



Prévention et surveillance *des maladies infectieuses*

Sommaire

- **Edito** p. 2
- **Prévention et surveillance des maladies infectieuses** p. 3
 - La surveillance des maladies infectieuses en Fédération Wallonie-Bruxelles p. 3
 - Un regard sur la vaccination, outil de prévention des maladies infectieuses p. 8
 - Rôles du médecin scolaire dans le contrôle des maladies infectieuses p. 11
- **Que mange-t-on ce midi à la cantine ?
Vers une alimentation équilibrée, savoureuse et durable** p. 13
- **« Se mettre à table ! » : un outil de concertation collective
autour de l'alimentation** p. 16
- **Un outil à votre disposition :
Synergies en santé – Cahier enfance** p. 18
- **La politique de santé : quoi de neuf ?** p. 19

Edito

Quelques cas de maladies infectieuses font parfois l'objet d'un écho dans la presse : une légionellose qui engendre la fermeture d'une piscine, une méningite qui angoisse les parents des enfants qui ont côtoyé l'élève malade, une épidémie de rougeole là où on imaginait que la vaccination était bien suivie... mais, rarement, le rôle indispensable du médecin inspecteur d'hygiène y est présenté, ainsi que l'obligation de lui déclarer toute une série de ces maladies.

Ce numéro de « Santé pour tous » veut dès lors mettre en lumière les actions de prévention et de surveillance des maladies infectieuses mises en œuvre au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles : missions du médecin inspecteur, organisation de réseaux de surveillance, obligation de déclarer, rôles du médecin scolaire, regard sur la vaccination.

La deuxième thématique de ce numéro sera consacrée au projet « Que mange-t-on à la cantine ? ». Ce projet a été élaboré pour soutenir les collectivités dans leur démarche d'offrir une nourriture saine, savoureuse et équilibrée. Cette thématique sera complétée par la présentation d'un outil complémentaire : « A table ! » de l'asbl Cordes.

Enfin, une nouvelle publication portant sur les synergies entre la Wallonie et la Fédération Wallonie-Bruxelles dans le secteur de l'enfance vous est proposée dans la rubrique « Un outil à votre disposition ».

Je vous souhaite une excellente lecture de ce numéro!

Dr Serge CARABIN
Directeur général de la Santé

Peut-être n'avez-vous pas une idée précise des **compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles** en matière de santé ? Voici quelques mots clés pour mieux les appréhender. Ceux mis en évidence correspondent aux compétences abordées dans ce numéro.

Activités physiques

Alimentation

Assuétudes

Dépistages de cancers

Dépistages néonataux

Données socio-sanitaires

Maladies infectieuses

Promotion de la santé

Promotion de la santé à l'école

Réduction des inégalités sociales de santé

Statistique naissances-décès

Surveillance de la santé (et notamment au travail)

Vaccination

Vie affective et sexuelle

Prévention et surveillance des maladies infectieuses

La surveillance des maladies infectieuses en Fédération Wallonie-Bruxelles

RÉSUMÉ : une légionellose qui engendre la fermeture d'une piscine, une méningite qui angoisse les parents des enfants qui ont côtoyé l'élève malade, une épidémie de rougeole là où on imaginait que la vaccination était bien suivie... des missions du médecin inspecteur d'hygiène à l'obligation de déclarer toute une série de maladies infectieuses, en passant par la présentation des réseaux de surveillance, voici mises en lumière les actions de surveillance des maladies infectieuses en œuvre au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

De tout temps, les hommes ont été confrontés aux maladies transmissibles, aux épidémies (peste, choléra, grippe « espagnole »...) et ont essayé de lutter contre leur apparition et leur propagation.

Dès la naissance de la Belgique, les législateurs se sont penchés sur la question et ont émis, le 18 juillet 1831, un décret sanitaire. 182 ans plus tard, c'est à la Fédération Wallonie-Bruxelles, et plus particulièrement à la Cellule d'inspection d'hygiène de la Direction de la surveillance et de la protection de la santé, qu'incombe la surveillance des maladies infectieuses.

Concrètement, comment fonctionne la surveillance de ces maladies ?

La surveillance des maladies infectieuses se réalise via deux canaux au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles :

- Via le « système d'alerte rapide ». Ce système se base sur les différentes déclarations des maladies infectieuses, déclarations obligatoires pour toute une série d'entre elles.
- Via les différents réseaux de surveillance organisés par l'Institut de santé publique (ISP¹), qui surveillent les évolutions des maladies et qui notifient les éventuelles augmentations d'incidence² de celles-ci.

Ces canaux sont complémentaires et nécessitent la collaboration de tous les médecins pour les alimenter, qu'ils soient médecins généralistes, médecins hospitaliers ou encore médecins de collectivités (médecine scolaire).

1. La Fédération Wallonie-Bruxelles alloue une subvention à l'ISP dans ce cadre.

2. L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés durant une période donnée.

La Direction générale de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles utilise désormais le terme de « **maladies infectieuses** » en lieu et place de « maladies transmissibles ».

En effet, le terme « maladies infectieuses » permet de cerner davantage les maladies à déclaration obligatoire et celles qui, plus largement, nécessitent une surveillance de routine. Toute maladie transmissible n'est pas forcément infectieuse puisqu'elle peut également concerner une maladie génétique par exemple.

Il est aussi clair que les maladies infectieuses pour lesquelles un système d'alerte précoce existe (via la déclaration obligatoire) ou pour lesquelles des réseaux de surveillance sont mis en place sont également transmissibles. Dans certains cas, l'homme est l'hôte final (citons par exemple la légionellose, ...) et il n'existe pas de transmission interhumaine.

La transmission des maladies infectieuses peut se réaliser de manière directe (du réservoir malade à l'hôte, par voies aérienne, sexuelle, manuportée, sanguine) ou de manière indirecte (soit par vecteurs : animaux, insectes, ..., soit par supports : eau, aliments, sols, ...) ou encore de la mère à l'enfant (appelée également transmission verticale).

La déclaration obligatoire

Afin, d'une part, de participer à la surveillance de l'évolution des maladies infectieuses en Fédération Wallonie-Bruxelles et, d'autre part, de faciliter la mise en œuvre de mesures prophylactiques utiles pour limiter la propagation de la maladie, une série de maladies infectieuses doivent être déclarées auprès des médecins inspecteurs de la Cellule d'inspection d'hygiène.

La déclaration obligatoire s'inscrit dans le cadre légal de l'Arrêté Royal de 1971³ relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles⁴. Elle concerne les maladies infectieuses ayant un impact sur la santé de la population, de par leur gravité et/ou de par leur capacité de diffusion. La déclaration obligatoire a un **rôle d'alerte**. Elle permet d'avertir rapidement le médecin inspecteur concerné qu'il y a un risque d'épidémie.

Celui-ci peut dès lors mettre en place une série d'actions :

- faire appliquer des mesures préventives adéquates comme, par exemple, une antibioprophylaxie (méningite, coqueluche,...) ou une vaccination de rattrapage (rougeole, coqueluche,...) ;
- informer la famille, l'école, ou d'autres collectivités, sur la maladie et le risque d'une contamination;
- réaliser une enquête qui permette de détecter la source de l'infection afin de la supprimer (intoxication alimentaire,...) ;
- donner l'alerte au niveau fédéral et/ou européen en cas de signalement de cas de maladies particulières (diphthérie, fièvres hémorragiques,...).

