

Document réalisé par

le Service Communautaire en Promotion Santé «SIPES»
Service d'Information Promotion Education Santé
Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

Décembre 2007

Avec le soutien de la
Communauté française
de Belgique

tableau de bord de la santé

en Communauté française de Belgique - 2007



Document réalisé par

le Service Communautaire en Promotion Santé «SIPES»
Service d'Information Promotion Education Santé
Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

tableau de bord de la santé

en Communauté française de Belgique - 2007

AUTEURS

*(par ordre d'apparition
dans le Tableau de bord)*

Pascale JONCKHEER
Béatrice SWENNEN
Nathalie MOREAU
Damien FAVRESSE
Florence PARENT
Vladimir MARTENS
Patrick DE SMET
Christine BAZELMANS
Martine BANTUELLE
Alain LEVÊQUE
Christelle SENTERRE
Marie-Christine VAN BASTELAER
Françoise LEYNEN
Yves COPPIETERS

REMERCIEMENTS

(par ordre alphabétique)

Christian DEHON
Anne-Françoise GENOTTE
Maryse GOMBERT
Perrine HUMBLET
France KITTEL
Raphaël LAGASSE
David LECLERCQ
Vincent LORANT
Jean MACQ
Danielle PIETTE
Françoise RENARD
André SASSE
Jean TAFFOREAU
Viviane VAN CASTEREN
Anne VANDAELE
Maryse WANLIN
PROVAC

MISE EN PAGE

Nathalie DA COSTA MAYA,
Centre de Diffusion
de la Culture Sanitaire
CDCS asbl

VEUILLEZ CITER CE DOCUMENT DE LA FAÇON SUIVANTE :

Godin I., De Smet P., Favresse D., Moreau N., Parent F. (eds), Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique, Service Communautaire en Promotion Santé SIPES (ESP-ULB), Bruxelles, 2007

Dépôt légal : D/2007/10.134/3

Décembre 2007



AVANT-PROPOS

Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique - 2007

AVANT-PROPOS

Ce document relatif à la santé en Communauté française de Belgique est un Tableau de bord de la santé, c'est-à-dire un état des lieux de la santé qui sert d'outil d'aide à la décision, à la formulation de priorités et de politiques de santé. Il est basé sur les six priorités déjà définies par le plan communautaire opérationnel (PCO) de 2005^[1] : la prévention des cancers, des maladies infectieuses (vaccinations, sida et infections sexuellement transmissibles et tuberculose), des traumatismes et la promotion de la santé cardio-vasculaire. Ces six priorités correspondent aux différents cahiers de ce rapport. L'ensemble des auteurs, co-auteurs et relecteurs des différents cahiers sont bien conscients des difficultés que soulève ce découpage thématique, car il peut donner l'impression d'aller à l'encontre d'une approche globale de la santé et limiter sa compréhension dans toute sa complexité. Toutefois, l'approche de santé communautaire décrite dans le PCO souligne bien le lien entre la santé et ses déterminants, en mettant en évidence l'importance des structures et des acteurs, et sur la réduction des inégalités sociales de santé. Ce sont également les buts poursuivis par les auteurs de ce travail.

Les tableaux de bord de la santé utilisent des données existantes et rendues accessibles, pour en donner une vue et une interprétation qui soient à la fois globale et synthétique. Les indicateurs de santé sélectionnés doivent pouvoir répondre idéalement à des qualités de pertinence, de validité, de précision, d'exhaustivité et de comparabilité.

Idéalement donc, un tel travail devrait précéder l'identification et la définition des priorités. C'est l'ambition que nous avons pour le futur : fournir des données relatives à la santé qui puissent aider à l'identification de priorités et ouvrir la place à de réelles stratégies communautaires de promotion de la santé.

Un tel objectif ne sera certainement pas atteint par cette seule contribution, et ce travail doit s'inscrire dans un processus beaucoup plus vaste de construction et de mise en place d'un système d'information sanitaire en Communauté française qui puisse s'appuyer sur un réseau efficace et opérationnel en promotion de la santé.

Ce Tableau de bord de la santé repose sur un cadre conceptuel, qui tout en se basant sur une analyse situationnelle (photographie de santé), recherche en amont des facteurs ayant pu influencer ou déterminer en partie ce constat épidémiologique. Il s'agit essentiellement de facteurs socio-économiques, démographiques ou culturels, de facteurs plus individuels qui relèvent des décisions et des comportements (liés ou non directement à la santé) et de facteurs environnementaux. A cela viennent s'ajouter les politiques et les différents acteurs institutionnels. Les données sont présentées de manière à pouvoir mieux évaluer et comprendre l'importance relative des différentes thématiques de santé présentées mais également, dans la mesure des données disponibles, de manière à permettre les comparaisons dans le temps ou avec d'autres régions ou pays.

