64 ans font moins de 30 min d'activité physique quotidiennement et 5% des wallons et wallonnes de plus de 15 ans ont une consommation d'alcool à risque.⁵⁸

⁵⁸ Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. La performance du système de santé Belge - Rapport 2015. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 259B. D/2015/10.273/02 (page 55).

Les problèmes liés à la nutrition et leurs conséquences (surpoids, obésité et dénutrition)

La qualité de l'alimentation est un déterminant majeur des maladies chroniques et à ce titre fait l'objet d'une thématique prioritaire du plan régional promotion de la santé et prévention : maladies cardiovasculaires, cancers, maladies digestives et respiratoires mais aussi santé mentale via notamment l'image de soi, l'influence des rythmes alimentaires sur l'humeur et le sommeil.

C'est également un déterminant de l'amélioration du bien-être.

L'alimentation touche tout le monde, quel que soit son âge et son milieu de vie.

En Belgique, en 2014, 51% de la population âgée de 3 à 64 ans présente un IMC (indice de masse corporelle) considéré comme normal, 29% de la population est considérée comme étant en surcharge pondérale et 16% comme étant obèse. A l'inverse, 4% de la population possède une carence pondérale. (60)

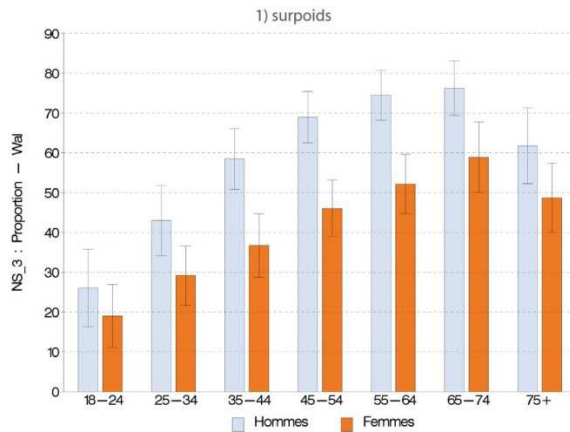
En 6^e primaire (pour l'année scolaire 2009-2010), 24% des élèves étaient en surpoids et 10% étaient obèses en Communauté française.⁵⁹ En Région wallonne, la proportion de surpoids chez les élèves de 6^e primaire varie entre 27% dans la province du Hainaut et 17% dans la province du Brabant Wallon tandis que la proportion d'élèves obèses varie entre 12% dans la province du Hainaut et 5% dans la province du Brabant Wallon.⁶⁰

Les figures ci-dessous présentent les pourcentages d'adultes de plus de 18 ans en surpoids et obèses. A l'exception du groupe le plus âgé, les pourcentages d'adultes en surcharge pondérale et obèse augmentent avec l'âge.

⁵⁹ Le statut pondéral est calculé sur base de l'indice de masse corporelle (IMC). La mesure de l'IMC est aujourd'hui la méthode la plus utilisée pour déterminer si une personne présente un surpoids ou une obésité. L'IMC est calculé en divisant le poids en kilogramme d'une personne par le carré de sa taille en mètre.

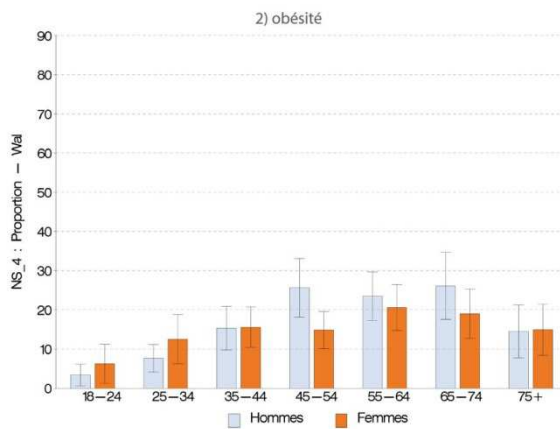
⁶⁰ « La Fédération Wallonie-Bruxelles en chiffres », édition 2013

Pourcentage de la population adulte qui souffre de surpoids (imc \geq 25) par sexe et par âge



Source : Enquête de Santé, Rapport 2 : comportements de santé et style de vie, Belgique, 2013

Pourcentage de la population adulte qui souffre d'obésité (IMC \geq 30), par sexe et par âge



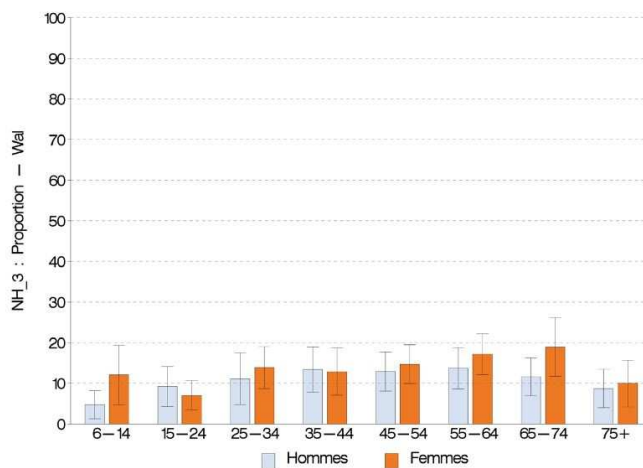
Source : Enquête de Santé, Rapport 2 : comportements de santé et style de vie, Belgique, 2013

En termes de consommation quotidienne de fruits et légumes, après standardisation pour l'âge, autant de femmes (13%) que d'hommes (11%) consomment la quantité journalière recommandée de fruits et légumes. Après standardisation pour le sexe, le groupe de 55-74 ans (15%) est le seul à dépasser significativement celui des 6-14 ans (8%).⁶¹

⁶¹ Enquête de Santé, Rapport 2 : comportements de santé et style de vie, Belgique, 2013

Pourcentage de la population de plus de 6 ans qui consomme la quantité journalière recommandée de fruits et de légumes par sexe et par âge en Région wallonne (2013)

Figure 30 Pourcentage de la population (de 6 ans et plus) qui consomme la quantité journalière recommandée de fruits et légumes (au moins 5 portions), par sexe et par âge, Enquête de Santé, Belgique, 2013 – Région wallonne



Source : Enquête de Santé, Rapport 2 : comportements de santé et style de vie, Belgique, 2013

En Région wallonne, la prévalence de consommation quotidienne de boissons rafraîchissantes sucrées est, après standardisation pour l'âge, significativement plus élevée chez les hommes (33%) que chez les femmes (26%). Le pourcentage le plus élevé est observé chez les 15-24 ans (48%), mais aussi parmi les 25-34 ans (46%), où les hommes se démarquent (56%). Dès 45 ans, le pourcentage est plus faible après standardisation pour le sexe (de 22% chez les 45-54 ans à 14% chez les 75 ans et plus).⁶² La notion que l'eau est la boisson de référence et que les récepteurs de la satiété détectent moins facilement pas les calories liquides ne sont pas encore des notions connues du grand public. Si le contenu calorique des boissons rafraîchissantes commence à être connu, on parle rarement de celui des boissons alcoolisées (7kcal/g d'alcool)

Près d'un enfant sur trois (62%) indique consommer des collations sucrées ou salées tous les jours, ce pourcentage retombant ensuite à 52% chez les 15-24 ans pour atteindre 32% parmi les 75 ans et plus.

En parallèle, un autre phénomène nécessitant une prise en charge spécifique est très présent chez nos aînés : la dénutrition, que nous pouvons définir comme étant *un état pathologique provoqué par l'inadéquation persistante entre les besoins métaboliques de l'organisme et les apports et/ou l'utilisation de ces apports, en énergie et/ou protéines et/ou micronutriments. Elle peut être liée à une réduction des apports ou à une augmentation des besoins métaboliques. Elle se caractérise par une*

⁶² Enquête de Santé, Rapport 2 : comportements de santé et style de vie, Belgique, 2013

perte de masse maigre et souvent de masse grasse (...). Elle induit des changements mesurables des fonctions corporelles physiologiques responsables d'une aggravation du pronostic des maladies. » Il s'agit d'un phénomène complexe et multifactoriel dont les conséquences d'un point de vue économique et humain sont considérables. De nombreuses variables peuvent mener à la dénutrition : l'isolement social, le statut socio-économique, la santé bucco-dentaire, les troubles de la déglutition et maladies du système digestif, le manque d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne, les troubles psychiatriques et cognitifs. Une prise en charge efficace de ce phénomène nécessite donc une vision globale et une intervention à de multiples niveaux.

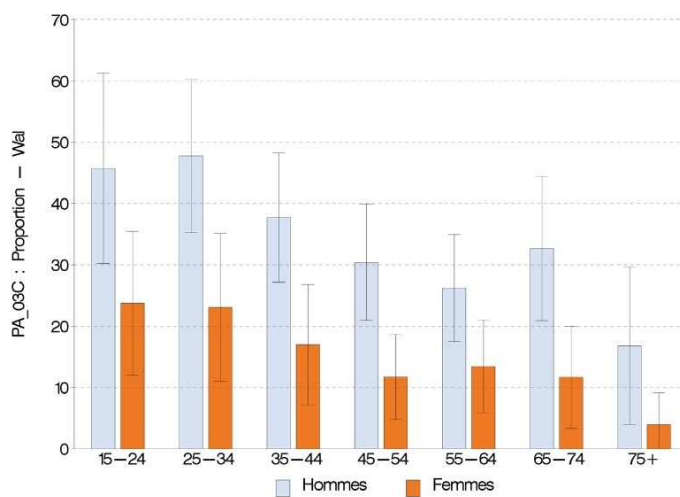
Sédentarité

En Région wallonne, le pourcentage de la population de 15 ans et plus qui déclare pratiquer au moins 30 minutes par jour d'activité physique (modérée ou intense) est relativement bas (31%). Le pourcentage est deux fois plus élevé chez les hommes (44%) que chez les femmes (19%).

Le taux est plus élevé chez les jeunes adultes (15-24 ans) : 46% déclarent pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique par jour mais ce pourcentage n'est pas significativement différent (après standardisation pour le sexe) de celui observé chez les 25-34 ans (44%) et les 35-44 ans (36%). Ce pourcentage diminue ensuite jusqu'à 10% chez les plus âgés (75 ans et plus).

Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) qui pratique une activité physique suffisante pour avoir un impact positif sur la santé par âge et par sexe.