Les mesures préventives ou de contrôle qui découlent de la déclaration d'un cas de maladie infectieuse tendent à minimiser l'impact sur la santé de tous en limitant la diffusion du germe incriminé. Le médecin inspecteur agit comme une courroie de transmission entre différents intervenants.

L'exemple type d'une infection à méningocoques en milieu scolaire :

- Une déclaration est faite par un laboratoire hospitalier. Le médecin inspecteur doit avertir le service de promotion de la santé à l'école concerné et s'assurer que la prophylaxie nécessaire soit administrée aux personnes ayant eu des contacts proches avec le malade au sein de l'école.
- Il doit également diffuser une information aux parents afin d'éviter une panique difficilement contrôlable (la Cellule d'inspection d'hygiène a, à cette fin, réalisé des supports d'information à mettre à disposition).
- Il doit s'assurer qu'outre la collectivité, la famille proche reçoive également la prophylaxie antibiotique ad hoc : un contact avec le médecin de famille peut être nécessaire pour lister les personnes ayant eu un contact rapproché avec le patient.
- Il s'assure également que la souche isolée du méningocoque soit envoyée au laboratoire national de référence de manière à pouvoir typer la bactérie et estimer le degré de résistance aux antibiotiques.

Ces différentes actions permettent de diminuer le portage⁵ au sein de la population générale et d'avoir une meilleure connaissance des germes circulants.

L'exemple d'une déclaration d'un cas de listériose chez un patient hospitalisé :

- Le diagnostic est confirmé par le laboratoire de l'institution. Une enquête alimentaire sera réalisée par le médecin inspecteur auprès du patient et de sa famille afin de mettre en évidence la consommation d'aliments suspects.
- Le médecin inspecteur contactera l'AFSCA* qui procédera éventuellement à la prise d'échantillons alimentaires.

* Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire

3. Moniteur Belge du 23 avril 1971.

4. Actuellement, la Direction générale de la Santé travaille à l'élaboration d'un décret qui actualisera ce texte.

5. Le portage est défini comme le fait d'être porteur d'un pathogène induisant ainsi un risque potentiel de transmission vers d'autres individus.

- Le médecin inspecteur s'assurera également de l'envoi de la souche bactériologique auprès du laboratoire national de référence qui pourra, quant à lui, réaliser un typage de la souche mais aussi faire un lien avec les souches alimentaires retrouvées dans les échantillons de nourriture.
- Toutes ces actions permettent également de faire le lien entre différents cas de listériose au niveau national et de retirer du marché les aliments incriminés.
- Dans ce cadre précis, les actions menées ne ciblent pas le risque de transmission de personne à personne, mais bien le risque alimentaire en amont que pourraient courir d'autres personnes fragilisées qui consommeraient les mêmes aliments contaminés.

L'exemple d'une déclaration d'un cas de coqueluche chez un nouveau-né :

- Le médecin inspecteur contacte alors le médecin généraliste qui suit la famille, ou directement les parents de l'enfant avec l'accord du médecin, afin de vérifier l'existence d'autres patients à risque de développer une coqueluche, de vérifier le statut vaccinal des personnes vivant sous le même toit et de proposer une antibioprophylaxie et une vaccination cocoon⁶ aux individus non protégés.

Ces trois exemples mettent en évidence la gestion au cas par cas des déclarations de maladies infectieuses, gestion qui a pour but de réduire le risque au niveau individuel et au niveau de la santé publique. Une collaboration entre les différents niveaux de soins est primordiale pour arriver à ce résultat. C'est pourquoi la déclaration des maladies infectieuses est l'affaire de tous, tant des médecins généralistes que des médecins hospitaliers, qu'ils soient cliniciens ou microbiologistes.

Une grande partie des maladies infectieuses à déclaration obligatoire est à survenue exceptionnelle. Néanmoins, il existe également toute une série de pathologies à déclarer plus courantes (infections invasives à méningocoques, toxi-infections alimentaires collectives, tuberculoses, hépatites A, listérioses) pour lesquelles une intervention urgente (comme une enquête, des mesures préventives ou des mesures correctrices) est à mettre en place. La déclaration obligatoire permet également d'alimenter un recueil de données qui vise à obtenir une meilleure connaissance épidémiologique des maladies, à prévention vaccinale par exemple, et ainsi à évaluer le programme de vaccination.

6. Stratégie visant à vacciner les personnes ayant des contacts fréquents avec les nourrissons (parents, professionnels de l'accueil, etc.) afin d'éviter leur contamination.

Comment déclarer ?

- **Immédiatement par téléphone (070/246.046)**
(Ce numéro de garde est accessible 7 jours sur 7, de 9 heures à 22 heures ; en dehors de ces heures, un répondeur téléphonique permet de laisser un message vocal):
 - lorsque la maladie prend d'emblée une forme épidémique (par exemple, dans le cadre des cas de toxi-infections alimentaires) ;
 - lorsqu'en raison des circonstances, le malade constitue un danger exceptionnel pour l'entourage (comme, par exemple, les méningocoques).
- **Via le logiciel en ligne MATRA, accessible sur www.sante.cfwb.be (onglet « maladies transmissibles, information et déclaration »).**
Pour chaque déclaration de maladie encodée nécessitant une action immédiate (comme la méningite à méningocoques, par exemple), le logiciel envoie automatiquement un SMS au médecin inspecteur de garde. Ce dernier peut alors immédiatement assurer le suivi. L'inscription sur le site MATRA est réservée au corps médical.
- **Par courriel : surveillance.sante@cfwb.be.**

- **Par fax : 02/600.04.90**

- **Via un formulaire « papier »** qui reprend la nature de la maladie, l'identité, la profession, l'âge, le sexe et les coordonnées du malade.

Ce formulaire doit être envoyé dans les 24 heures qui suivent la constatation du cas à la Cellule d'inspection d'hygiène, Direction générale de la Santé, Fédération Wallonie-Bruxelles, boulevard Leopold II, 44 à 1080 Bruxelles.

QUELLES MALADIES DÉCLARER ?