Globalement, ces comparaisons relatives aux différentes thématiques du Tableau de bord mettent en évidence une amélioration de l'état de santé physique des personnes vivant en Communauté française. Cette amélioration s'appréhende principalement par le biais d'informations disponibles concernant, notamment, la mortalité et la morbidité spécifiques à ces thématiques. Néanmoins, cette disponibilité présente un caractère plus ou moins parcellaire et actualisé selon les thématiques abordées.

Concernant la disponibilité des données, l'absence de statistiques récentes de décès en Communauté française se ressent, particulièrement, au niveau des données existantes concernant la prévention des traumatismes et des maladies cardio-vasculaires. Cette absence freine, entre autres, la possibilité d'estimer l'impact des mesures récentes concernant ces thématiques. Ce retard est néanmoins en passe de se corriger progressivement et sera absorbé d'ici deux ans.

1. *Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé, accessible sur le site de la Cfb : <http://www.sante.cfbw.be/pg001.htm>*

2. *Lorant V., De Clercq E., Deliège D., Tableau de bord en promotion de la santé, Recherche réalisée pour la Communauté Française, Bruxelles, UCL-SESA, 1997. Disponible sur le site : <http://www.sesa.ucl.ac.be>*
3. *Disponibles sur les sites : <http://www.hainaut.be/sante> et <http://www.observatbru.be>*

Si ce Tableau de bord nous permet d'identifier, pour chaque problématique abordée, une série de données manquantes et l'aspect parfois parcellaire de certaines données disponibles, des déficits transversaux aux problématiques transparaissent également. A ce sujet, nous pouvons notamment relever un manque de données au niveau des populations marginales ou marginalisées souvent ciblées de manière prioritaire, par les politiques et actions de promotion et de prévention. Cette caractéristique résulte vraisemblablement de la difficulté d'accéder à ces populations. On peut également signaler une quasi-absence de données disponibles concernant la qualité des interventions mises en place. Peu d'informations transparaissent également au niveau des stratégies d'action (action communautaire, participation des populations concernées à la réalisation des actions, etc.) développées dans la mise en place des interventions relatives à ces problématiques. Ces déficits, s'ils sont particulièrement le fait de populations socialement défavorisées, peuvent avoir des conséquences évidentes sur l'estimation de l'évolution des inégalités de santé.

Dans l'ensemble, ce Tableau de bord confirme et renforce les lignes directrices prises dans le PCO en mettant en évidence une série de déficits et de manques plutôt que de réorienter ces lignes directrices.

Le rapport s'adresse en priorité aux décideurs et aux acteurs de la promotion de la santé, que ceux-ci soient impliqués dans l'action des centres locaux de promotion de la santé, des observatoires, du monde associatif et/ou politique. Le lecteur comprendra que les données présentées sont de type principalement quantitatif et que ces données gagneraient bien évidemment à être complétées par des informations plus qualitatives, ce qui permettrait d'avoir une meilleure compréhension des thématiques étudiées et de leur complexité.

Ceci n'est pas le premier document du genre en ce qui concerne la santé en Communauté française. En effet, de tels documents existent déjà, et le lecteur lira avec intérêt – à titre d'exemple – le Tableau de bord en promotion de la santé publié par le Sesa en 1997^[2], les tableaux de bord de l'Observatoire de la Santé du Hainaut ou ceux de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles^[3]. L'intérêt de pouvoir disposer de tableaux de bord de la santé réside également dans la parution de leurs mises à jour, ce qui permet un suivi dans le temps de l'évolution de la santé de la population et de ses déterminants. Nous espérons ainsi faire de ce travail un outil dynamique et de collaboration avec tous les acteurs impliqués en promotion de la santé.

Isabelle Godin
Coordinatrice Sipes

LE MOT DE LA MINISTRE

Je suis vraiment très heureuse de vous présenter la première édition du Tableau de bord de la Santé en Communauté française. Les données présentées dans ce document, réalisé grâce au soutien de SIPES-ULB, sont indispensables à l'évaluation des actions de promotion de la santé et de prévention définies dans le cadre du Programme Communautaire Opérationnel (PCO) de la Communauté française.

Le PCO précise en effet les priorités de santé en Communauté française : promotion de la santé cardiovasculaire, prévention des cancers, prévention du Sida et des IST, prévention des traumatismes, vaccination et tuberculose.

Face à la rareté des moyens, qui est malheureusement le lot quotidien de la plupart des décideurs politiques, il s'impose de faire des choix de priorités mais il faut aussi mettre en œuvre des synergies et s'assurer que les politiques menées sont efficaces.

Ce Tableau de bord de la Santé en Communauté française est un outil précieux non seulement en tant qu'état des lieux de la santé de notre communauté mais également en tant qu'outil à la décision et à l'évaluation de nos actions. En effet ce document qui fera l'objet d'actualisations régulières, doit permettre ainsi de suivre l'évolution des indicateurs et d'évaluer l'impact des politiques actuelles, mais aussi éventuellement de dégager de nouvelles priorités ou d'adapter nos stratégies en fonction des analyses et des résultats.