Figure 10 Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) qui pratique une activité physique suffisante pour avoir un impact positif sur la santé, par âge et par sexe, Enquête de Santé, Belgique, 2013 – Région wallonne



Source : Enquête de Santé, Rapport 2 : comportements de santé et style de vie, Belgique, 2013

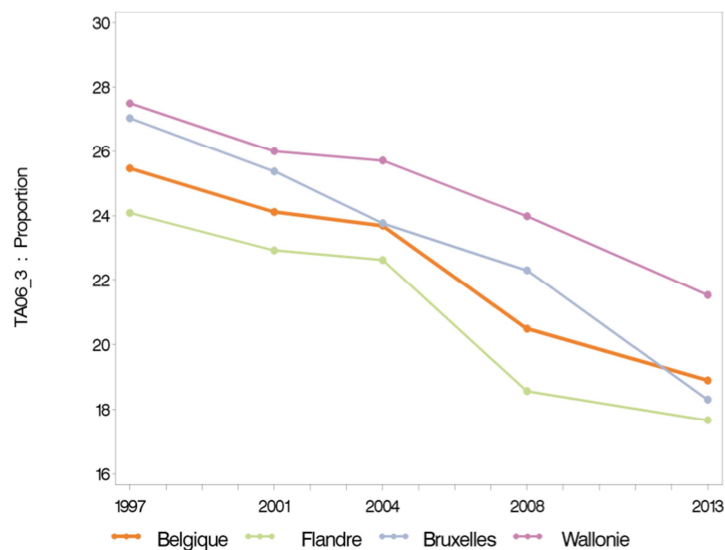
Consommation de tabac

La consommation de tabac est une cause majeure de morbidité et de mortalité. S'ils n'arrêtent pas leur consommation, la moitié des fumeurs décèdera d'une maladie causée par le tabagisme. Parmi eux, certains meurent jeunes : un quart de ces fumeurs décèdera entre 35 et 69 ans. Cependant, cette mortalité n'est pas une fatalité même chez ceux qui fument depuis longtemps : en arrêtant à 50 ans, un fumeur réduit de moitié ce risque mortel. Il le réduit presque complètement en arrêtant à 30 ans⁶³.

D'après l'Enquête de santé par interview, en 2013 sur la population âgée de plus de 15 ans, "c'est en Région wallonne que l'on trouve le plus grand nombre relatif de fumeurs (25%) et fumeurs quotidiens (21,5%). Parmi les non-fumeurs, 20% sont ex-fumeurs et 55% n'ont jamais fumé". En Wallonie, les fumeurs quotidiens fument en moyenne 16 cigarettes par jour.

La figure ci-dessous nous permet de visualiser par région et par année le pourcentage de la population âgée de plus de 15 ans qui fume quotidiennement.

Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) qui fume quotidiennement, par Région et par année



Source : Enquête de Santé, Rapport 2 : comportements de santé et style de vie, Belgique, 2013

⁶³ Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ : British Medical Journal*, 328(7455), 1519. <http://doi.org/10.1136/bmj.38142.554479.AE>

Même s'ils sont plus élevés que dans le reste du pays, le pourcentage des grands fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour) diminue également en Wallonie au cours du temps, passant de 12% de la population en 2004 à 8% en 2013. Comme dans le reste du pays, un fumeur quotidien sur dix présente une forte dépendance au tabac, c'est-à-dire une consommation de plus de 20 cigarettes par jour et une première cigarette dans la demi-heure qui suit le réveil. L'enquête révèle également que l'âge moyen de la première cigarette est de 16 ans mais que l'usage régulier de la consommation tabagique se situe en moyenne à 18 ans.

Selon une analyse du FARES basée sur les données de l'Enquête de santé par interview, « *dans cet échantillon, la part des femmes qui fument quotidiennement est inférieure à celle des hommes, mais elle diminue plus lentement, ce qui mène à un rapprochement entre ces proportions. En effet, en 1997, 31,2% des hommes étaient des fumeurs quotidiens, pour 19,7% des femmes, une différence de 11,5 points de pourcentage. En 2013, 21,6% des hommes et 16,4% des femmes étaient des fumeurs quotidiens, une différence réduite à 5,2 points de pourcentage.* » En outre, les personnes fument d'autant plus souvent que leur diplôme est moins élevé. « *La différence entre les plus gros fumeurs (personnes ayant un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur) et les plus petits fumeurs (personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur) ne diminue pas, passant de 12,0 points de pourcentage en 1997 à 16,0 points de pourcentage en 2008 pour revenir à 14,2 points de pourcentage en 2013.* »

Evolution de la consommation de tabac en Belgique

Tableau 2 | Evolution des indicateurs concernant la consommation de tabac

	1997	2001	2004	2008	2013
Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui ...					
fume actuellement	30,3	28,6	27,6	24,5	23,0
fume quotidiennement	25,5	24,1	23,7	20,5	18,9
fume 20 ou plus cigarettes/jour (grands fumeurs)	10,5	9,7	10,1	7,4	6,5
ne fume plus (ex-fumeur)	24,1	30,6	19,9	21,8	21,3
n'a jamais fumé (plus de 100 cigarettes dans sa vie)	45,6	40,8	52,5	53,7	55,8
a déjà fumé quotidiennement pendant plus d'un an				41,1	39,0
Pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans qui...					
fume actuellement	32,2	31,2	26,5	24,9	21,8
fume quotidiennement	24,9	24,6	22,9	18,7	17,2
fume 20 ou plus cigarettes/jour (grands fumeurs)	7,2	5,4	6,1	4,7	4,1
Moyennes dans la population de fumeurs de 15 ans et plus :					
Age moyen à la première cigarette fumée entièrement					16,2
Age moyen au début du tabagisme régulier			17,5	17,4	18,1
Nombre moyen d'années de tabagisme quotidien				20,7	21,3
Pourcentage de fumeurs quotidiens de 15 ans et plus qui...					
présente une (très) forte dépendance tabagique			13,9	11,2	9,5
a déjà tenté d'arrêter de fumer				68,4	71,4

Source: Enquête de Santé, Rapport 2 : comportements de santé et style de vie, Belgique, 2013

La consommation tabagique tend à diminuer au cours des trois dernières décennies. Cependant, le problème reste préoccupant, notamment auprès de la population des 15-24 ans puisque 19% fument encore en 2013 en Wallonie et 22% dans le reste du pays.

Selon l'enquête HBSC (2014) réalisée dans les écoles secondaires en Belgique francophone, 9% des adolescents déclarent consommer du tabac quotidiennement. Ce pourcentage est certes en diminution par rapport aux données recueillies en 1998 et en 2010. Cependant, il convient d'analyser ces données avec prudence puisque, comme le signalent les auteurs, cette baisse « pourrait être en partie expliquée par un changement dans la formulation de la question sur l'expérimentation du

tabagisme, qui précède celle sur la fréquence de consommation actuelle de tabac ». La proportion des jeunes qui déclare fumer du tabac quotidiennement augmente avec l'avancée dans le cursus scolaire, et ce sans aucune distinction de genre. Enfin, 1 élève du secondaire sur 5 aurait déjà utilisé la cigarette électronique.

Consommation d'alcool

Les données issues de l'enquête par interview (2013) montrent qu'en Wallonie, en 2013, sur la population âgée de 15 ans et plus, 82% avait consommé au moins une boisson alcoolisée au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête ; 35% avait consommé de l'alcool de manière hebdomadaire mais pas quotidienne tandis que 16% avait bu de manière quotidienne. Les 51% de Wallons qui consommaient de manière hebdomadaire consommaient en moyenne 11 verres par semaine.

Le tableau n°8 ci-dessous illustre la situation au niveau national.

Tableau n°8 : consommation d'alcool des 15 ans et plus

Tableau 1 | Évolution des indicateurs concernant la consommation d'alcool

	1997	2001	2004	2008	2013
Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui ...					
a consommé de l'alcool dans les 12 derniers mois	84,1	80,5	84,2	80,4	81,8
consomme de l'alcool tous les jours	7,7	9,6	9,2	12,0	14,2
présente une sur-consommation (F>14 v/s ; M>21 v/s)*	7,0	9,3	9,0	7,9	6,4
s'adonne à une hyper-alcoolisation hebdomadaire**				8,1	8,5
a consommé 6 verres d'alcool en 2h ces 12 derniers mois					4,8
a déjà présenté une consommation problématique		6,6	7,8	10,2	10,5
Pourcentage des consommateurs hebdomadaires d'alcool qui ...					
présente une sur-consommation (F>14 v/s ; M>21 v/s)*	12,0	16,1	14,4	13,5	12,7

Source: Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

* La sur-consommation est définie (OMS) comme plus de 14 verres de boissons contenant de l'alcool par semaine (v/s) pour les femmes et 21 verres par semaine (v/s) pour les hommes.

**L'hyper-alcoolisation fait référence à la consommation de 6 ou plus boissons alcoolisées au cours d'une même occasion.

Source : Enquête de Santé, Rapport 2 : comportements de santé et style de vie, Belgique, 2013

Toujours selon l'Enquête de santé par interview, en 2013, le pourcentage de consommateurs hebdomadaires en Wallonie qui présentait une surconsommation (plus de 14 verres par semaine

pour les femmes et de 21 verres pour les hommes selon les recommandations de l'OMS) s'élevait à 15%, contre 14% à 15% entre 2001 et 2008. 8% de la population présentait un comportement d'hyper-alcoolisation hebdomadaire (consommation de 6 boissons alcoolisées ou plus en une même occasion). Ce nombre n'a pas augmenté par rapport à 2008.

Enfin, 5% de la population belge a présenté au moins un épisode de **'binge-drinking'** (consommation de 6 boissons alcoolisées en 2 heures) au cours des 12 derniers mois. Le binge-drinking est en augmentation auprès des jeunes de 15 à 24 ans : de 12% en 2008, il est passé à 14% en 2013. 29% des jeunes wallons auraient déjà présenté ce type de comportement contre 15% des jeunes néerlandophones et 5% des jeunes bruxellois.

En Belgique, les hommes présentent plus de comportements à risque que les femmes en ce qui concerne l'hyper-alcoolisation (13% des hommes et 4% des femmes) et le binge-drinking (9% des hommes et 1% des femmes).

La surconsommation hebdomadaire d'alcool est bien présente tant chez les hommes que chez les femmes et ce pour toutes les tranches d'âges comme en témoigne le tableau n°9.