La sévérité de la maladie, l'absence de moyen thérapeutique, le potentiel épidémique, impliquent une prise de mesures de prévention et de contrôle qui impose une déclaration obligatoire **dès suspicion** clinique des pathologies :

Botulisme

Choléra

Coqueluche

Diptérie

Fièvre hémorragique virale

Infection à E. coli EHEC : syndrome hémolytique urémique

Infection invasive à méningocoques

Listériose

Peste

Poliomyélite (paralysie flasque aiguë)

Rage

Rougeole

SARS

Toxi Infection Alimentaire Collective

Variolle

Tout autre problème infectieux à présentation particulière

Les pathologies suivantes sont à déclarer **dès confirmation** diagnostique :

Anthrax

Brucellose

Chikungunya autochtone

Dengue autochtone

Fièvre hémorragique virale

Fièvre jaune autochtone

Fièvre du Nil autochtone

Fièvre Q

Listériose

Fièvre typhoïde ou parathypoïde

Hépatite A

Hépatite B aiguë

Infection à E. coli VTEC/EHEC simple

Infection à Haemophilus influenzae b invasive

Légionellose

Malaria autochtone

Nouveaux sérotypes d'influenza

Oreillons

Psittacose

Rickettsiose autochtone

Rubéole congénitale

Toxoplasmose congénitale

Tuberculose

Tularémie

Attention, les médecins bruxellois doivent, eux, déclarer les maladies auprès de la Commission communautaire commune :

Tél : 02/552.01.67

GSM : 0478/77 77 08

<http://www.ccc-ggc.irisnet.be/fr/institutions-agreees/politique-de-la-sante/maladies-transmissibles>

Les réseaux de surveillance

Les différents réseaux nationaux de surveillance sont organisés par l'Institut de santé publique. Citons entre autres :

- le réseau PEDISURV, concerné par les maladies pédiatriques;
- EPILABO, nourri par les données des laboratoires vigies;
- les MEDECINS VIGIES; médecins généralistes qui récoltent des informations sur des thématiques infectieuses ou chroniques.

Les laboratoires nationaux de référence, au nombre de 40, permettent également de mettre en évidence des tendances dans le cadre des pathogènes pour lesquels ils sont spécialisés.

Le suivi des réseaux de surveillance permet la bonne prise de décision en termes de santé publique, que ce soit en matière de vaccinations, de communication, de promotion de la santé. De plus, la surveillance permet une mise à jour des connaissances sur les maladies infectieuses au sens large.

Comme on peut le voir dans le cadre des différents réseaux de surveillance, les actions de la Cellule d'inspection d'hygiène s'inscrivent dans un contexte plus large que la Fédération Wallonie-Bruxelles, les maladies infectieuses n'ayant pas de frontière.

En effet, des collaborations et des échanges d'informations s'inscrivent toutes les semaines dans les agendas des médecins inspecteurs de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de la Communauté flamande et de la Région bruxelloise.

Au niveau national, un « Risk Assessment Group » (RAG) composé de représentants du niveau fédéral, des Communautés et d'experts scientifiques permet l'évaluation des risques liés aux présentations particulières de maladies infectieuses pouvant avoir un impact sur la santé publique. Des recommandations sont alors proposées au groupe de gestion des risques (RMG) composé des représentants des cabinets ministériels concernés. Ce groupe peut décider d'une notification au niveau international de tout événement pouvant avoir des répercussions internationales en termes de santé publique.

Au niveau européen, c'est l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) qui est chargé de mettre en place et de renforcer les systèmes de surveillance sanitaire et d'alerte précoce. Cet organisme centralise les données de surveillance des différents Etats membres afin de suivre les tendances et d'élaborer différents avis scientifiques. Une définition des cas des maladies infectieuses, commune, adoptée par tous les Etats membres, permet l'harmonisation de la surveillance.

Au travers de l'EWRS (Early Warning and Response System), la Cellule d'inspection d'hygiène de la Fédération Wallonie-Bruxelles reçoit également des informations des autres Etats membres concernant les maladies infectieuses pouvant avoir un impact au-delà de leurs propres frontières.

Par ailleurs, en 2005, l'OMS a décrété un Règlement sanitaire international entré en vigueur dans 194 Etats membres le 15 juin 2007, ayant pour but d'aider la communauté internationale à éviter les risques aigus pour la santé publique, susceptibles de se propager au-delà des frontières et de constituer une menace dans le monde entier, en prenant les mesures qui s'imposent, dans un contexte de propagation à la faveur des voyages et des échanges commerciaux internationaux qui se sont intensifiés avec la mondialisation.

Un regard sur la vaccination, outil de prévention des maladies infectieuses

RÉSUMÉ : La prévention des maladies infectieuses par la vaccination est mise en tension entre l'évidence d'une efficacité reconnue et l'évolution de la perception des risques des maladies. L'article propose un regard sur l'évolution de ce rapport « risque /bénéfice» de la vaccination à titre individuel et à titre collectif.

Le point de vue que j'expose ici est celui d'une professionnelle du champ de la promotion de la santé, intégrée notamment dans une équipe pluridisciplinaire qui pilote le programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles, depuis plus de 20 ans. Les valeurs qui fondent nos interventions sont, avant tout, l'équité, l'accessibilité à la prévention vaccinale de tous ceux qui la choisissent pour eux ou leurs enfants, la lutte pour éviter l'installation d'inégalités sociales de santé et l'accès à l'information pour tous.

Bref survol historique

Vacciner, c'est agir pour éviter l'apparition de maladies infectieuses présentant parfois des complications graves, et principales causes de mortalité jusqu'au XIX^e siècle. L'assainissement des habitations, de l'eau, l'amélioration des conditions de travail, les progrès de la médecine, la disparition des famines, ainsi que la vaccination, ont diminué la mortalité et la morbidité des maladies infectieuses chez nous, alors qu'elles restent la principale cause de mortalité dans les pays pauvres. Elles ont été progressivement supplantées, dans les pays économiquement riches, par les maladies dites « de civilisation », car suscitées précisément par l'amélioration des conditions et des modes de vie. L'ensemble des mesures limitant la transmission de certaines maladies ne permet cependant pas de les éviter complètement. L'acte vaccinal préventif a sa place, à côté du maintien de conditions de vie, notamment sanitaires, adéquates, d'une bonne hygiène de vie (alimentation saine, activité physique, ...) et de mesures d'hygiène spécifiques telles que se laver les mains, entretenir les toilettes, se couvrir la bouche quand on tousse, ne pas cracher, ...

Se vacciner, un acte de protection et de solidarité. Pas si évident !

L'acte vaccinal s'inscrit dans deux logiques intimement liées pour la grande majorité des maladies, celle de la protection individuelle, et celle de 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.

Faisant partie intégrante de l'évolution qui conduit à une nette diminution des maladies infectieuses, on assiste, de nos jours, à une perte de la conscience collective de la gravité des maladies contre lesquelles les vaccins protègent, tant chez les professionnels de santé qu'auprès du grand public. Ceci constitue un excellent terreau pour voir se développer une perte du sens de la vaccination, d'autant plus que les vaccins sont destinés à des sujets en bonne santé, le plus souvent des enfants, et que le moindre risque d'effet indésirable est jugé inacceptable, dans une société qui prône la recherche du risque zéro. La prévention des maladies infectieuses par la vaccination est mise en tension entre l'évidence d'une efficacité reconnue et l'évolution de la perception des risques des maladies. Les vaccins semblent eux-mêmes victimes de leur propre succès !

Ainsi, chacun, à titre personnel, met dans les plateaux de la balance les bénéfices attendus et les risques encourus, qu'il contracte la maladie ou qu'il se fasse vacciner. C'est au même exercice que se prêtent les experts scientifiques et les autorités sanitaires d'un pays quand il s'agit d'intégrer un vaccin particulier dans le calendrier vaccinal.