J'espère que cet outil sera utile pour chacun d'entre vous, décideurs locaux ou acteurs de promotion de la santé et je terminerai en remerciant les auteurs pour leur travail de compilation, de validation et d'analyse dans la rédaction de ce Tableau de bord de la Santé.



Catherine FONCK
Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse
et de la Santé

TABLE DES MATIÈRES

Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique - 2007

TABLE DES MATIÈRES

	INTRODUCTION	11
--	---------------------------	-----------

CAHIER 1. LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Pascale JONCKHEER

1.	SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE	1 19
	1.1. Introduction	1 19
	1.2. Incidence	1 19
	1.3. Mortalité	2 20
	1.4. Tendances et évolution de l'incidence dans le temps	2 20
	1.5. Tendances et évolution de la mortalité dans le temps	2 20
	1.6. Comparaisons géographiques	4 22
2.	FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES, SOCIO-ÉCONOMIQUES ET SOCIOCULTURELS	5 23
	2.1. Facteurs démographiques	5 23
	2.2. Facteurs socio-économiques	6 24
	2.3. Facteurs socioculturels	7 25
3.	FACTEURS INDIVIDUELS	8 26
4.	FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX	9 27
5.	POLITIQUES ET STRATÉGIES	10 28
	5.1. Mise en place d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein	10 28
	5.2. Évaluation du programme organisé de dépistage du cancer du sein	11 29
6.	PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS	18 36
7.	RESSOURCES	19 37
8.	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	20 38

CAHIER 2. LA PROMOTION DE LA VACCINATION

Béatrice SWENNEN, Nathalie MOREAU, Damien FAVRESSE

1.	INTRODUCTION	1 41
2.	POLITIQUE VACCINALE ET BUDGET	2 42
3.	LES SCHÉMAS DE VACCINATION	5 45
	3.1. Le schéma de vaccination des nourrissons et des enfants en âge scolaire en Belgique	5 45
	3.2. Le schéma de vaccination des adultes	6 46
4.	SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION	7 47
5.	COUVERTURES VACCINALES	10 50
	5.1. Couvertures vaccinales des nourrissons	10 50
	5.2. Couvertures vaccinales des enfants en âge scolaire	15 55
	5.3. Couvertures vaccinales des adultes	17 57
6.	INTERVENANTS	22 62
	6.1. Vaccinateurs des nourrissons	22 62
	6.2. Vaccinateurs des enfants en âge scolaire et des adultes	23 63
	6.3. Acteurs de la promotion de la vaccination	23 63
7.	ACTIVITÉS RÉALISÉES SELON LES OBJECTIFS DU PCO	24 64
	7.1. Développer les connaissances et la motivation de la population vis-à-vis de la vaccination	24 64
	7.2. Permettre l'accès maximal aux vaccins des publics cibles retenus par la Communauté française	24 64
	7.3. Assurer la cohérence et la pertinence du programme de vaccination	25 65
8.	PERSPECTIVES	26 66
	8.1. Un programme structuré de vaccination	26 66
	8.2. L'élimination européenne de la rougeole et de la rubéole congénitale pour 2010	26 66

8.3. Élargissement de la prévention vaccinale et financement de la vaccination	26	66
8.4. Création du registre de vaccination en Communauté française et maintien des enquêtes de couvertures vaccinales	27	67
8.5. Adhésion de la population au calendrier vaccinal	27	67
9. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	28	68
10. POUR EN SAVOIR PLUS	28	68

CAHIER 3. LA PRÉVENTION DU SIDA ET DES IST

Florence PARENT, Vladimir MARTENS

1. INTRODUCTION	1	69
2. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE (COLLECTIF ET INDIVIDUEL)	3	71
2.1. Données concernant le VIH/SIDA	3	71
3. FACTEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET GÉOGRAPHIQUES	5	73
3.1. Données de mortalité et de morbidité	5	73
3.2. Données sur les autres infections sexuellement transmissibles et les hépatites	6	74
3.3. Groupes cibles et vulnérabilité	7	75
4. COMPORTEMENTS ET FACTEURS ÉDUCATIONNELS	9	77
4.1. Modes de transmission	9	77
4.2. Comportements de protection et prises de risque	10	78
4.3. Déterminants éducationnels des comportements	12	80
5. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX	13	81
6. POLITIQUES ET STRATÉGIES EN PRÉVENTION/PROMOTION SANTÉ, DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE	14	82
6.1. Textes de référence et aspects institutionnels	14	82
6.2. Acteurs, services et milieux de vie	15	83
7. CONCLUSION	16	84
8. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	17	85
9. RESSOURCES	18	86

CAHIER 4. LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Nathalie MOREAU, Patrick DE SMET, Christine BAZELMANS