Tableau : Comportements de santé par groupe d'âge et par sexe

Tableau 2.6. | Comportements de santé par groupe d'âge et par sexe

SOURCE : ENQUÊTE NATIONALE DE SANTÉ, ISP – CALCULS HISIA
NOTE: 1. 15 VERRÉS ET PLUS CHEZ LES FEMMES, 22 VERRÉS ET PLUS CHEZ LES HOMMES

Proportion de la population wallonne de 15 ans et plus (en %)		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Wallonie	Belgique
qui mange au moins un fruit par jour	Hommes	35	39	44	50	58	52	57	49	51
	Femmes	45	50	57	59	70	60	67	59	61
qui déclare pratiquer des activités physiques dans leurs loisirs	Hommes	77	70	77	74	72	71	50	72	77
	Femmes	75	71	69	69	58	55	40	64	69
qui fume quotidiennement	Hommes	16	30	30	27	28	12	11	24	22
	Femmes	17	20	25	25	26	12	3	19	16
avec une surconsommation hebdomadaire d'alcool ¹	Hommes	9	9	5	13	14	12	5	10	8
	Femmes	3	2	3	7	10	6	3	5	5

Source : IWEPS, « Les chiffres-clés de la Wallonie », n°14, 2015

Les autres drogues⁶⁴

La prévalence de l'usage de cannabis sur la vie (expérimentation du produit au moins une fois au cours de la vie) était, en 2013, de **15%** dans la population wallonne âgée de 15 à 64 ans. Elle est plus marquée au sein de la tranche d'âge des **25-34 ans (32%)** ainsi que pour les 15-24 ans (21%). **Celle de l'usage actuel** (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) était de **4%** en Wallonie en 2013. Toutefois, il concerne surtout les 15-24 ans (8%) ainsi que les 25-34 ans (7%). **L'usage quotidien (ou presque) de cannabis** concernerait **0,7%** de la population wallonne âgée de **15 à 64 ans**.

La consommation régulière de cannabis pourrait non seulement aggraver des problèmes de santé mentale, comme la dépression et les troubles psychotiques, mais également accélérer leur survenue. Le cannabis est en outre cancérigène. Fumer régulièrement du cannabis est donc nocif pour la santé et cette nocivité est renforcée par la consommation concomitante de tabac ; chez les jeunes, c'est également une source de décrochage scolaire. La consommation occasionnelle quant à elle augmente le risque d'accident en cas de conduite d'un véhicule.^{65,66}

D'après l'enquête de santé par interview, en 2013, **la prévalence d'usage sur la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis** était de **2,6%** dans la population wallonne âgée de 15 à 64 ans (5,6% à Bruxelles). La tranche d'âge la plus concernée était celle des **25-34 ans (7,8%)**.

La prévalence d'usage de **legal highs** (nouvelles drogues de synthèse) sur la vie s'élève quant à elle à environ 8% pour les répondants belges (+ 4% par rapport à 2011). En janvier 2010, un total de 170 sites Internet vendaient certains euphorisants légaux prédéfinis, ce nombre est passé à 314 en janvier 2011, puis à 693 en janvier 2012 et **651 en 2013** (EMCDDA).

Concernant les demandes de traitement (TDI) :

- **Les patients pris en charge pour un problème de consommation d'alcool ou de drogues sont majoritairement de sexe masculin et de nationalité belge.**
- Une importante proportion des demandeurs est peu ou pas scolarisée et sans emploi, et n'avait pas de logement stable dans les 30 jours précédant la demande de traitement : **la précarité sociale, qui mène souvent à l'exclusion sociale, concerne toujours un grand nombre d'utilisateurs pris en charge dans ces centres spécialisés wallons.**

⁶⁴ http://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox_synthe%CC%80se_2015_web.pdf

⁶⁵ Quertemont, E., Scuvée-Moreau, J., Seutin, V. (2010). Regards croisés sur le cannabis. Wavre, Mardaga.

⁶⁶ <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsdisorders/cannabis.aspx>

- **Les produits les plus fréquemment à l'origine des demandes de traitement** enregistrées sur la période 2011-2014 sont les **opiacés** (43% en Wallonie) et **l'alcool** (30% en Wallonie). Les demandes liées à la cocaïne (dont le crack) sont mentionnées par environ un demandeur sur 10 (10% en Wallonie). Le cannabis est à l'origine d'une demande de traitement en Wallonie dans 14% des cas.
- **L'âge moyen de la première consommation du produit à l'origine de la demande est d'environ 19 ans en Wallonie.** Près de 21% des demandeurs ont déclaré avoir déjà eu recours à l'injection en Wallonie. Enfin, près de 50% des patients ont introduit la demande de traitement de leur propre chef en Wallonie. Les demandes émanant de la justice sont nettement plus fréquentes en Wallonie (15%) qu'à Bruxelles (3%).

C. Approches transversales et thématiques

Par le transfert de compétences, la Wallonie a l'opportunité de redéfinir le paysage en matière de prévention et de promotion de la santé et de se doter d'un nouveau système préventif dans le domaine de la santé. Ce Plan a pour ambition d'en constituer la pierre angulaire.

La **finalité** du Plan est de contribuer à l'amélioration de la santé pour l'ensemble des Wallonnes et des Wallons. A cette fin, la **santé** sera considérée comme un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁶⁷. Le présent Plan doit œuvrer pour que les wallonnes et les wallons puissent bénéficier le plus équitablement de ce droit.

Pour ce faire, d'une part, le Plan définit les objectifs stratégiques transversaux applicables à l'ensemble des priorités de santé. Ces objectifs sont indispensables pour s'assurer de la qualité et de l'efficacité de la promotion de la santé et ainsi faire face aux défis actuels en matière de santé.

Et d'autre part, le Plan fixe des objectifs stratégiques thématiques sur base des données épidémiologiques citées plus avant ;

I. Objectifs stratégiques transversaux

1) Promouvoir la santé dans toutes les politiques (Health in all policies - HIAP)

Le concept HIAP prôné par l'OMS consiste à réfléchir aux implications de toute politique, quelle que soit sa nature, sur la santé. Le Plan s'intéresse principalement aux domaines pour lesquels la Wallonie dispose de leviers d'action. Pour les autres domaines, des protocoles de collaboration devront être conclus avec les autres niveaux de pouvoir. Cependant, la promotion de la santé ne peut se déployer pleinement sans le concours des autres secteurs, notamment les suivants : action sociale, environnement, logement, justice, enseignement, emploi, mobilité, aménagement du territoire et développement durable. La responsabilité de la Wallonie est par conséquent d'être proactive pour décroiser les secteurs, quel que soit le niveau de pouvoir compétent, et pour prendre le leadership en matière de promotion de la santé.

⁶⁷ Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946

La politique de promotion de la santé doit associer des approches différentes, mais complémentaires : **législatives, financières, fiscales et organisationnelles** notamment. Cette action coordonnée doit conduire à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité.

Cette politique suppose d'identifier les obstacles à l'adoption de politiques favorables à la santé dans les secteurs non sanitaires et les moyens de surmonter ces obstacles. Le but est de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables de ces politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé. **L'évaluation systématique des effets sur la santé (EIS)** d'un environnement en évolution rapide – notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation – est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

A cet égard, **le Gouvernement wallon souhaite** suivre l'exemple de la Finlande où les **évaluations intégrées incluant la santé sont requises dans toutes les propositions législatives**. Le Plan prévoit que la promotion du bien-être et de la santé ainsi que la réduction des inégalités seront prises en compte dans tous les processus de décision sociétaux et intégrés aux activités de tous les secteurs administratifs ou ministériels.

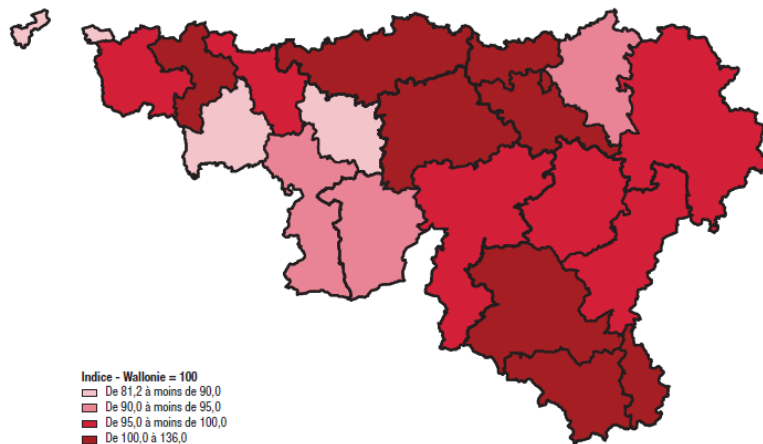
2) Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités sociales de santé

Les **inégalités en matière de santé** reflètent les fractures économiques et sociales de la société. A mesure que les pressions économiques s'accroissent et que les coûts des soins de santé augmentent, le risque d'exclusion s'accroît, laissant souvent de côté ceux dont les besoins sanitaires sont les plus grands. Parmi les inégalités, celles qui portent sur la santé apparaissent comme particulièrement injustes car elles contribuent à une souffrance, des maladies plus précoces, plus graves, avec plus de conséquences négatives. Elles tuent à large échelle et à bas bruit alors que l'évolution des connaissances scientifiques et des technologies permettent des progrès considérables.⁶⁸

Ecart en matière de revenus en Wallonie.⁶⁹

Carte 6.1. | Solde des revenus primaires par habitant en 2010 par arrondissement (indice Wallonie = 100)

SOURCE : INSTITUT DES COMPTES NATIONALS (ICN) - CALCULS IWEPs



La détermination profonde du Gouvernement wallon est de permettre à chacune et à chacun d'accéder à son plein potentiel de santé, et ce, quelles que soient sa position sociale, son origine et ses caractéristiques personnelles. Cette approche rejoint ainsi l'objectif de développement durable 2030 « *leave no one behind* » pour les publics vulnérables (enfants, handicapés, réfugiés, personnes en situation de précarité).

Il s'agit d'abord et avant tout de donner les mêmes chances à tous de développer et maintenir un bon état de santé et les capacités maximales à mener une vie de qualité satisfaisante.