Leur décision prend en compte non seulement l'impact sur la protection conférée à chaque individu en particulier, mais aussi sur la circulation des pathogènes dans l'ensemble de la population. Car, quand la vaccination concerne une maladie à transmission interhumaine, elle en réduit la transmission par limitation de la circulation des agents infectieux. Des niveaux élevés de couverture vaccinale confèrent ainsi une protection indirecte à des personnes non vaccinées : aux nouveaux trop jeunes pour être vaccinés, aux personnes âgées dont les réponses immunitaires sont moins bonnes, à des personnes gravement malades ou allergiques qui, pour raisons médicales, ne peuvent pas recevoir de vaccins, ... Ainsi, à titre individuel, le fait d'appartenir à une population dans laquelle un nombre élevé de personnes sont immunisées, réduit le risque de contracter la maladie.

A long terme, le maintien de taux élevés de couverture vaccinale permet même de voir disparaître certaines maladies de nos continents, comme ce fut le cas de la variole au niveau planétaire, et actuellement pour la poliomyélite dans la majorité des pays. On parle alors d'élimination des maladies.

A titre collectif, quand les experts recommandent l'introduction d'un vaccin dans le calendrier vaccinal et que les autorités sanitaires et politiques décident de le financer en le rendant accessible dans le circuit de distribution gratuit des vaccins de la Fédération Wallonie-Bruxelles, il existe, pour le programme, une obligation de résultats en termes de couverture vaccinale adéquate, et donc d'adhésion du grand public et des professionnels de santé. En effet, des taux insuffisants ou répartis de façon inhomogène dans la population modifient le profil épidémiologique des maladies, et peuvent, paradoxalement, avoir des conséquences néfastes en termes de santé publique. Les 3 exemples suivants illustrent que les conséquences se manifestent de façon différente selon les maladies.

Lors de l'épidémie de rougeole qui a sévi en 2011, près de 500 cas ont été recensés dans notre pays. En Flandre, malgré un taux de couverture proche de 95%, 50 cas se sont déclarés dans une école anthroposophique, à Gand, où la majorité des parents refusent la vaccination pour des raisons philosophiques. En Wallonie, les cas de rougeole se sont répandus au départ de la France. Malgré un moins bon taux de couverture qu'en Flandre, les cas y ont été plus disséminés, car on n'identifie pas de poches de non-vaccination. Cet exemple illustre que des taux de couverture inhomogènes provoquent des foyers épidémiques dans des groupes non vaccinés, à un âge où les complications de la maladie peuvent être plus graves.

Le « pattern » de transmission de la coqueluche s'est modifié sous l'effet de la vaccination. La protection n'étant pas pérenne, on observe, depuis quelques années, que ce sont les adultes de l'entourage qui contaminent les tout jeunes bébés, dont la protection vaccinale n'est acquise que vers l'âge de 6 mois. La stratégie vaccinale « cocoon »⁷ revêt un caractère « altruiste » car c'est par la vaccination des adultes qu'on protège les tout jeunes bébés.

Quant à la généralisation de la vaccination contre la rubéole, elle provoque un ralentissement de la circulation des virus avec un risque de déplacement des infections rubéoleuses à un âge plus avancé. Elle peut donc, paradoxalement, pour des jeunes filles enceintes et non immunisées (ni par la maladie ni par la vaccination) augmenter le risque de contracter la maladie et, en conséquence, augmenter le risque de rubéole congénitale pour leur fœtus.

Ainsi donc, si la plupart des personnes adhèrent à cette vision que l'intérêt individuel d'être vacciné rejoint l'intérêt collectif pour l'ensemble d'une population, certaines ne la partagent pas.



7. Le fait de vacciner les personnes de l'entourage proche susceptible de contaminer un bébé.

A quel conflit de valeurs sont confrontés les parents, les professionnels de la santé, les acteurs des programmes de vaccination au moment de la décision vaccinale ?

Un petit détour par deux jugements proclamés dans les tribunaux, l'un en 1997, l'autre en 2011, montre bien l'évolution de la notion d'intérêt individuel versus l'intérêt collectif à propos de l'obligation vaccinale contre la poliomyélite.

En 1997, la Cour de cassation condamnait des parents qui avaient refusé de soumettre leur enfant à la vaccination contre la poliomyélite, seule obligatoire en Belgique. Une des motivations de l'arrêt disait « l'obligation vaccinale est une mesure nécessaire à la protection de la santé (...), la polio est une maladie contagieuse produite par un virus (...) provoquant des paralysies graves ; le législateur a organisé la protection de la santé contre un mal aux conséquences sévères et pris les mesures qui s'inscrivent dans le cadre de ses compétences et dans les nécessités d'une politique de santé qui vise à protéger l'individu, et à travers lui, à empêcher la diffusion du virus (...) ».

Début 2011, le tribunal correctionnel de Tournai rendait, au contraire, un jugement en faveur de parents dans la même situation. Ce dernier jugement se basait notamment sur la loi de 2002 concernant les droits des patients qui stipule que, tout acte médical, en ce compris la vaccination, requiert le consentement libre, préalable et éclairé du patient. Ce qui contredit a priori le caractère obligatoire de la vaccination contre la polio. Le jugement ne prend nullement position sur l'efficacité ou la dangerosité éventuelle, réelle ou supposée, de la vaccination contre la poliomyélite, mais traite la question de l'obligation vaccinale sous un angle purement juridique. C'est l'obligation vaccinale qui deviendrait illégale.

Sans entrer dans la complexité du débat sur l'obligation vaccinale, il est manifeste que la vaccination, comme acte préventif, croise plusieurs problématiques qui ne relèvent pas seulement du champ de la santé publique.

On assiste à une mise en tension de valeurs : la liberté individuelle, le libre-choix du patient, le droit au consentement personnel à tout acte médical, les valeurs relatives à la protection d'une collectivité. Une tension entre le fait que l'obligation vaccinale pourrait constituer une violation des droits de l'individu et une confiance dans l'expertise des scientifiques, une prise en compte des aspects « altruistes » de la vaccination, une gestion de l'incertitude qui ne recourt pas de façon inconditionnelle au principe de précaution (l'intuition hippocratique : *Primum non nocere*), la création de conditions permettant de mieux accepter le risque...

Ces éléments de réflexion ne représentent que quelques jalons, quelques points de repères pour tenter d'éclairer la question de savoir si les bénéfices majeurs que l'on tire d'une vaccination valent les désagréments, le plus souvent mineurs, qu'elle cause, à titre individuel, et à titre collectif. Sans doute sommes-nous à la croisée de chemins où la société civile ne pourra faire l'économie d'une mise en débat démocratique de ces questions, à la recherche d'un nouvel équilibre entre les enjeux de « santé partagée » et la prise en compte des droits des patients à être acteur de leur santé, entre le droit de la collectivité de vouloir que l'intérêt général soit préservé et les difficultés à définir ses contours, entre les exigences de santé et d'autres aspirations ou besoins de tout être humain.

Au cours de la Semaine européenne de Vaccination, qui se déroulera du 20 au 27 avril prochain, le programme de vaccination tentera d'approfondir ce débat.