1. INTRODUCTION	1	89
2. POLITIQUES ET STRATÉGIES	2	90
2.1. Prise en charge de la tuberculose	2	90
2.2. Cadre législatif et recommandations	4	92
3. ETAT DE SANTÉ DE LA POPULATION	5	93
3.1. Nombre de cas et incidence	5	93
3.2. Mortalité	7	95
4. DÉPISTAGE	8	96
4.1. Les demandeurs d'asile	10	98
4.2. Les détenus	11	99
4.3. Le milieu scolaire	13	101
4.4. Le milieu professionnel	14	102
4.5. Socioprophylaxie et dépistage des contacts	15	103
5. TRAITEMENT	16	104
5.1. Résistance au traitement	16	104
5.2. Issues du traitement	16	104
6. LES INTERVENANTS	19	107
7. MISE EN PERSPECTIVE AVEC LE PCO	20	108
7.1. Les malades	20	108
7.2. Les groupes à haut risque	21	109

7.3. Les objectifs transversaux pour améliorer la qualité du programme.....	21	109
8. PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS	22	110
9. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	23	111
10. SITES À CONSULTER.....	24	112

**■ CAHIER 5. LA PRÉVENTION DES TRAUMATISMES
ET LA PROMOTION DE LA SÉCURITÉ**

Bazelmans C., Bantuelle M., Levêque A., Senterre C., Van Bastelaer M-C.

1. INTRODUCTION	1	113
2. LES ACCIDENTS EN GÉNÉRAL	2	114
2.1. La mortalité	2	114
2.2. Principaux traumatismes mortels en Belgique	4	116
2.3. La morbidité	6	118
2.4. La morbidité par type de traumatisme	6	118
3. DEUX POPULATIONS A RISQUE : LES JEUNES ET LES PERSONNES ÂGÉES	7	119
3.1. La mortalité chez les enfants et les jeunes	7	119
3.2. La morbidité chez les enfants et les jeunes	7	119
3.3. La mortalité par traumatismes chez les personnes âgées	9	121
3.4. La morbidité par traumatismes chez les personnes âgées	9	121
4. LE SUICIDE	12	124
4.1. La mortalité	12	124
4.2. La morbidité	15	127
5. QUELQUES DONNÉES SUR LES ACCIDENTS DE CIRCULATION	17	129
5.1. Mortalité et morbidité	17	129
6. LA PRÉVENTION DES TRAUMATISMES ET LA PROMOTION DE LA SÉCURITÉ	19	131
6.1. La promotion de la sécurité	19	131
6.2. Les recommandations aux professionnels	20	132
6.3. La concertation entre les acteurs concernés	22	134
7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	23	135

■ CAHIER 6. LA PROMOTION DE LA SANTÉ CARDIO-VASCULAIRE

Françoise LEYNEN, Yves COPPIETERS

1. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE (COLLECTIF ET INDIVIDUEL)	1	137
2. DONNÉES DE MORTALITÉ ET MORBIDITÉ	2	138
2.1. Mortalité cardio-vasculaire	2	138
2.2. Mortalité par infarctus : données du registre Monica de Charleroi	4	140
2.3. Morbidité	6	142
3. FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS	9	145
4. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX	13	149
4.1. Environnement physique	13	149
4.2. Environnement psychosocial	13	149
5. POLITIQUES ET STRATÉGIES EN PRÉVENTION/PROMOTION SANTÉ, DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE	14	150
6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	16	152

■ SYNTHÈSE		155
-------------------------	--	-----

■ GLOSSAIRE ET ABRÉVIATIONS		164
--	--	-----

INTRODUCTION

Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique - 2007

INTRODUCTION

La conception, la structure et le contenu des différents cahiers ont été élaborés à partir d'un cadre conceptuel qui se voulait à la fois pertinent pour les six thématiques abordées et qui puisse également donner une vue globale et relativement simple de la santé et de ses déterminants.

De nombreux modèles d'approche et de conception de la santé existent, et celui qui est présenté schématiquement ci-dessous a pour fil conducteur de partir d'un bilan épidémiologique – présentation des données de mortalité et de morbidité reflétant la santé et le bien-être –, pour ensuite pouvoir mettre en évidence les facteurs identifiés comme ayant une influence sur cette situation de santé (facteurs de risque). Ce sont les facteurs socio-économiques, démographiques et culturels et les facteurs individuels et psychologiques. Ensuite, si cela s'avère approprié pour le problème de santé considéré, les facteurs environnementaux (environnement physique et biologique) seront étudiés. Enfin, référence sera faite au rôle des acteurs politiques et des interventions, par exemple en faisant état des programmes de promotion de santé, de stratégies d'intervention ainsi que des décisions politiques visant à améliorer la santé de la population (figure 1). La référence au lien décrit par le PCO entre la santé et ses déterminants sous-tend l'élaboration de ce travail.

Les données disponibles sont surtout des données quantitatives qui ont le mérite de fournir des appréciations chiffrées, mais qui reflètent une situation de façon souvent résumée. Elles gagnent à être complétées par des données plus qualitatives et plus décentralisées géographiquement. Enfin, les indicateurs de santé présentés sont décrits et font l'objet d'un glossaire que le lecteur trouvera en annexe.