⁶⁸ Selon les résultats de recherche de la Base de données Nationale de Mortalité, il apparaît qu'en Belgique aussi les risques de décès, des hommes comme des femmes, dépendent du niveau d'éducation, du statut professionnel et de la qualité de logement. L'espérance de vie d'un homme de 25 ans sans diplôme est inférieure de 5.5 années à celle d'un homme du même âge titulaire d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type long. IN Bossuyt N, Gadeyne S, Deboosere P, Van Oyen H. *Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium. Public Health 2004 ; 118 : 310.*

⁶⁹ https://www.iweps.be/sites/default/files/iweps_chiffres_cles_2013deg.pdf

3) Favoriser l'accessibilité et veiller à une bonne couverture territoriale en matière de prévention et de promotion de la santé

Complémentairement à la lutte contre les inégalités sociales de santé qui permet entre autres d'améliorer l'accessibilité financière, il importe également d'assurer une bonne couverture territoriale en matière de programmes de prévention et de promotion de la santé en garantissant à tous le même accès à ces soins.

En outre, parmi les difficultés d'accès à la prévention, figurent l'inégale densité géographique de l'offre de soins et des transports inadaptés pour compenser l'éloignement.

Les programmes développés devront veiller à couvrir l'ensemble du territoire wallon en évitant aussi les chevauchements d'activités.

4) Veiller à l'efficacité des actions et instaurer une culture d'évaluation continue

Au vu du contexte budgétaire actuel et de la diversité d'acteurs en prévention et promotion de la santé, les ressources disponibles doivent être utilisées le plus efficacement possible. En conséquence, il faut s'assurer de la qualité des actions, des projets et des programmes développés en cette matière. La qualité est soutenue par un examen *a priori* des actions, projets et programmes fondés sur des critères soigneusement définis (diagnostic des besoins et des critères pour l'action).

L'exigence d'évaluation qui accompagne le financement doit être poursuivie tout au long du projet afin de contribuer à créer une assurance qualité dans la mesure où ces informations sont utiles pour orienter, améliorer ou réorienter les actions des opérateurs. Le processus d'évaluation de la conception du projet à sa mise en œuvre constitue un socle pour l'assurance qualité des projets.

Il importe également de faire de la promotion intégrée : pas de redondance, pas de lacunes et chacun là où il est le plus compétent.

Pour bien évaluer, il convient au préalable de :

- Définir des objectifs de santé mesurables (quantifiables) et fixer des objectifs basés sur des besoins identifiés, faire la différence entre les objectifs opérationnels dont les porteurs de projet sont responsables et les autres (ceux qui sont influencés par le contexte) ;

- définir les critères pour mener le projet, les critères souhaitables pour le projet/l'action : par exemple faisabilité, participation, durabilité, etc. (démarche qualité) ;
- identifier les ressources nécessaires, financières et humaines.

Ces éléments permettront aussi de monitorer l'action/projet : vérifier en continu - par exemple avec un tableau de bord simple - que le projet se déroule comme prévu.

L'évaluation sera dans la mesure du possible participative, ce qui sera d'autant plus facile que la planification l'aura été.

Pour répondre aux besoins de la population, il faut proposer des interventions pertinentes qui ont fait preuve de leur efficacité. **L'Evidence Based Public Health (EBPH)** est défini comme la prise en compte de la preuve scientifique de l'efficacité et de la faisabilité d'une intervention en fonction des contraintes économiques, politiques et sociales ainsi que des préférences de la communauté⁷⁰.

Par conséquent, en Wallonie, la gestion et l'analyse de **données de santé objectives et pertinentes pour l'action doit se concrétiser dans un système intégré de collecte et de traitement de données sanitaires**. En tenant compte des modes de récolte et de traitement des données existants, il y a lieu de mettre en place un système de données fiable et protégé qui soutient la prise de décision et assure la surveillance (monitoring), le rapportage (reporting) et l'évaluation, incluant de nouvelles approches pour collecter les données de santé en vue d'améliorer de manière continue la santé des Wallons et des Wallonnes. Les collectes spécifiques de données, effectuées selon une périodicité variable (en continu, tous les ans, tous les 2 ou 4 ans, etc.) permettent de suivre des évolutions au cours du temps et sont des sources d'informations complémentaires aux données dites de routine (consommation de soins et services) ou administratives, pouvant justifier le développement d'actions et de programmes pertinents d'éducation, de prévention et de promotion de la santé⁷¹. Pour être utiles, le recueil de nouvelles données doit répondre à des normes de rigueur très strictes nécessitant un budget adapté.

A côté de cette évaluation continue, les organismes spécialisés en promotion de la santé apportent un soutien aux opérateurs en diffusant des outils et des pratiques conformes au cadre de la promotion de la santé préalablement défini. Ces informations sont utiles pour anticiper la bonne conception du projet de promotion de la santé. Les organismes situés à cheval entre le monde de la recherche et le monde de la pratique professionnelle peuvent faciliter le transfert de connaissances

⁷⁰ <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-hs-page-135.htm>

⁷¹ Régionalisation de la promotion de la santé : de la Fédération Wallonie-Bruxelles à la Wallonie et Bruxelles, Conseil supérieur de promotion de la santé, juin 2015, Revue Education santé.

scientifiques et pratiques qui permet de baliser le champ d'action des opérateurs de terrain conformément au cadre institutionnel et politique de la Région wallonne.

5) Intégrer les priorités de santé dans une approche selon le parcours de vie

La présentation du présent Plan prend la forme d'une **approche « parcours de vie »**. Cette approche est notamment prônée par la Déclaration de Minsk dans le contexte des objectifs de santé pour 2020 de l'OMS Europe. Ce choix se justifie par le domaine prioritaire numéro 1 de l'OMS Europe « Investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et responsabiliser les populations ».

Cette approche permet de connecter des objectifs circonstanciés en fonction des tranches d'âge dans les différentes thématiques prioritaires retenues. *« Les enfants prenant un bon départ dans la vie apprennent mieux et ont des vies plus productives. Les adultes qui ont la maîtrise de leur vie ont une plus grande capacité de participation économique et sociale ainsi qu'une meilleure aptitude à vivre sainement. Les personnes âgées en bonne santé peuvent continuer à contribuer activement à la société »*⁷².

La **Déclaration de Minsk** indique qu'une démarche « parcours de vie » se fonde sur l'interaction entre de multiples facteurs de promotion, de protection et de risque tout au long de la vie de la personne. La santé des individus et des générations est envisagée dans une perspective temporelle et sociétale, en incluant les déterminants intergénérationnels de la santé. La déclaration souhaite que l'ensemble des pouvoirs publics adopte cette perspective. Cette théorie « parcours de vie » propose de comprendre le développement humain en fonction de l'intentionnalité des individus, ainsi qu'en fonction des contextes sociaux et historiques dans lesquels ils évoluent.⁷³

Il s'agit de mener des politiques cohérentes qui ciblent l'ensemble de la vie humaine, tous âges et générations confondus, et ne se contentent pas de répondre aux besoins et maladies spécifiques à des stades de la vie définis avec précision. Il s'agit véritablement d'une approche globale et intégrée.

⁷² <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/priority-areas/life-course-approach>

⁷³ <http://www.revueintervention.org/numeros-en-ligne/143/la-theorie-du-parcours-de-vie-une-approche-interdisciplinaire-dans-letude-des>

6) Intégrer les priorités de santé dans une approche selon un continuum

L'approche « parcours de soins » place la réflexion stratégique dans l'optique d'un continuum promotion de la santé/prévention des maladies/soins curatifs et réduction des risques/revalidation (accompagnement)/soins palliatifs.

Les parcours de soins devraient consister en l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients et usagers au plus proche de leur lieu de vie. Il nécessite une évolution de notre système de santé historiquement centré sur le soin vers une prise en charge plus complète des individus. Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la promotion et de la prévention, du curatif, du médico-social et du social. Par ailleurs, la place de la participation des patients eux-mêmes, quel que soit leur âge, et de leur proches est maintenant reconnue comme primordiale.

Les objectifs finaux de l'approche « parcours » peuvent être résumés dans la phrase suivante : faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment, et au meilleur coût, en veillant à conserver l'ancrage de la personne dans son milieu de vie et en implique l'utilisateur et les proches dans les soins

Plus particulièrement, l'enjeu est d'articuler la médecine préventive et la promotion de la santé. Les stratégies doivent être développées d'une part, avec les intervenants de première ligne et le secteur ambulatoire et d'autre part, avec tous les autres intervenants impliqués dans les déterminants de la santé globale en amont et en aval des problématiques de santé⁷⁴, sans oublier les acteurs des autres domaines de vie du patient qui sont concernés par le problème de santé.

Cette démarche nécessite une approche combinée : au niveau individuel de chaque patient, au niveau collectif (patients/proches, prestataires, autres) et au niveau des environnements.

Au niveau individuel, l'éducation thérapeutique du patient fait partie de la prévention (secondaire) mais ne peut s'y résumer. Elle doit cependant être identifiée comme une discipline en soi.

Afin de développer spécifiquement cette approche, des synergies seront créées entre différents secteurs, par exemple de la première ligne de soins, la santé mentale, les hôpitaux, les maisons de repos, les personnes en situation de handicap, etc.

⁷⁴ Régionalisation de la promotion de la santé : de la Fédération Wallonie-Bruxelles à la Wallonie et Bruxelles, Conseil supérieur de promotion de la santé, juin 2015, Revue Education santé.

7) Renforcer l'action communautaire (bottom-up), promouvoir la participation citoyenne et l'empowerment

«L'action communautaire désigne toute initiative, issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (géographique, locale, régionale, nationale ; d'intérêts ; d'identités) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun. L'action communautaire s'actualise sur des pratiques multiples et diversifiées (création de ressources et de services, transformations sociales, éducation populaire, etc.) qui poursuivent des objectifs de justice sociale, de solidarité, de démocratie, de répartition plus juste des richesses, d'égalité entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les peuples. Ces actions sont menées avec un souci d'éducation et de fonctionnement démocratique afin de favoriser l'autonomie des personnes et des communautés (empowerment)»⁷⁵. Appliquée à la santé, elle se construit au travers de dialogues et de solidarités horizontales (entre pairs), verticales (entre couches sociales, catégories professionnelles ou tranches d'âges) et durables (tenant compte des générations précédentes ou à venir)⁷⁶. Après avoir effectué un repérage collectif des problèmes de santé (un diagnostic), elle s'appuie sur la participation communautaire. En effet, si les problèmes sociaux et sanitaires sont de nature collective, ils doivent faire l'objet de solutions collectives.

Le postulat de base est que chaque partie prenante détient une part de l'explication des problèmes observés, de leurs causes, des solutions possibles et des freins possibles et que la participation à la définition du cadre des interventions et de la réalisation même des actions contribue à en garantir l'appropriation par ces mêmes parties prenantes et dès lors leur succès.

Le défi majeur est de faire prendre conscience que chacun en tant qu'acteur est responsable de l'équilibre du dispositif mis en place.