MC Miermans, psychologue
Provac-ULg

CONTACT :
PROVAC-ULg
Sart Tilman, B23 - B-4000 LIEGE
Marie-Christine MIERMANS
Psychologue
Tél: 0032/43.66.28.97 - mc.miermans@ulg.ac.be

Rôles du médecin scolaire dans le contrôle des maladies infectieuses

RÉSUMÉ : *Quelles sont les missions du médecin d'un Service de promotion de la santé à l'école dans la lutte contre les maladies infectieuses ? De l'information aux enfants, parents, enseignants, à la déclaration des maladies, en passant par l'administration d'une prophylaxie ou une proposition de vaccination, les rôles du médecin scolaire sont multiples...*

Rôle du médecin scolaire dans le contrôle des maladies infectieuses

Imaginer que le médecin scolaire arrive à contrôler les maladies infectieuses peut paraître présomptueux⁸. Néanmoins, le médecin scolaire exerce sa pratique à différents niveaux dans ce domaine : un rôle d'information, de contrôle, de prévention, de promotion de santé publique et, enfin, et non des moindres, un rôle social. Détaillons-les séparément, quoique certains d'entre eux se recoupent.

Le rôle d'information

Le médecin scolaire est amené régulièrement à informer les milieux scolaires, les parents, les enfants et les adolescents. Les questions, souvent posées par téléphone, sont de tout ordre : elles peuvent concerner aussi bien les symptômes des maladies, que les modes et les périodes de contagiosité, les durées d'écartement, mais également l'obligation de les déclarer et à qui déclarer. Les services de promotion de la santé à l'école informent le plus souvent les parents par courrier en cas d'épidémie dans une classe. Mais ils peuvent aussi être amenés à organiser des réunions de parents dans les situations d'urgences sanitaires.

Le médecin scolaire est le référent en ce qui concerne les mesures générales d'hygiène et se doit de veiller à leur application au sein des milieux scolaires, notamment dans le cadre de l'inspection des locaux. Quel meilleur moment existe-t-il pour en discuter avec la direction en collaboration, si possible, avec le conseiller en prévention et le médecin du travail ?

Nous sommes également amenés à renseigner régulièrement des confrères (généralistes et spécialistes) sur la législation actuelle⁹.

Ne négligeons pas non plus notre rôle dans les animations en classe en collaboration, ou non, avec d'autres partenaires de terrain lorsque nous abordons des sujets comme les microbes, l'hygiène, voire même la vie affective et sexuelle (nous sommes souvent amenés à parler des infections sexuellement transmissibles et de leur prévention).

Le rôle de contrôle

Certaines maladies infectieuses doivent être déclarées à la Cellule d'inspection d'hygiène de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Dans ce cadre, le médecin scolaire organise le recueil d'informations auprès des structures scolaires par des rappels trimestriels, voire mensuels, de déclaration des maladies.

Le médecin scolaire est également chargé de s'assurer que les mesures prescrites dans le cadre de l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 14 juillet 2011¹⁰ soient bien respectées par les écoles et les parents, comme par exemple, la prise d'une antibioprofylaxie dans le cadre d'une méningite bactérienne et le respect d'une période d'exclusion scolaire en cas de refus de celle-ci.

Le contrôle s'exerce également lors des dépistages organisés par les équipes médicales scolaires dans les classes pour les situations de pédiculose, de gale, ...

La prévention

La prévention prend place dans la promotion et l'organisation de la vaccination. Lors des bilans de santé, le carnet de santé de l'enfant, ou sa carte de vaccination, est toujours demandé aux parents et doit permettre d'établir le statut vaccinal de l'enfant et de conseiller les parents lorsque celui-ci est incomplet.

8. La prophylaxie et le dépistage des maladies infectieuses sont inscrits dans le décret sur la Promotion de la Santé à l'École du 20 décembre 2001 (Moniteur Belge du 17 janvier 2002) au titre de mission obligatoire.

9. Les modifications de celle-ci depuis juillet 2011 n'ayant pas encore été perçues par tous.

10. Moniteur Belge du 20 septembre 2011.

Proposer la vaccination gratuitement aux enfants via le service PSE¹¹, renforce la prévention de toute une série de maladies infectieuses comme la rubéole, la rougeole, les oreillons, l'hépatite B, la diphtérie, la poliomyélite et la coqueluche, la méningite C, voire maintenant les infections du col de l'utérus dues à différents types de HPV, ... De plus, lors de ces bilans de santé, l'enfant, considéré comme acteur progressif de sa santé au fur et à mesure de sa scolarité, est informé au sujet des vaccinations. Lors du colloque singulier avec le médecin en cabinet de consultation, la notion de son action citoyenne de santé publique peut être abordée et expliquée. Ceci peut s'effectuer également en début d'année lors de la distribution des documents confidentiels à remplir en vue des bilans de santé, dans le cadre d'une animation ou, de manière transversale, dans un projet santé développé par la classe ou l'école.

Le rôle de promotion de la santé publique

Le rôle de promotion de la santé publique apparaît à travers celui de l'information et de la prévention. Le souci du bien-être de la collectivité scolaire guide nombre des interventions du médecin scolaire en matière de prophylaxie des maladies infectieuses. Il prend sa pleine mesure lors d'une alerte à la méningite bactérienne au sein d'une communauté scolaire.

Le médecin scolaire devient alors le personnage central d'une série d'actions visant à la fois à informer le mieux possible les personnes concernées, à rassurer les parents angoissés et l'équipe éducative, à organiser la prophylaxie, à contacter les confrères de terrain, à renseigner les autorités (pouvoir organisateur de l'école) sur les mesures prises (et à prendre), à dédramatiser en cas d'intervention de la presse et à veiller à la continuité de la présence des enfants à l'école.

Le rôle social

Il reste à aborder le rôle social du médecin scolaire présent également en trame de fond des autres rôles. Nous avons tous connus l'une ou l'autre situation difficile de parents qui mettaient leurs enfants malades à l'école, étant dans la plus grande difficulté, voire dans l'impossibilité de les garder dans la chaleur du foyer. Ou pire, de constater que l'enfant exclu pour pédiculose récidivante ne réintégrait plus l'école.

Il faut alors se renseigner sur la situation de l'enfant, être à l'écoute des parents en difficulté, de l'école, des autres parents et mobiliser les partenaires sociaux sur le terrain pour aider à trouver une solution qui puisse rencontrer l'intérêt de chacun.

Empathie, capacité d'écoute et qualités de négociation font alors partie des atouts du médecin scolaire et de l'équipe PSE pour gérer des situations parfois très conflictuelles et à la limite de la négligence pour l'enfant concerné.

A travers tous ces rôles, la cohésion de l'équipe médicale scolaire et sa collaboration avec les partenaires de terrain du monde de l'enfance sont des éléments indispensables pour mener à bien cette mission de contrôle des maladies infectieuses.

*Docteur Joelle Hanlet,
Médecin coordonnateur SPPSE Brabant Wallon*

CONTACT

Centre PSE de Nivelles
2, chemin du malgras
B-1400 Nivelles
Personne de contact : Joelle Hanlet
Tél : 067/212123
Fax : 067/215565
Mail : psebw.nivelles@skynet.be
secretariatpse.nivelles@brabantwallon.be

11. Lors des séances de rattrapage de deuxième primaire (pour la vaccination de base de l'enfance) et dans les classes supérieures (sixième primaire, deuxième et quatrième secondaires) lors des bilans de santé.