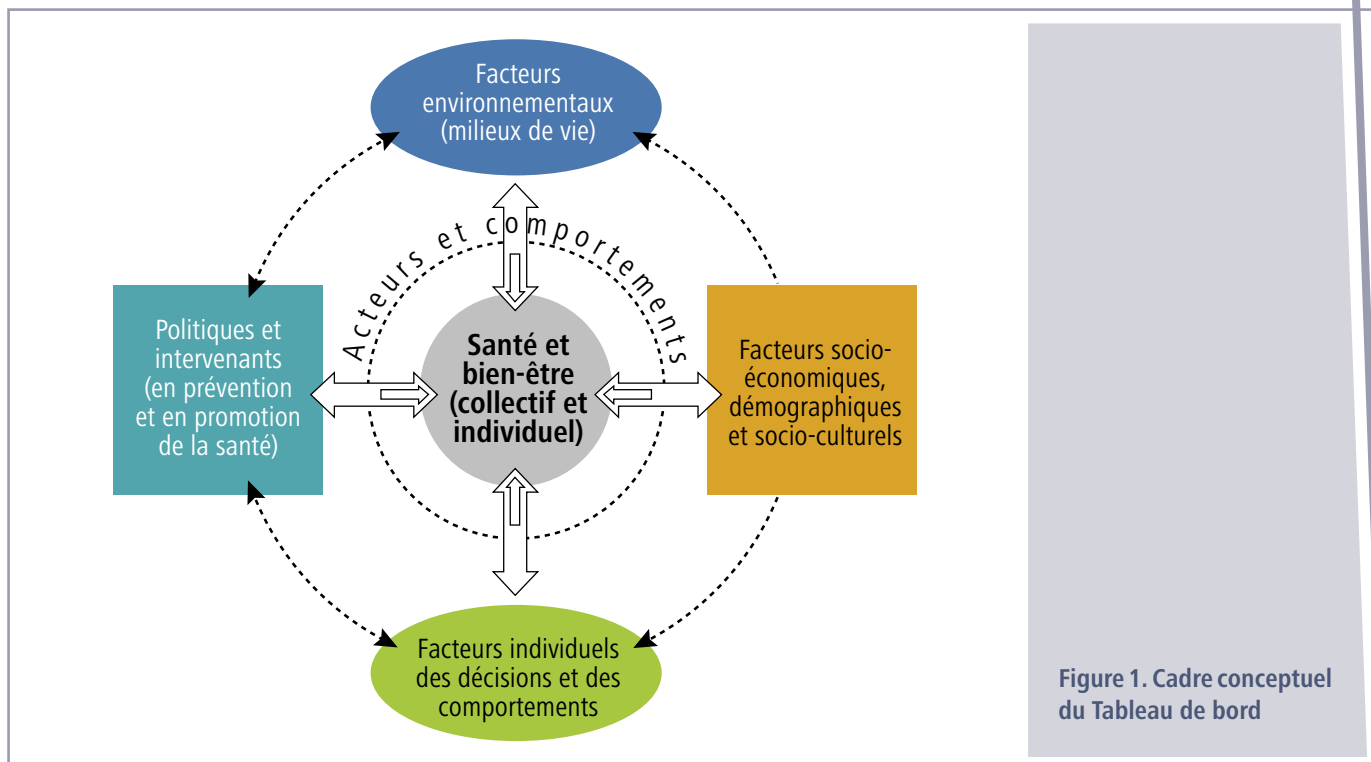


Figure 1. Cadre conceptuel du Tableau de bord

QUELQUES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

POPULATION

Les données démographiques sont présentées selon la disponibilité des informations. Ce sont les données relatives à l'ensemble du pays, à la Région flamande, à la Région wallonne et à celle de Bruxelles-Capitale. Etant donné l'impossibilité de différencier les personnes francophones des personnes néerlandophones à Bruxelles, les chiffres de population de la Communauté française sont donc ventilés en Région wallonne et Bruxelles-Capitale, et dans cette dernière sont donc incluses les personnes relevant du régime linguistique néerlandais.

Au premier janvier 2007, la population belge totale s'élève à plus de 10 millions et demi de personnes, soit un accroissement annuel de 0,7 % (tableau 1).

Tableau 1. Population totale au 1^{er} janvier 2007

	Hommes	Femmes	Total	Évolution annuelle
Belgique	5 181 408	5 403 126	10 584 534	+0,70 %
Bruxelles-Capitale	496 788	534 427	1 031 215	+1,22 %
Région flamande	3 017 063	3 100 377	6 117 440	+0,64 %
Région wallonne	1 667 557	1 768 322	3 435 879	+0,64 %