Au cours de cette action communautaire, il importe que tous les acteurs participent : les citoyens, les professionnels (de la santé et des autres secteurs), les institutions (publiques et privées) ainsi que les pouvoirs publics.

La construction de cette action se base sur un partenariat impliquant les différents acteurs et secteurs tout en cultivant la confiance à tous les niveaux et entre tous⁷⁷.

⁷⁵ La pratique de l'action communautaire, Lamoureux H., Lavoie J., Mayer R., 2008.

⁷⁶ Action communautaire en santé, un outil pour la pratique, Fédération des maisons médicales Santé Communauté Participation (SACOPAR) Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin (CLPSCT), Décembre 2013.

⁷⁷ Idem.

Le premier défi est de faire prendre conscience que chacun en tant qu'acteur est responsable de l'équilibre du dispositif mis en place. Le défi majeur est que chacun se sente capable de mobiliser son expertise (technique mais surtout d'expérience) pour contribuer à trouver et mettre en place des solutions, des actions de promotion. Au niveau individuel, cette compétence passe par la littéracie en santé : la possibilité de mobiliser ses ressources pour faire le meilleur usage possible des informations disponibles et du dialogue possible avec les professionnels. Cette vision s'applique bien sûr dans les liens patients/soignants mais aussi entre prestataires partenaires dans une approche réellement multidisciplinaire et horizontale mais non hiérarchisée. Ce dialogue doit bien sûr s'inscrire dans le périmètre des responsabilités définies par la loi pour chaque profession.

L'empowerment consiste à rendre à chacun la capacité de contribuer aux décisions dans le champ de sa propre santé et dans celui de l'action communautaire

En effet, le citoyen est un acteur de la promotion de la santé à part entière. C'est pourquoi, sa participation aux actions, projets et programmes relatifs aux priorités de santé et aux actions [?] sur les déterminants est essentielle. Pour faciliter l'accès des citoyens aux services et soins de santé, il est important de les impliquer dans le processus de définition, de conception et d'évaluation des besoins en matière de santé. Les dispositifs de participation au niveau local ou dans les institutions sont des outils utiles à la mise en place de cette implication.

8) Développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel

L'approche globale de la promotion de la santé, tenant compte de la complexité des réalités notamment institutionnelles et politiques, implique de créer des modes de concertation entre différents secteurs comme la santé, l'éducation, l'économie, etc. L'intersectorialité favorise le décloisonnement, l'élargissement du cadre de référence, la mise en commun de ressources diversifiées, la coordination des actions menées au sein des différents secteurs ou encore la diffusion de messages cohérents⁷⁸.

Plusieurs pistes peuvent favoriser cette concertation :

- travailler en réseau ;
- accentuer au niveau local le partenariat intersectoriel et les alliances entre services publics et monde associatif ;
- renforcer la concertation aux différents niveaux de pouvoirs et de représentation : communes, régions, entités fédérées, fédéral, en insistant sur les synergies à mettre en place pour mener des politiques cohérentes ayant un impact favorable sur la santé des gens⁷⁹.

Le travail en réseau est amené à se développer mais il devient nécessaire de disposer d'un savoir opératoire (conditions à réunir, méthodes, outils, etc.) pour en assurer l'efficacité.

9) Créer des environnements favorables à la santé (milieux de vie)

Il faut prendre en compte les soins mais aussi un ensemble de déterminants sociaux qui contribuent tant à la prévention qu'à la restauration d'un bien-être. **Les milieux de vie** renvoient aux habitants, à leurs environnements quotidiens ainsi qu'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. Le milieu de vie est la réalité sociale vécue au sein de laquelle émergent et se formulent des problèmes de santé spécifiques.

On pensera entre autres, en dehors du domicile familial, aux milieux d'accueil de l'enfance, aux écoles, aux lieux de travail, aux lieux d'hébergements, aux lieux de loisir.

⁷⁸ Cfr note 33.

⁷⁹ Idem.

10) Inscrire la promotion de la santé dans une perspective durable

La santé durable est un concept encore relativement peu développé. Toutes les caractéristiques de la prévention et de la promotion de la santé incitent naturellement à les inscrire dans une démarche de développement durable.

Une grille d'analyse permet de croiser les composantes du développement durable et celles des différentes composantes du système de santé. Ainsi, il est possible de recadrer toutes les actions envisagées selon les trois piliers reconnus du développement durable (social/sociétal, économique et environnemental), ainsi que selon les différentes composantes du système de santé (principalement prévention/promotion, soins et accompagnement) dans une matrice qui permet de mettre de la cohérence dans les politiques de santé et de vérifier pour chaque intervention la prise en compte des différentes dimensions.

Matrice de la santé durable :

	Social/sociétal	Economique	Environnemental
Prévention/promotion	Ex : aspects sociaux de l'intervention 1 (par ex participation, réduction des ISS)	Ex : aspects économiques : optimisation des coûts, réduction de la part des patients les plus pauvres, etc.	Ex : aspects environnementaux
soins			
accompagnement			

En outre, un ensemble de 17 objectifs de développement durable a été adopté par les pays des nations unies et repris par l'OMS dans le cadre du nouveau programme de développement durable pour éradiquer la pauvreté, protéger la planète et garantir la prospérité pour tous.

11) Promouvoir l'innovation au service de la santé

L'innovation amorce un changement potentiel. Elle est construite par l'environnement social et la remise en question des pratiques. Elle doit être en cohérence avec le projet politique. Le domaine de la santé prône cette innovation qui, *in fine*, profitera à l'amélioration de la santé de la population wallonne. Ainsi, l'innovation peut être comprise comme étant une réponse nouvelle à une problématique ou à un besoin identifié en vue de l'amélioration de la santé de la population concernée.

Les projets innovants doivent respecter un certain nombre de critères, notamment celui de donner une réponse à des besoins, celui d'être en cohérence avec certaines valeurs et celui d'être inscrit dans des problématiques prioritaires. C'est la combinaison de plusieurs facteurs qui donne un caractère novateur à un projet. Cependant, les projets novateurs doivent être bien cadrés et évalués.

Il est difficile d'asseoir efficacement sur le terrain des actions relevant de la promotion de la santé. C'est pourquoi, les projets novateurs peuvent être une plus-value pour mettre en œuvre concrètement des mesures ayant un impact sur la santé de la population. L'objectif est d'accorder une importance aux projets novateurs que ce soit d'un point de vue :

- Scientifique : la recherche scientifique peut apporter encore de nombreuses avancées favorables à la santé, telle que le développement de nouvelles techniques agricoles améliorant la qualité nutritionnelle du produit, ou encore le développement de nouveaux tests de dépistage spécifiques et sensibles, etc.
- social : l'innovation sociale est décrite par l'UNIPSO comme "*l'ensemble des initiatives innovantes et originales permettant d'apporter une réponse nouvelle aux besoins fondamentaux de la population, émergents ou insuffisamment satisfaits, en matière d'éducation, d'action sociale, de santé, de culture et d'emploi. Ces initiatives s'inscrivent sur un territoire et en collaboration avec les acteurs locaux (usagers, pouvoirs publics, entreprises, etc.). Elles peuvent être technologiques ou non technologiques, concerner un produit, un service ou améliorent l'opérationnalisation des projets à profit social existants via un nouveau procédé (pratique de travail, mode d'organisation, etc.) pour autant qu'elles renforcent sa finalité sociale. Cette innovation est sociale tant dans son activité, son procédé que dans sa finalité. Enfin, elle est également transformationniste puisqu'elle*

*suscite les changements de comportement nécessaires pour relever les grands défis sociétaux*⁸⁰ ;

- technologique : utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) au travers de l'e-santé, des réseaux sociaux ou encore des applications technologiques, etc.
- territorial : l'innovation peut être associée à un territoire pour les projets qui prônent le développement durable et la préservation du cadre de vie par exemple, ce qui améliore la qualité de vie et accroît le bien-être des habitants.
- Aujourd'hui, un projet est pertinent par rapport aux enjeux actuels lorsqu'il ouvre également des perspectives pour le futur.

⁸⁰ http://www.unipso.be/IMG/pdf/Guide_Innovation_Sociale.pdf

II. Objectifs stratégiques thématiques:

Les axes d'actions prioritaires de santé publique pour la Wallonie ont été choisis en fonction de **l'importance de la problématique de santé** (prévalence/incidence), de **sa gravité** (en termes de mortalité/morbidité), de **ses possibilités d'éviction ou de réduction par la prévention et la promotion** de la santé.

Cinq axes stratégiques thématiques ont été retenus :

1. La **promotion des modes de vie et des milieux de vie favorables à la santé** :

- Axe alimentation, y compris la consommation excessive d'alcool, activité physique et sédentarité
- Lutte contre le tabagisme

L'objectif est la **réduction des facteurs de risques** communs à plusieurs problèmes de santé prioritaires comme l'obésité, les cancers, les maladies vasculaires et le diabète type II.

2. La **promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global** qui comprend également la confiance, l'estime de soi et le développement des « life skills » (ou « compétences liées à la vie quotidienne »).

- Promotion du bien-être et d'une bonne santé mentale
- la prévention de **l'usage addictif d'alcool** et d'autres **substances psychoactives, cannabis, héroïne, psychotropes...**
- la prévention du **suicide**

3. La **prévention des maladies chroniques**. Comme déjà expliqué, la définition des maladies chroniques proposée par l'OMS est assez large et il n'y a pas de consensus concernant sa définition et la liste des maladies à inclure dans leur registre (cf. page 34). Toutefois, dans le cadre de ce Plan, le choix s'est porté sur les 3 pathologies chroniques les plus fréquentes, les plus graves et pour lesquelles les moyens d'actions via la prévention sont possibles. Il s'agit

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

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

5. La **prévention des traumatismes non intentionnels et la promotion de la sécurité**

Il n'est pas exclu que d'autres thématiques de santé soient ajoutées au cours du temps en fonction de problèmes de santé publique émergents.

Ce Plan se déploiera dans le long terme, à l'horizon 2030.

Les fiches explicatives proposées ci-dessous permettent d'explicitier chaque axe thématique retenu. Elles reprennent chaque fois de manière synthétique, constats, impact sur la santé et le bien-être, et l'objectif général poursuivi.

Elles ne se veulent en aucun cas exhaustives et chaque thématique fera l'objet d'un développement approfondi lors de la rédaction de la seconde partie du plan avec la définition d'objectifs généraux et spécifiques mesurables, d'objectifs opérationnels et des actions.