« Que mange-t-on ce midi à la cantine ? Vers une alimentation équilibrée, savoureuse et durable ».

RÉSUMÉ : Comment améliorer les repas que les collectivités offrent aux enfants pour arriver à proposer une alimentation saine, équilibrée et qui donne envie d'être mangée ? Présentation d'un outil mis à disposition par la Fédération Wallonie-Bruxelles : le cahier spécial des charges « cantines scolaires ».

L'obésité est actuellement un des défis importants en santé publique. Celle-ci croît continuellement et particulièrement chez les enfants. Au-delà des conséquences physiques et psychologiques liées à l'excès de poids, l'obésité augmente aussi le risque de développer des problèmes cardiovasculaires, du diabète et certains cancers.

Par ailleurs, l'alimentation est un déterminant de nombreuses maladies chroniques. Favoriser l'accès à une alimentation saine, équilibrée, variée et de qualité est identifié comme une priorité par nos Gouvernements.

Une façon de favoriser l'accès à ce type d'alimentation est de proposer aux écoles, et aux collectivités qui accueillent des enfants, un outil leur permettant, par des indications concrètes et pratiques, d'améliorer la qualité des repas qu'ils peuvent proposer.

Le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles a ainsi décidé de mettre un cahier spécial des charges (CSC) à disposition des collectivités qui accueillent en journée des enfants de 3 à 18 ans et qui fournissent des repas de midi¹². Ce cahier spécial des charges reprend toute une série de normes et de recommandations et peut être utilisé par les écoles et les centres de vacances pour lancer un marché public de fourniture de repas de midi ou négocier celle-ci. Il peut aussi être utilisé comme indication de préparation des repas pour les établissements qui cuisinent eux-mêmes.

Le cahier permet de réfléchir et propose des suggestions pratiques. Il insiste notamment sur la nécessité d'une alimentation équilibrée, sur l'attractivité de l'assiette, sur la volonté de servir des repas moins salés, moins sucrés et contenant moins d'acides gras saturés. Il met l'accent sur une perspective durable (fruits et légumes de saison, circuits courts), sur l'alimentation biologique et sur la variété, en prenant également en compte la multiculturalité dans l'élaboration d'une alimentation savoureuse.

Les administrations concernées (Enseignement obligatoire, Santé et ONE), en collaboration avec les Hautes Ecoles de diététique, mèneront à bien une évaluation de ce projet dès juin 2013.

Formation et accompagnement

Pour se familiariser avec les critères proposés, les cantines qui le désirent peuvent bénéficier d'un accompagnement personnalisé ou de formations pour le personnel de cuisine.

Les formations visent à l'acquisition de connaissances pratiques pour élaborer une assiette équilibrée et saine dans une perspective durable. Elles sont données par les Hautes Ecoles de diététique.

L'accompagnement est destiné aux structures qui font appel à des fournisseurs extérieurs de repas chauds. Il consiste en une aide personnalisée par les Hautes Ecoles de diététique dans toutes les étapes d'un marché public ou d'une négociation,

12. Principalement les écoles et les centres de vacances ; les internats et les centres sportifs ne sont pas concernés par ce CSC, les besoins alimentaires étant différents (organisation des repas sur toute la journée dans un cas, dépenses physiques importantes dans l'autre).

allant de la compréhension du cahier spécial des charges jusqu'au contrôle de la bonne exécution du marché, en passant par une éventuelle adaptation des critères du cahier spécial des charges.

Un outil parmi d'autres

Ce Cahier spécial des charges est un outil parmi d'autres à disposition des institutions pour proposer une offre de repas équilibrés, savoureux et durables. Les structures qui accueillent les enfants en collectivité peuvent également travailler d'autres aspects que le repas de midi pour favoriser une alimentation saine et équilibrée.

Des acteurs de promotion de la santé peuvent les y aider :

- les Services de promotion de la santé à l'école et les Centres psycho-médicaux sociaux ;
- les Centres locaux de promotion de la santé ;
- l'asbl Coordination éducation santé (CORDES) qui développe un programme de promotion de la santé orienté vers l'alimentation. « Se mettre à table », un outil pour décider collectivement comment améliorer l'offre alimentaire à l'école, sort notamment cette année.

Toutes les informations sont accessibles sur le site www.sante.cfwb.be, rubrique alimentation/cantines.

Renseignements : cantine.sante@cfwb.be

Les exigences du Cahier spécial des charges relatives au plan alimentaire :

Pour garantir l'équilibre diététique, veiller à :

- 1) Respecter un équilibre énergétique compatible avec une croissance harmonieuse et en regard des besoins d'activité physique;
 - 2) Varier les apports alimentaires;
 - 3) Couvrir les besoins hydriques;
 - 4) Stimuler la consommation de fruits frais et de légumes cuits et crus;
 - 5) Préférer les aliments riches en fibres aux aliments raffinés;
 - 6) Fournir des produits lactés nature ou limités en sucres et matières grasses;
 - 7) Équilibrer les apports en protéines, notamment en variant les sources de protéines, minimiser les produits riches en graisses et graisses saturées et en insérant régulièrement des protéines végétales;
 - 8) Préférer les matières grasses d'origine végétale et riches en acides gras mono et polyinsaturés pour l'assaisonnement;
 - 9) Contrôler les fréquences d'aliments trop riches en graisses, sucres et sel;
 - 10) Recourir au maximum à des aliments frais (ou surgelés) non préparés;
- (...)

L'éducation aux goûts :

(...) Dans le but d'une éducation au goût, les repas confectionnés et servis devront, tout en respectant les impératifs diététiques, nutritionnels et autres (...), être réalisés avec des matières premières savoureuses, dont les propriétés nutritionnelles et organoleptiques seront respectées par des modes de cuisson appropriés et contenir les assaisonnements (herbes, épices...) et accompagnements naturels adéquats, destinés à mettre en évidence et/ou à rehausser la saveur des aliments servis.

La diversité sera au rendez-vous puisque seront proposés :

- a) Une fois par quadrimestre, un repas « extraordinaire », s'intégrant dans le plan alimentaire, à l'occasion des diverses fêtes, ou régional ou exotique ou selon un thème précis (...). Les plats et/ou denrées « inhabituelles » seront identifiés (nom, origine, pictogramme,...) ;
- b) Une fois par mois, (...) l'intégration d'un repas mettant en valeur le patrimoine alimentaire des nationalités présentes dans les structures collectives concernées. (...)
- c) Une fois par mois, (...) une spécialité culinaire mettant en valeur le patrimoine culinaire régional ou national.

Présentation et quantité

(...)Pour toutes les tranches d'âges, il est recommandé de varier les couleurs dans l'assiette, de même que d'utiliser des formes contemporaines de présentations de certaines préparations (wraps, etc)

Les menus du jour

(...) Les menus comportent chaque jour :

- 1 potage ou une crudité (au choix) ;
- 1 plat principal comprenant une ration de viande, volaille, poisson, un ovoproduit, un substitut végétal (soja, tofu ou équivalent) ou association céréale-légumineuse, une ration de légumes crus ou cuits, une ration de féculents ;
- 1 dessert (...)