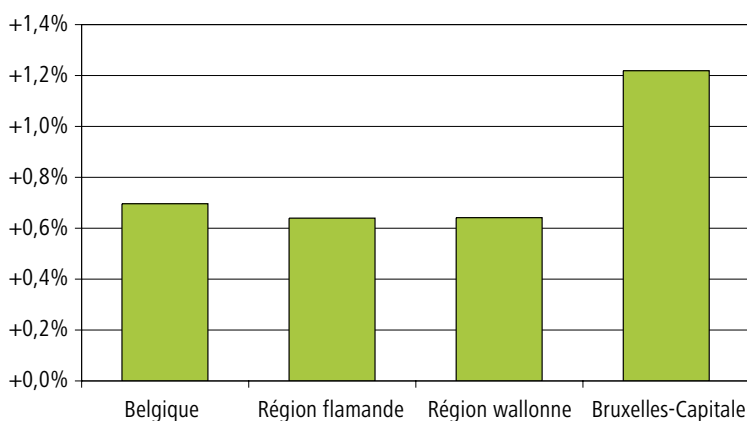
Source : SPF économie, PME, classes moyennes et énergie, Direction générale Statistique et Information économique

Les provinces du Hainaut (1 294 844 habitants au 1^{er} janvier 2007) et de Liège (1 047 414 habitants au 1^{er} janvier 2007) sont les plus peuplées en Région wallonne, celle du Luxembourg (261 178 habitants) est celle qui est la moins peuplée.

Entre 2006 et 2007 (situation au 1^{er} janvier), l'accroissement de la population a été le plus important dans la Région de Bruxelles-Capitale (accroissement annuel de 1,2 %), comme l'illustre la figure 2. Les régions wallonne et flamande ont connu toutes deux un accroissement identique, de 0,6 %.

Figure 2. Evolution de la population 2006-2007, en %

Source : SPF économie, PME, classes moyennes et énergie, Direction générale Statistique et Information économique



Les projections de l'évolution de la population jusqu'à la moitié du XXI^e siècle indiquent que la proportion de la population de la Région flamande connaîtra une tendance à la baisse (passant de 58 % à 55 % de l'ensemble de la population en Belgique entre 2000 et 2050), au profit de l'accroissement de la Région wallonne et de la Région de Bruxelles-Capitale. En 2050 la Région wallonne représentera 35 % de la population en Belgique et celle de Bruxelles-Capitale 10 % (figure 3).

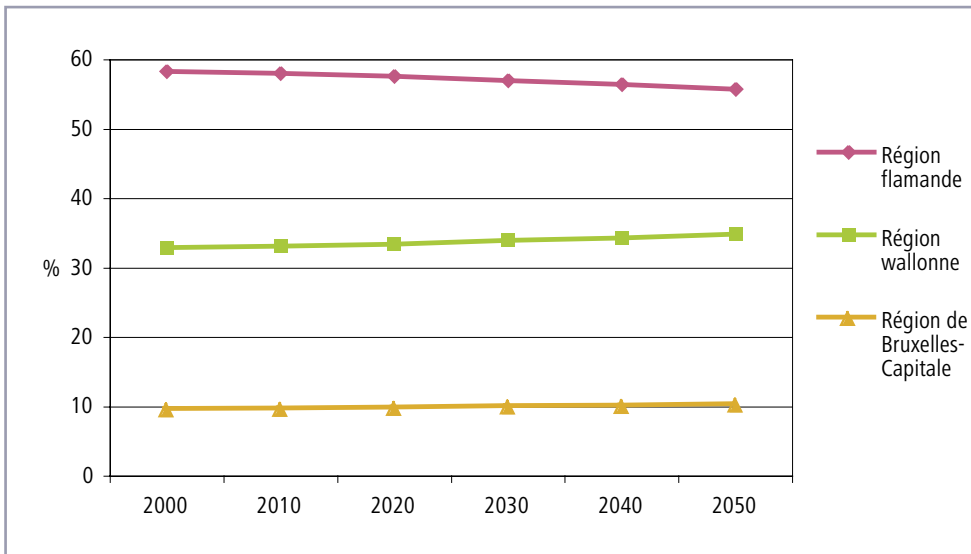


Figure 3. Parts relatives des régions sur l'ensemble de la population belge et leurs évolutions entre 2000 et 2050

Source : SPF économie, PME, classes moyennes et énergie, Direction générale Statistique et Information économique

Jusqu'il y a peu (années 2000), l'âge moyen de la population n'était pas très différent entre les Régions. Mais depuis, à l'exception de Bruxelles qui rajeunit – fait dû essentiellement au nombre de naissances significativement plus important – le reste du pays montre un vieillissement global (figure 4).