Les fiches explicatives proposées ci-après permettent d'explicitier chaque axe thématique retenu. Elles reprennent chaque fois de manière synthétique, constats, impact sur la santé et le bien-être, et l'objectif général poursuivi.

Elles ne se veulent en aucun cas exhaustives et chaque thématique fera l'objet d'un développement approfondi lors de la rédaction de la seconde partie du plan avec la définition d'objectifs généraux et spécifiques mesurables, d'objectifs opérationnels et des actions.

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

Axe alimentation, y compris la consommation excessive d'alcool, activité physique et sédentarité

- ✓ L'alimentation et l'activité physique sont des déterminants majeurs de plusieurs maladies : obésité, maladies cardio et cérébro-vasculaires, cancers, maladies digestives et respiratoires mais aussi la santé mentale via notamment l'image de soi, le sommeil. C'est également un déterminant de l'amélioration du bien-être.
- ✓ L'OMS recommande au moins 30 minutes quotidiennes d'activité physique modérée chez l'adulte et 60 minutes chez le jeune.
- ✓ L'activité physique est essentielle aux différents âges de la vie : chez le jeune enfant elle contribue notamment à son développement non seulement corporel mais également à sa manière de se situer et de pouvoir entrer en relation. Chez le jeune et l'adulte elle contribue à la construction de l'image de soi, au maintien de la balance énergétique et de la corpulence, de la santé mentale, à la prévention des maladies chroniques et du cancer. Chez la personne âgée, elle contribue au maintien de l'autonomie (capacité de se déplacer et réduction des chutes) et la réduction du risque des troubles cognitifs.
- ✓ La sédentarité, et notamment la durée quotidienne excessive de posture assise, est néfaste pour la santé également à tous les âges de la vie : phénomène des coques de transport/sommeil/vie chez les petits enfants, activités assises à l'école, travail ou loisirs à l'ordinateur, télévision comme unique loisir des personnes seules etc. L'utilisation excessive des écrans accroît nettement les problèmes de sédentarité.

Constats		
<p><i>Il y a trop de personnes obèses ou en surpoids, en lien avec des inégalités socio-économiques :</i></p> <p>Population wallonne : 50% en surpoids ou obèse</p> <p>Élèves wallons de 6^{ème} primaire en surpoids ou obèses</p> <p>Hainaut : 39%</p> <p>Brabant Wallon : 21%</p>	<p><i>Consommation quotidienne de boissons rafraichissantes sucrées :</i></p> <p>De 15 à 34 ans : + de 45%</p>	
	<p><i>Consommation quotidienne de collations sucrées ou salées :</i></p> <p>Enfants : 62%</p> <p>15 à 24 ans : 52%</p> <p>75 ans et + : 32%</p>	
<p><i>Une minorité de la population wallonne pratique une activité physique suffisante (au moins 30 minutes par jour) pour protéger sa santé :</i></p> <p>15 ans et + :</p> <p>Hommes : 44%</p> <p>Femmes : 19%</p> <p>75 ans et + : 10%</p>	<p><i>Une minorité mange les 5 fruits et légumes recommandés par jour :</i></p> <p>Enfants de 6 à 14 ans :</p> <p>Filles : + de 10%</p> <p>Garçons : - de 10%</p> <p>Adultes :</p> <p>De 15 à 74 ans : - de 20%</p> <p>75 et + : - de 10%</p>	
Impact sur la santé et bien-être		
<p>Mortalité en 2013 :</p> <p>Appareil circulatoire : Homme 30,1% et Femme 26,4%</p> <p>Tumeurs malignes : Homme 21,1% et Femme 27,4%</p> <p>Morbidité en 2013 :</p> <p>En 2013, en Wallonie, 107.968 personnes sont soignées pour du diabète</p> <p>Le manque d'activité physique serait responsable de 3% des dalys (somme des années de vies perdues avant 65 ans ou des années de vie en mauvaise santé)</p>	<p>Altération de l'image de soi</p> <p>Troubles de l'humeur</p> <p>Troubles du sommeil</p> <p>Sédentarité</p>	<p>Maintien de l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Développement corporel et relationnel des jeunes</p> <p>Maintien de la balance énergétique et de la corpulence</p>
Objectifs généraux		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer dans toute la population wallonne les comportements favorables à la santé en matière d'alimentation ▪ Stabiliser et puis réduire le nombre de personnes souffrant d'obésité et de surpoids, avec un focus particulier chez les enfants ▪ Réduire la prévalence de la dénutrition, notamment des personnes âgées ▪ Augmenter l'activité physique régulière des enfants et des adultes 		

Lutte contre le tabagisme

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le tabagisme recule dans la population générale mais il a nettement augmenté chez les femmes : leur mortalité par cancer du poumon augmente sans cesse. En outre, le tabagisme (actif et passif) augmente le risque de cancer du sein. ✓ Le tabagisme passif est particulièrement nocif pour les enfants. Ils respirent des substances qui sont plus nocives pour eux que pour les adultes. En outre, le tabagisme passif augmente les risques de mort subite du nourrisson, de retard de croissance intra-utérine et de fausses couches ✓ Le tabagisme passif augmente le risque de certains cancers tels que le cancer du poumon, le cancer du sein et les tumeurs du cerveau.
--

Constats	
La Wallonie compte 25% de fumeurs: 22% de fumeurs quotidiens 3% de fumeurs occasionnels	Le pourcentage des grands fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour) diminue globalement : il est passé de 12% de la population en 2004 à 8% en 2013.
En Wallonie, plus la population est instruite, moins elle fume : - 25% des personnes avec au maximum un diplôme du primaire fument -13% des personnes avec un diplôme de l'enseignement supérieur	
Parmi les personnes avec les revenus les plus bas deux fois plus de personnes fument que parmi les personnes avec les revenus les plus élevés (34% versus 17%).	
Impact sur la santé et bien-être	
Le tabagisme est une cause majeure de cancers, de maladies respiratoires et de maladies cardio ou cérébro-vasculaires.	S'ils n'arrêtent pas de fumer, la moitié des consommateurs de tabac mourront à la suite d'une maladie due au tabagisme. Un quart de ces consommateurs persistants décèdera entre 35 et 69 ans. MAIS l'arrêt du tabagisme à 50 ans diminue ce risque par deux et l'arrêt à 30 ans le diminue presque totalement.
Objectif général	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduire la part de fumeurs dans la population générale 	

2) Promotion de la santé mentale

Promotion du bien-être et d'une bonne santé mentale

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pour l'OMS, "le bien-être mental est une composante essentielle de la définition de la santé". ✓ "Une bonne santé mentale permet aux individus de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie de leur communauté." ✓ Une bonne santé mentale n'est cependant pas un état statique : il s'agit d'un équilibre qui peut fluctuer au cours d'une vie selon les événements internes (maladie par exemple) et externes (relations sociales, situation économique et environnement au sens large). ✓ La santé mentale comme la santé physique est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. ✓ Promouvoir une bonne santé mentale et prévenir les troubles de la santé mentale est également une manière de prévenir d'autres problèmes comme le suicide et l'usage nocif de substances psychoactives.
--

Constats :	
En Wallonie, 35% de la population éprouve des difficultés psychologiques	<p>Troubles dépressifs dans la population adulte : Hommes →13% Femmes →20%</p> <p>Troubles anxieux dans la population adulte : Hommes → 9% Femmes →14% Diplômés du supérieur : 10% Moins scolarisés : 15%</p> <p>Troubles psychiques (principalement dépression) chez les + de 65 ans : 50%</p>
	<p>En Région wallonne, 35% des femmes et 27% des hommes éprouvent des problèmes de sommeil. Chez les femmes de 15 à 44 ans, la prévalence des troubles du sommeil tourne autour de 31 à 32%, mais elle approche les 38 à 40% à partir de 45 ans.</p> <p>Les troubles du comportement alimentaire sont fréquents et concernent plus souvent les femmes que les hommes (respectivement 13% et 9%).</p>
Impact sur la santé et bien-être	
Les troubles en santé mentale sont liés à un plus grand risque de problèmes physiques (sans que la relation entre les deux soit toujours bien comprise). Ils sont également liés à une diminution de plusieurs années de l'espérance de vie.	
Objectif général	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ promouvoir le bien-être et prévenir les troubles mentaux 	

Prévention de l'usage addictif d'alcool et d'autres substances psychoactives, cannabis, héroïne, psychotropes,...

<p>✓ L'alcool En Belgique, l'alcool est la drogue la plus consommée et celle dont le coût social est le plus élevé, que l'alcool soit consommé de manière addictive, chronique ou ponctuelle.</p> <p>✓ Les autres substances psychoactives comportent également des risques au niveau santé physique ou mentale qui varient selon la substance</p> <p>✓ La polyconsommation La consommation de plusieurs substances augmente les risques de chaque substance : par exemple, l'alcool augmente l'effet des autres drogues, ce qui augmente les risques d'overdose mortelle.</p> <p>✓ L'assuétude L'assuétude, caractérisée par un besoin quotidien du produit et une perte de contrôle sur sa consommation, va aggraver tous les risques liés à la consommation de la substance concernée.</p>

Constats :	
<p>L'alcool est sans conteste la substance psychoactive qui est la plus consommée et qui entraîne le plus de dégâts :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ 5% des décès prématurés chez les femmes de moins de 65 ans ➔ 7% des décès prématurés chez les hommes de moins de 65 ans. 	<p>En Belgique, 82% de la population âgée de 15 ans et plus a consommé des boissons alcoolisées sur les 12 mois précédents :</p> <p>5% de la population a déjà connu un épisode de 'binge-drinking' (consommation de 6 boissons alcoolisées en 2 heures) au cours de 12 derniers mois. Ce comportement est plus répandu chez les jeunes : 14% des 15 à 24 ans ont déjà connu un tel épisode sur les 12 derniers mois.</p>
<p>En Wallonie, l'usage du cannabis est le plus souvent de type expérimental ou occasionnel :</p> <p>➔ sur les 15% des Wallons qui avaient déjà consommé du cannabis en 2013, 60% n'en ont plus consommé dans l'année précédente.</p> <p>En 2013, les Wallons étaient 4% à avoir consommé du cannabis sur les 30 derniers jours.</p>	<p>Cependant, certains consomment du cannabis tous les jours ou presque et sont à risque de présenter une assuétude :</p> <p>sur les personnes qui ont consommé du cannabis les 30 derniers jours, 18% en ont consommé 20 jours au moins.</p> <p>Chez ces consommateurs fréquents, le gradient socio-éducatif est très élevé : les personnes ayant au maximum un diplôme de primaire sont nettement plus nombreuses à consommer de manière presque quotidienne.</p>