Critères de choix des aliments :

(...) Quelques exemples :

A favoriser : les légumes de saison frais ou surgelés nature.

Tolérés : potage, tomates pelées, petits pois et carottes, aubergines grillées surgelées, jus de légumes salé (type V8), ratatouille en conserve/bocal, tomates séchées à l'huile.

A l'occasion : salades de crudités à la mayonnaise (carotte, céleri rave, concombre...), poêlées de légumes surgelés, légumes préparés en sauces, potage de légume(s) à la crème ou velouté d'asperges.

Remarque : les conserves sont exclues sauf en cas de dépannage absolu, à l'exception des tomates pelées. Les potages seront confectionnés avec des légumes frais ou surgelés. Les poudres ne sont pas acceptées. L'usage des fonds en poudre ou bouillon en cube sont à limiter, tout en choisissant des fonds pauvres en sel et en additifs. (...)

Provenance et composition des aliments

Les aliments devront être issus de l'agriculture biologique, ou de circuits courts et respectant des critères environnementaux. Par exemple : dans un but éducatif et de diversité alimentaire, 50% des légumes frais ou surgelés respecteront le « Calendrier de saisonnalité » de Bioforum. Les bananes seront labélisées Max Havelaar, Fair trade ou équivalent. De septembre à mars inclus, une pomme ou une poire issue de l'agriculture biologique sera proposée chaque semaine.

Les exhausteurs de goût et autres colorants considérés comme potentiellement allergisants sont proscrits.

« Se mettre à table ! » : un outil de concertation collective autour de l'alimentation



RÉSUMÉ : *Un outil développé par l'asbl Cordes visant à soutenir et accompagner les changements en matière d'alimentation à l'école.*

L'asbl Coopération Education & Santé (Cordes) travaille depuis 1998 dans le secteur de la Promotion de la Santé et fait particulièrement le lien entre santé, alimentation et école. Grâce aux subsides de la Fédération Wallonie-Bruxelles, l'asbl élabore et propose gratuitement aux écoles des outils pédagogiques autour de l'alimentation.

De manière générale, tous les outils imaginés par Cordes visent à éveiller l'imaginaire pédagogique des enseignants et éducateurs pour intéresser les élèves et les mobiliser autour de questions de santé. Ils développent des propositions qui suscitent la participation, l'implication des acteurs éducatifs et de santé et les partenariats entre les différents secteurs concernés. Ces outils invitent aux échanges et à l'expression des besoins de santé individuelle et collective pour rentrer dans une démarche de promotion de la santé.

Au vu des nombreuses mobilisations autour de l'alimentation équilibrée des enfants et des jeunes, Cordes élabore un nouvel outil de concertation intitulé « **Se mettre à table !** » en collaboration avec 8 asbl issues des secteurs de la santé, de

l'environnement, de la citoyenneté et de l'interculturel : Le CBAI, le Réseau Idée, l'asbl COREN, Rencontre des Continents, Green, Cultures&Santé, Le Début des Haricots et Empreintes.

« **Se mettre à table !** » vise à soutenir et à accompagner les changements en matière d'alimentation à l'école. Cet outil permet de baliser une situation vécue qui pose problème et d'accompagner la mise en place de mesures pour résoudre cette situation problématique. Il ne propose pas de solutions préfabriquées mais invite à réfléchir ensemble avec les différents acteurs de l'école, à ce qui fait réellement problème et aux solutions envisageables pour y remédier. « **Se mettre à table !** » est un support à la concertation collective pour que l'alimentation à l'école soit l'affaire de tous pour le bien-être de chacun.

En effet, travailler ensemble, avec tous les acteurs de l'école (enseignants, direction, éducateurs, élèves...), permet la mise en place de changements concertés, donc plus cohérents et plus durables. L'outil soutient par là une des importantes missions de l'école qui est d'apprendre à vivre et travailler ensemble.

« **Se mettre à table !** » a comme objectif de renforcer les capacités de chacun à agir pour le bien-être collectif : en échangeant ensemble pour mieux comprendre les facteurs en jeu, en cherchant ensemble des solutions, en menant ensemble des actions qui donnent à chacun une place pour être acteur de la santé collective à l'école.

Concrètement, l'outil « **Se mettre à table !** » propose de réunir, autour d'une table, un groupe composé de différents acteurs de l'école. Au départ d'une dizaine de constats formulés de manière un peu caricaturale tels que « Ils ne mangent que des crasses ! », « Ils ne savent pas différencier une tomate d'un navet ! » ou encore « Marre des sandwiches à l'américain ! », le groupe est invité à développer une vision complexe et nuancée des situations vécues à l'école. Le matériel proposé dans l'outil (présenté sous forme de fiches) alimente aussi bien la réflexion que l'action et il permet de faire des liens entre alimentation, éducation, santé, environnement et culture.

« **Se mettre à table !** » se veut soutenant pour construire du changement en vue d'un mieux-être collectif. Chaque école, chaque acteur peut donc se l'approprier et l'adapter en fonction des situations réellement vécues au sein de son établissement. Alors, on met la table ?

Pour obtenir l'outil, les écoles intéressées envoient un mail détaillant les motivations et les envies de changement à l'adresse suivante : cordes@cordes-asbl.be

Virginie Vandermeersch

CONTACT :

Coordination Education & Santé asbl
rue Maréchal Joffre 75

B-1190 Bruxelles

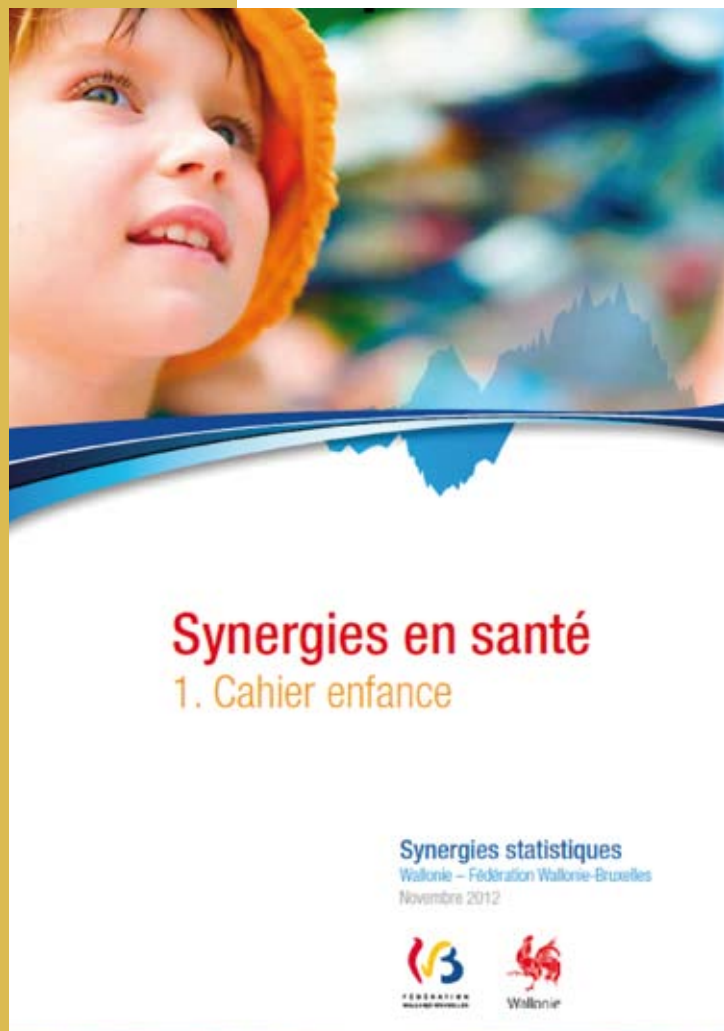
Personne de contact : Virginie Vandermeersch