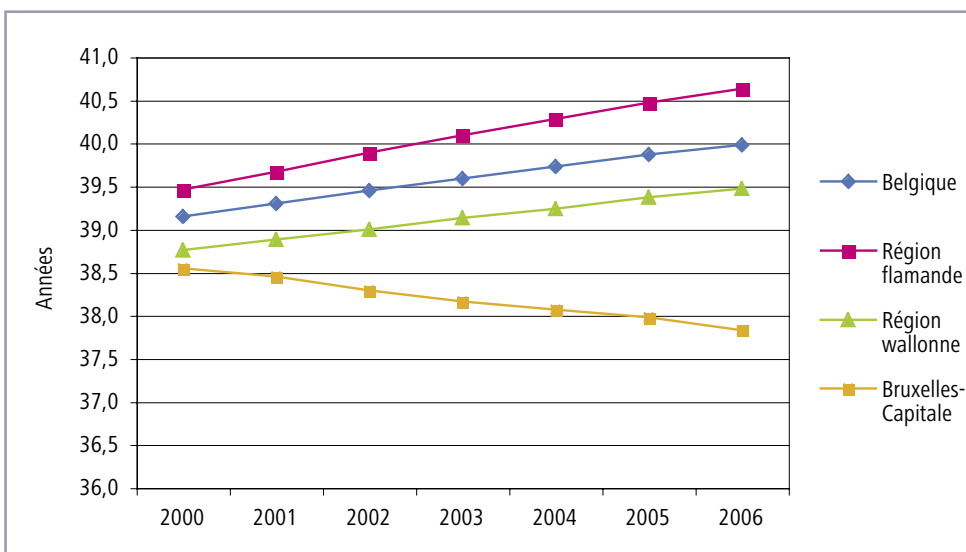


Figure 4. Evolution de l'âge moyen, en années, de la population en Belgique, Bruxelles-Capitale, Région flamande et wallonne

Source : SPF économie, PME, classes moyennes et énergie, Direction générale Statistique et Information économique

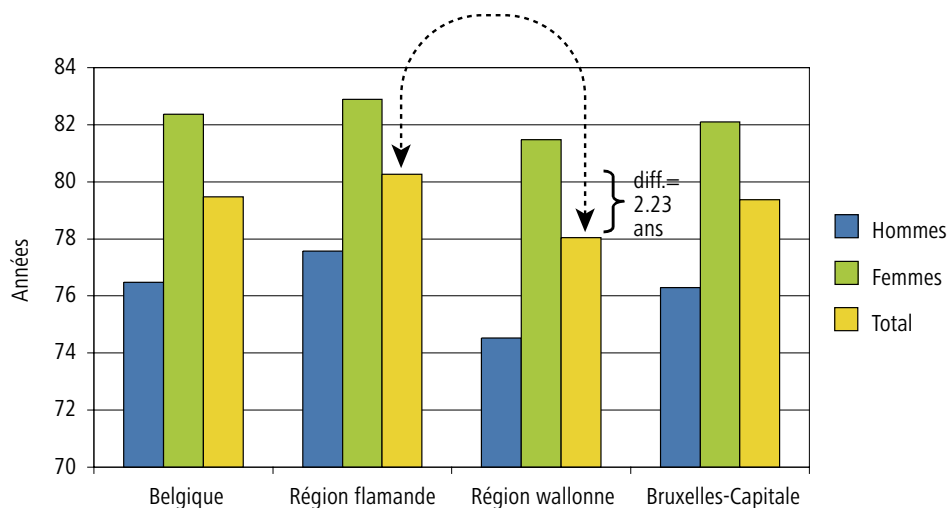
INTRODUCTION

Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique - 2007

L'espérance de vie à la naissance montre d'importantes disparités, d'abord en ce qui concerne le sexe : comme dans la grande majorité des pays, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Mais les différences régionales indiquent des disparités non négligeables : on vit en moyenne 2,2 années plus longtemps en Flandre qu'en Wallonie (figure 5).

Figure 5. Espérance de vie à la naissance en 2004, en années

Source : SPF économie, PME, classes moyennes et énergie, Direction générale Statistique et Information économique