<p>En ce qui concerne les autres substances psychoactives telles que l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines, l'ecstasy ou d'autres substances similaires,</p> <p>➔ 3% des Wallons en ont déjà consommé au cours de leur vie et 0,4% dans les 30 derniers jours.</p>	
Impact sur la santé et bien-être	
<p>L'usage chronique d'alcool est un facteur de risque de nombreux problèmes de santé : cancers, pathologies neurologiques, vasculaires et digestives.</p>	<p>En outre, l'usage ponctuel d'alcool augmente le risque d'accident de la route ou certains passages à l'acte (agression, suicide, relations sexuelles non désirées et/ou non protégées).</p> <p>Une consommation importante et quotidienne d'alcool peut entraîner une assuétude particulièrement grave et difficile à traiter.</p>
<p>Les autres substances psychoactives comportent également des risques au niveau santé physique ou mentale qui varient selon la substance : le cannabis est cancérigène et peut aggraver certains troubles mentaux ; la consommation de benzodiazépines entraîne en quelques mois une assuétude rapide et difficile à combattre ; la consommation d'héroïne ou de cocaïne comporte un risque élevé d'overdose mortelle, de transmission d'infections graves et d'assuétude ; les nouvelles drogues de synthèses sont également liées à des overdoses mortelles.</p>	<p>La consommation d'une de ces substances psychoactives entraîne une augmentation du risque d'accident en cas de conduite d'un véhicule.</p>
Objectifs généraux	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduire l'usage nocif d'alcool dans l'ensemble de la population, ▪ Réduire l'usage nocif des autres substances psychoactives dans des populations ciblées, tels que le cannabis, les psychotropes non justifiés, etc. 	

Prévention du suicide

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comme le remarque l'OMS, "il existe des stratégies et des interventions efficaces pour prévenir le suicide." ✓ Toujours selon l'OMS, "les troubles mentaux (dépression, troubles de la personnalité, dépendance à l'alcool ou schizophrénie, par exemple), certaines maladies physiques comme les troubles neurologiques, le cancer et l'infection à VIH sont des facteurs de risques du suicide." ✓ Promouvoir une bonne santé mentale et prévenir la consommation de substances psychoactives font partie des actions pour prévenir le suicide. 	
Constats :	
En Wallonie, 3% des décès sont dus au suicide chez les hommes et 1% chez les femmes.	Le suicide est la 1^e cause non naturelle de décès avant 65 ans : 7% des décès prématurés chez les femmes et 10% chez les hommes.
Chez les Wallons âgés 25 à 44 ans, le suicide est la 1^e cause de mortalité chez les hommes et la 2^e chez les femmes.	6% des Wallons auraient fait une tentative de suicide au cours de leur vie.
En 2013, le taux de mortalité par suicide en Wallonie est de 20 décès pour 100.000 habitants.	Ce taux a diminué en Wallonie depuis les années 90 mais il reste nettement plus élevé que la moyenne belge, européenne ou que celle des pays voisins.
Impact sur la santé et bien-être	
La santé mentale, la consommation de substances psychoactives et donc de manière plus large le bien-être de la personne influencent les actes suicidaires.	
Objectif général	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduire le nombre annuel de décès par suicide et réduire le nombre de tentatives de suicide 	

3) Prévention des maladies chroniques

- ✓ Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui évoluent en général lentement (OMS).
- ✓ La lutte contre quatre grands facteurs de risques: tabagisme, alcool, alimentation inadéquate et sédentarité, peut prévenir de nombreuses maladies chroniques. Il faut axer les actions sur la promotion de la santé, la prévention et le dépistage précoce.
- ✓ Pour lutter efficacement contre les maladies chroniques, il convient d'adopter une approche intégrée horizontale, qui inclut tous les niveaux concernés.
- ✓ Les déterminants sociaux et environnementaux jouent également un rôle important dans le développement des maladies chroniques. Il existe une réelle inégalité face au poids que représentent ces maladies, ainsi qu'en matière de prévention et de contrôle.
- ✓ (Les maladies chroniques touchent différentes classes d'âge, les adultes et les personnes âgées, rarement les enfants et Le risque de maladie chronique augmente avec l'âge.
- ✓ Il n'y a pas de consensus concernant la liste des maladies à inclure dans leur registre. Dans le cadre de ce Plan, le choix s'est porté sur les 3 pathologies chroniques les plus fréquentes, les plus graves et pour lesquelles les moyens d'actions via la prévention sont possibles. Il s'agit des **maladies vasculaires, le diabète de type II et les maladies respiratoires.**
- ✓ Les personnes souffrent rarement d'une seule maladie chronique et cumulent en fait les multimorbidités.

Les maladies de l'appareil circulatoire, le diabète de type II et les maladies respiratoires

Constats	
<p>Les maladies cardio-vasculaires représentent la 1ère cause de mortalité en Wallonie et les maladies respiratoires en constituent la 3ème cause.</p>	<p>La prévalence des maladies chroniques augmente depuis la transition épidémiologique (diminution de la mortalité par maladies infectieuses et augmentation de la morbidité) et la transition démographique (vieillessement de la population et diminution de la natalité). Cette augmentation de prévalence signifie aussi une évolution du système de soins de santé avec la mise en place de traitements qui améliorent la survie et l'organisation de dépistages précoces qui favorisent l'amélioration de l'espérance de vie.</p>
<p>Le pourcentage de personnes souffrant d'une maladie chronique augmente avec l'âge. Il passe de 10% chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans à près de la moitié (50%) de la population des personnes âgées de 75 ans et plus.</p>	<p>La part relative des décès par maladies cardiovasculaires a diminué d'un tiers en 25 ans tandis que celle des décès par maladie respiratoire a augmenté.</p>
<p>Les maladies de l'appareil circulatoire sont la seconde cause de décès prématurés chez les femmes (14% des décès prématurés) et la troisième chez les hommes (18% des décès prématurés). Dans les deux sexes, la première cause de décès dans cette catégorie sont les cardiopathies ischémiques (4% des décès prématurés chez les femmes et 8% chez les hommes).</p>	<p>En termes d'années de vie perdues (years of life lost - YLL), c'est-à-dire le nombre d'années d'espérance de vie perdues du fait d'un décès prématuré, les cardiopathies ischémiques occupent la 1ère position entre 1990 et 2013.</p>
<p>1 adulte (entre 20 et 79 ans) sur 16 est atteint de diabète. Cependant, la prévalence du diabète est sous-estimée car l'ISP estime qu'1/3 des patients souffrant du diabète de type 2 en Belgique l'ignore (Belgique -2014)</p> <p>Lorsque le niveau de la glycémie et son contrôle ne sont pas optimaux, le diabète est lui-même à l'origine de nombreuses autres complications comme les néphropathies, neuropathies, rétinopathies, et peuvent provoquer des infarctus et des AVC</p>	<p>En Wallonie (2013), 107 968 personnes sont soignées pour un diabète. Sur une population totale de 3.563.060 (1er janvier 2013), cela représente environ 3% de la population.</p>

Impact sur la santé et bien-être	
Au niveau de la personne malade, les conséquences sont notamment une diminution de la qualité de vie, des coûts en soins de santé accrus, un appauvrissement lié à la diminution ou l'absence de revenus professionnels, un stress, une dépendance vis-à-vis de l'entourage,...	
Objectif général de prévention primaire	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les actions menées dans le cadre de la promotion des modes de vie et des milieux favorables à la santé permettent d'agir sur prévention primaire des maladies chroniques : il s'agit des actions menées en matière d'alimentation, d'activité physique, de lutte contre le tabagisme et l'usage nocif d'alcool 	
Objectifs généraux des dépistages précoces des maladies chroniques	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduire la mortalité par maladies chroniques en Wallonie ▪ Améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de maladies chroniques en Wallonie et diminuer les complications (prévention tertiaire) 	

Prévention des cancers

Constats	
Les cancers constituent la 2ème cause de mortalité en Wallonie.	Chez les enfants de 1 à 14 ans, les tumeurs malignes sont responsables de 20% des décès et constituent la 2ème cause de mortalité après les causes non naturelles (sur 76 décès en Wallonie en 2013)
Chez les adultes de 25-44 ans, les causes naturelles de décès principales sont les tumeurs malignes et représentent 18% des causes de décès (sur 1012 décès en Wallonie en 2013)	Chez les personnes de 45-64 ans, les principales causes de décès sont les tumeurs malignes (39% des décès dont un peu plus d'un tiers sont des tumeurs de l'appareil respiratoire (sur 6020 décès en Wallonie en 2013)
Les tumeurs malignes constituent la 1ère cause de décès chez les personnes âgées de 65 à 79 ans (soit 34% des décès)	En termes d'années de vie perdues (years of life lost - YLL), c'est-à-dire le nombre d'années d'espérance de vie perdues du fait d'un décès prématuré, le cancer du poumon occupe la 2ème position entre 1990 et 2013.
En 2014, le registre du cancer a enregistré en Wallonie 23 459 nouveaux diagnostics de cancer : 12 119 chez les hommes - et 11 340 chez les femmes.	Sur base des chiffres de 2014, 36% des hommes et 31% des femmes souffriront d'un cancer avant d'atteindre l'âge de 75 ans.
Le cancer augmente généralement avec l'âge. Il touche principalement les personnes âgées de plus de 60 ans et les nouveaux cas les plus fréquemment diagnostiqués en Wallonie sont, dans l'ordre, chez les hommes, le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal et chez les femmes, le cancer du sein, du poumon et colorectal.	La survie à cinq ans des personnes ayant souffert d'un cancer a par contre fortement augmenté au cours des dernières années, ce qui signifie que pour bien des patients, le cancer est devenu une maladie chronique.
En Wallonie, le taux de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus dans les groupes cibles est relativement faible et n'évolue pas. -taux de dépistage du cancer du sein (50 à 69 ans) : 55,6% (cible 75%) -le taux de couverture du dépistage du cancer du sein via le programme organisé est trop faible pour être efficace -le taux de dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans (en dehors du groupe cible) est trop élevé (45,6%) -taux de dépistage du cancer du col de	