Tél : 02/ 538 23 73

Mail : virginie.cordes@gmail.com

Un outil à votre disposition

Synergies en santé - Cahier Enfance



« Synergies en Santé – Cahier Enfance » aborde la santé - au sens large - des enfants âgés de 0 à 12 ans, vivant en Belgique francophone. Son objectif est de dresser de façon synthétique l'état des lieux de la santé des enfants en Wallonie et dans la Fédération Wallonie – Bruxelles à partir d'une série d'indicateurs socio-sanitaires, et ce dans une perspective dynamique des actions, politiques et programmes menés par les deux entités fédérées.

Il s'adresse à toute personne s'interrogeant sur la santé des enfants : du décideur politique au professionnel de la santé en passant par le chercheur, l'enseignant et l'administration.

Le cahier Enfance couvre 19 thématiques sélectionnées pour leurs grands enjeux de santé concernant les enfants. Ces thématiques, centrées sur des indicateurs de résultats, des facteurs de risque et des taux de couverture des politiques menées, concernent : la période autour de la naissance, l'alimentation, l'alcool et le tabac, l'activité physique, l'obésité et le surpoids, l'usage des multimédias, l'environnement physique, l'environnement familial, l'accueil de l'enfant, le dépistage néonatal de la

surdité, le dépistage visuel, le dépistage des maladies métaboliques et congénitales, la santé bucco-dentaire, la vaccination, le bien-être, la maltraitance, les cancers, le handicap et la mortalité.

Le cahier ne prétend cependant pas à l'exhaustivité des initiatives, programmes et politiques, tant ils sont nombreux.

La méthodologie adoptée s'appuie, d'une part, sur une revue de la littérature scientifique, et repose, d'autre part, sur les nombreuses informations collectées lors des entretiens menés avec des experts qui oeuvrent dans le domaine de la santé de l'enfant. Elle a été mise en œuvre par l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles.

Cette publication met en lumière un grand nombre et une grande diversité d'acteurs mobilisés par la santé des enfants et une multitude de politiques et d'actions menées (en lien direct ou indirect avec la santé) par la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Région Bruxelloise et la Wallonie.

Elle indique que les synergies, encore trop peu nombreuses à ce jour, s'articulent à des niveaux et des degrés divers, allant de la simple juxtaposition d'initiatives ponctuelles localisées à de véritables actions concertées.

Enfin, ce cahier thématique a vu le jour dans le cadre de l'accord de coopération dit de « synergies statistiques », conclu entre le Gouvernement de la Wallonie et celui de la Fédération Wallonie-Bruxelles, dans le but de renforcer les synergies, notamment statistiques, entre les deux entités fédérées. Soutenu financièrement par l'Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS), il est le fruit d'une étroite collaboration entre l'Observatoire Wallon de la Santé et la Direction générale de la Santé du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le Cahier Enfance est disponible en version électronique sur le site de la Direction générale de la Santé à l'adresse suivante <http://www.sante.cfwb.be/>.

La politique de santé : quoi de neuf ?

- La Fédération Wallonie-Bruxelles soutient un nouveau projet de la Société Scientifique de Médecine Générale, en partenariat avec le Centre de dépistage des cancers, le SCPS-Question Santé et la société Quintiles, visant à mettre en place un projet pilote «ambassadeur prévention».

La littérature scientifique a mis en évidence l'intérêt, pour l'implantation de programmes de prévention, de rencontres entre un visiteur médical et un médecin. Cette démarche permet de sensibiliser le médecin, de lui transmettre des informations concrètes et pratiques sur le fonctionnement des programmes et d'individualiser les informations transmises en fonction des besoins spécifiques du médecin.

Les programmes de prévention concernés par ce projet pilote sont ceux des dépistages du cancer colorectal et du sein, ainsi que la prévention des cancers du col de l'utérus.

Environ 250 médecins seront inclus dans le groupe pilote; chacun de ces médecins sera visité par l'ambassadeur prévention à trois reprises sur une période de 9 mois. Le projet a démarré en janvier 2013. Une évaluation, qui sera disponible en début 2014, permettra de tirer les enseignements de cette initiative.

- Le rapport « Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles » est sorti en novembre 2012. Ce rapport est le fruit d'un travail de concertation de deux ans impliquant l'ensemble des acteurs santé concernés par les assuétudes. Vous pouvez prendre connaissance du rapport en suivant le lien <http://www.eurotox.org/images/stories/docs/stratconcertees.pdf>.

- N'hésitez pas à nous faire parvenir vos suggestions :
Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles
Direction générale de la santé
Boulevard Léopold II, 44
B-1080 Bruxelles
sophie.lefevre@cfwb.be
- Comité de rédaction : Serge Carabin (DGS), Alain Cherbonnier (SCPS Question Santé), Françoise Delbroeck (DGS), Philippe Demoulin (DGS), Dominique Doumont (SCPS Unité RESO/UCL), Madhy Kosia (DGS), Sophie Lefèvre (DGS), Roger Lonfils (DGS), Raymond Moriaux (DGS), Annalisa Tancredi (DGS), Patrick Trefois (SCPS Question Santé).
- Coordination de la revue : Sophie Lefèvre (DGS)
- Conception graphique : SCPS Question Santé asbl
- Tirage : 9.000 exemplaires
- Remerciements pour leur contribution à ce numéro : Joelle Hanlet (SPPSE Brabant Wallon), Marie-Christine Miermans (Provac-ULg), Tatiana Pereira (DGS), Carole Schirvel (DGS), Virginie Vandermeersch et Cristine Deliens (Cordes asbl).
- Remerciements pour leur relecture : Jean-Michel Antonutti (DGS), Nicole Bruhwylér (DGS), Marie-Anne Goosse (DGS).
- Les articles publiés par « Santé pour tous » n'engagent que leur auteur. Les articles non signés sont de la Direction générale de la Santé.
- Cette publication semestrielle peut être téléchargée sur le site www.sante.cfwb.be



Publication de la Direction générale
de la Santé du Ministère de la Fédération
Wallonie-Bruxelles, Bd Léopold II, 44
1080 Bruxelles
Tél. : +32(2) 413.26.01 Fax : +32(2) 413.26.13
Site internet : www.sante.cfwb.be

Secrétariat de rédaction :
Sophie Lefèvre
Editeur responsable :
Serge Carabin
Bd. Léopold II, 44-1080 Bruxelles
D/2013/10134/1