<p>l'utérus : 56%</p> <p>-taux de dépistage du cancer colorectal : faible mais en progression (16,4% en Wallonie).</p> <p>Les personnes les plus défavorisées participent moins aux programmes de dépistage du cancer.</p>	
Impact sur la santé et bien-être	
<p>Au niveau de la personne malade, les conséquences sont notamment une diminution de la qualité de vie, des coûts en soins de santé accrus, un appauvrissement lié à la diminution ou l'absence de revenus professionnels, un stress, une dépendance vis-à-vis de l'entourage,...</p>	
Objectif général de la prévention primaire visant à réduire la probabilité de développer un cancer	
<p>Les actions menées dans le cadre de la promotion des modes de vie et des milieux favorables à la santé permettent d'agir sur la prévention primaire des cancers : il s'agit des actions menées en matière d'alimentation, d'activité physique, de lutte contre le tabagisme et l'usage nocif d'alcool mais aussi la lutte contre l'exposition aux produits toxiques et reconnus cancérigènes par le CIRC C'est donc ici, ainsi que dans la prévention des maladies respiratoire mais aussi la prévention en matière de santé mentale que s'insèrent les actions de santé environnementale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduire l'exposition aux facteurs de risque tant dans les comportements individuels que dans l'environnement au sens large 	
Objectifs généraux des dépistages précoces dans le cadre de la lutte contre le(s) cancer(s)	
<p>Le dépistage permet l'identification présumée d'un cancer ou de lésions précancéreuses au moyen de tests, d'examens ou d'autres méthodes fiables et pouvant être appliquées rapidement. Certains types de cancers permettent d'être dépistés dans une population qui ne présente pas encore de symptômes. C'est le cas, en particulier, des cancers du sein, du côlon et du col de l'utérus.</p> <p>La détection d'un cancer à une phase précoce de son développement augmente considérablement les chances de réussite du traitement. Elle repose sur le dépistage, mais aussi sur l'éducation des patients au diagnostic précoce et des « signes d'alerte ».</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduire la mortalité par cancer en Wallonie ▪ Améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de cancer en Wallonie et diminuer les complications et alléger le traitement en favorisant le dépistage précoce 	

4) Prévention des maladies infectieuses y compris la politique de vaccination

- ✓ La transmission des maladies infectieuses peut se réaliser de plusieurs manières : soit directement (du réservoir malade à l'hôte, par voies aérienne, sexuelle, manuportée, sanguine) soit indirectement (par vecteurs : animaux, insectes ou par supports : eau, aliments, sols,...) ou encore de la mère à l'enfant.
- ✓ La prévention des maladies infectieuses par la vaccination permet d'éviter l'apparition de certaines maladies infectieuses présentant parfois des complications graves. La vaccination s'inscrit dans deux logiques : la protection individuelle et la protection collective. En effet, toute vaccination évite généralement à une personne de contracter la maladie, mais lui permet aussi de ne pas la transmettre à d'autres.

Constats	
En 2015 en Belgique, 1001 nouveaux cas de VIH ont été rapportés dont 14% mentionnent un lieu de résidence en Wallonie.	Augmentation du nombre de cas de certaines IST : Chlamydia (la + fréquente en Wallonie) : 2002 : 163 cas ; 2014 : 946 cas Gonorrhée : 2002 : 37 cas ; 2015 : 162 cas Syphilis : 2002 : 21 cas ; 2015 : 95 cas
9 jeunes sur 10 déclarent avoir utilisé une méthode de protection lors du premier rapport sexuel. Certaines situations à risque en matière de transmission du VIH restent méconnues.	
La tuberculose présente une tendance à la diminution en Belgique et reste une maladie à basse incidence. Elle reste présente dans les grandes villes et parmi des groupes de population spécifiques.	Si la tendance est à l'amélioration du contrôle des maladies infectieuses à prévention vaccinale , certaines pathologies comme la coqueluche sont toujours présentes au sein de la population et parmi les groupes les plus vulnérables. Le taux de vaccination (chez les + de 65 ans) de la grippe (influenza) atteint seulement 50% en Wallonie et reste inférieur aux objectifs fixés par l'OMS (75%).
Impact sur la santé et bien-être	
Les maladies infectieuses peuvent entraîner des hospitalisations, une surmortalité ou des absences prolongées du milieu professionnel pour le patient ou pour ses proches. Les infections sexuellement transmissibles comme le VIH et des pathologies comme la tuberculose peuvent engendrer de la stigmatisation et du rejet. La méconnaissance dans le domaine des IST conduit des comportements sexuels à risque, avec des conséquences sur le long terme lors d'infection à VIH (prise de traitement à vie, effets secondaires)	

Objectifs généraux

- Limiter la prise de risques pour la santé liés aux rapports sexuels
- Promouvoir la vaccination auprès de la population et des groupes cibles spécifiques
- Réduire les risques pour la santé liés aux maladies infectieuses et contrôler la propagation de ces maladies en vue de leur élimination
- Promouvoir une meilleure connaissance des maladies infectieuses

5) Prévention des traumatismes non intentionnels et la promotion de la sécurité

- ✓ Envisager la prévention sous l'angle des traumatismes multiplie les stratégies d'intervention en dépassant celles qui se limitent à l'identification des personnes à risque et à la modification de leurs comportements. La prévention s'élargit alors aux modifications de l'environnement physique, aux législations et aux technologies susceptibles d'influencer la gravité des traumatismes. Dans cette perspective, l'établissement de concertations entre les secteurs concernés est indispensable. Parmi les causes non naturelles de décès, près des trois quarts sont des accidents. En outre, la prévention des chutes constitue un défi majeur compte tenu du vieillissement de la population.

Constats :	
<p>Selon l'enquête de santé de 2013, 7% de la population belge déclare avoir été victime d'un accident ayant requis des soins médicaux dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête.</p> <p>Dans 56% des cas, les accidentés ont dû être admis à l'hôpital ou dans un autre établissement de soins. Ce pourcentage est plus élevé chez les personnes les moins instruites (78%) que chez les personnes ayant bénéficié d'une éducation de l'enseignement supérieur (48%).</p>	<p>Les hommes sont plus nombreux (8%) que les femmes (6%) à être victimes d'un accident ayant requis des soins médicaux. Le risque est également plus élevé parmi les jeunes de 15 à 24 ans (10%) et les aînés de 75 ans et plus (9%).</p>
<p>Plus d'accidents selon le type d'activités à chaque étape de vie :</p> <p>École (6 à 11 ans)</p> <p>Loisirs (15 à 34 ans)</p> <p>Circulation (25 à 34 ans)</p> <p>Domicile (75 ans et +)</p>	<p>Causes non naturelles de décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chez les enfants de 1 à 14 ans : la principale cause de décès. Parmi celles-ci, près de ¼ sont des accidents (dont près de la moitié sont des accidents de la circulation). (Wallonie – 2013) - Chez les 15-24 ans : 66% des décès dont la majorité dus à des accidents de la circulation (81%). (Wallonie- 2013) - Chez les adultes de 25 à 44 ans : 43% des causes de décès (un quart sont dus à des accidents de la circulation). (Wallonie-2013)

Sur la période des 12 mois précédant l'enquête, 1% de la population rapporte avoir été blessée dans un accident de la route, 2% déclare avoir été blessée dans un accident à domicile, 2% dans un accident pendant les loisirs, 3% dans un accident du travail et 1% dans un accident à l'école.	Dans l'enquête de santé de 2013, une personne sur cinq (20%) âgée de 65 ans et plus – voire une personne sur quatre (26%) de 75 ans et plus – déclare être tombée au moins une fois dans l'année qui précède l'enquête.
Impact sur la santé et bien-être	
Impact de la chute chez la personne âgée :	
<p>Environ une chute sur dix se traduit par une fracture de la hanche ou d'autres blessures graves qui conduisent souvent à un déclin fonctionnel, voire un décès. La récupération après une chute chez les personnes âgées dépend souvent de leur état préalable. La condition fonctionnelle avant la chute est donc un facteur déterminant de la condition fonctionnelle après la chute.</p>	
Objectifs généraux	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduction de la mortalité, de la morbidité et de la gravité des traumatismes ▪ Réduire la part de la population de plus de 65 ans qui a fait une chute dans l'année ▪ Réduire la part de la population générale ayant eu un accident (quelle que soit son origine) nécessitant des soins 	

D. Actions pour la Wallonie : opérationnalisation et mise en œuvre du Plan

Dans le courant de l'année 2017, les différents axes stratégiques thématiques feront d'objet d'une déclinaison opérationnelle, pour les traduire en objectifs spécifiques chiffrés, en actions concrètes, en indicateurs de suivi, placés sur une ligne du temps avec un budget spécifique alloué.

Lors de l'opérationnalisation du Plan, les prochaines étapes prévoient :

- **des objectifs de santé mesurables (quantifiés) pour chaque thématique**, étayés sur base des recommandations scientifiques ;
- **l'analyse de l'ensemble des stakeholders** (parties prenantes) par chaque thématique. Pour ce faire, il convient d'identifier et de définir clairement le rôle :
 - des différents secteurs concernés
 - du politique et du niveau de pouvoir compétent
 - de l'administration (agrément, observatoire, comité stratégique AVIQ, comités d'experts)
 - des professionnels de la promotion de santé et de la 1^{ère} ligne de soins
 - des bénéficiaires et des acteurs des milieux de vie (domicile, MR/MRS, etc.)
 - des pouvoirs locaux et des acteurs associatifs;
 - des autres ressources : universités, observatoires, pouvoirs locaux, services divers, etc.
- la **définition des actions à réaliser pour l'atteinte des nouveaux objectifs** ;
- leur **budgetisation** ;
- leur **planification dans le temps** ;
- la **définition des indicateurs de suivi**.

Cet ensemble constituera la deuxième partie du plan qui sera proposée au gouvernement à la fin de l'année 2017.

En parallèle, un décret organisant le secteur de la prévention et promotion de la santé sera rédigé et définira les rôles et missions des différents acteurs qui interviendront dans l'exécution de ce plan.

En ce qui concerne la gestion de ce plan, il se fera à différents niveaux :

- un comité de pilotage, composé des différents cabinets et administrations concernés, présidé par le Ministre qui a la santé dans ses attributions
- des groupes d'experts pourront être réunis de manière ad hoc
- une équipe spécifique de gestion, au sein de l'AViQ, qui sera chargée de veiller à l'exécution des différentes actions du plan, à la communication du plan, au suivi administratif et budgétaire pour les compétences santé, à son évaluation continue
- des plateformes permettant d'organiser des interactions du plan avec les dynamiques territoriales et d'organiser la concertation avec les opérateurs du secteur marchand pourront être constituées.