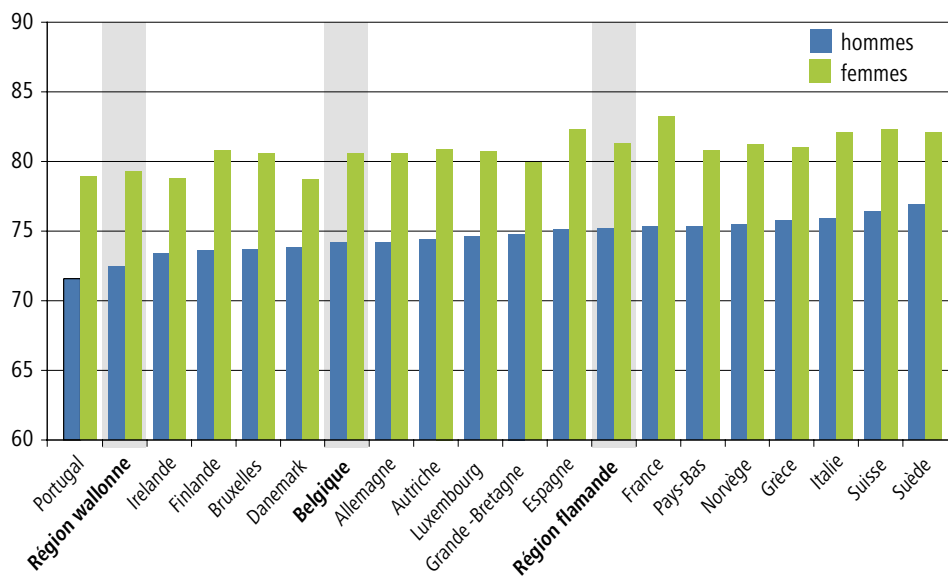


COMPARAISON AVEC D'AUTRES PAYS EUROPÉENS

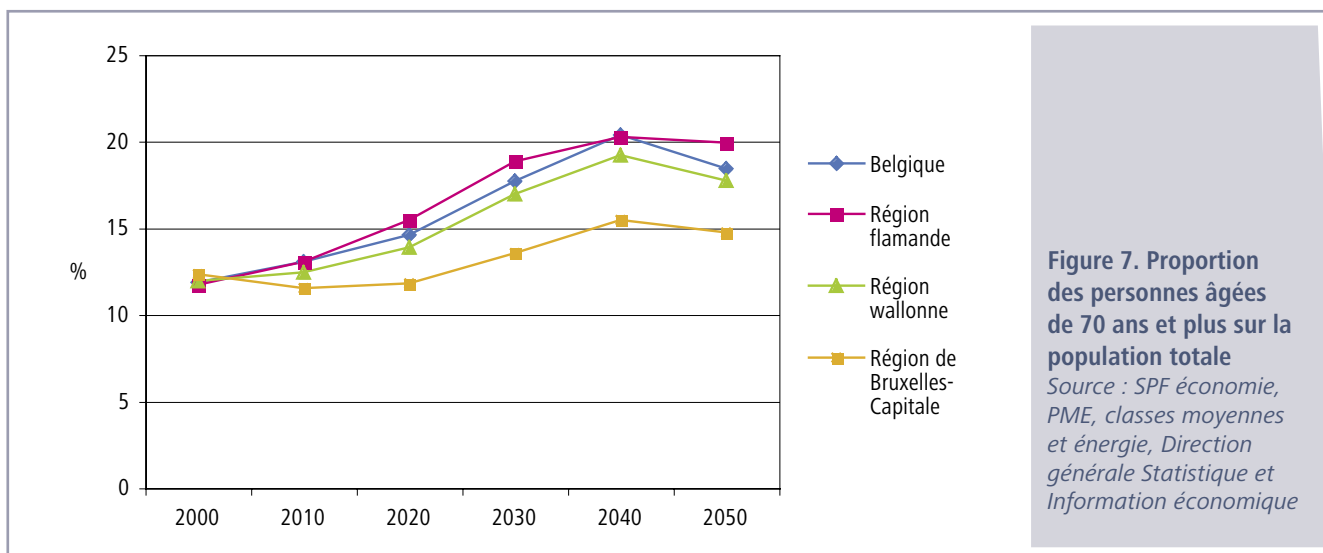
Le graphique suivant montre l'espérance de vie à la naissance, exprimée en années, pour les différents pays européens (OMS europe santé pour tous). Nous notons que la position globale de la Belgique est le reflet de situations très différentes pour les trois Régions (calcul à partir des données SPMA - ISP, 1997). Pour la population masculine, la Région flamande se situe parmi les 8 entités ayant une espérance de vie la plus longue, tandis que la Région wallonne se situe en avant-dernière position. Pour les femmes, la situation est un peu meilleure : la Région wallonne précède le Danemark, l'Irlande et le Portugal, mais la Région flamande se situe ici en 6^{ème} position.

Figure 6. Espérance de vie à la naissance dans différents pays ou régions en Europe

Source : données OMS-Europe - Santé pour tous, 1997



Ces chiffres peuvent être complétés par ceux du vieillissement de la population; celui-ci sera également plus prononcé au nord du pays qu'au sud (figure 6). La proportion de seniors à Bruxelles restant en-deçà de celle des autres régions.



POPULATION ÉTRANGÈRE

La proportion d'étrangers en Belgique est d'un peu moins de 10 %, elle est la plus faible en Flandre (5 %) et la plus élevée à Bruxelles (27 %). Les étrangers représentent 9 % de la population en Région wallonne. Sur l'ensemble du pays, les nationalités les plus représentées sont les Italiens (17 % de l'ensemble des étrangers en Belgique), les Français (13 %) et les personnes en provenance des Pays-Bas (12 %). En 2001, dans la Région de Bruxelles-Capitale, ce sont le Maroc, la France et l'Italie qui sont les pays les plus représentés parmi les ressortissants de nationalité étrangère.

Tableau 2. Population belge et étrangère en 2006

2006	Population étrangère	Population totale	Population étrangère / population totale (%)
Belgique	900 473	10 511 382	8.6
Région de Bruxelles-Capitale	273 693	1 018 804	26.9
Région flamande	314 202	6 078 600	5.2
Région wallonne	312 578	3 413 978	9.2

Source : Henau A., 2001

1. *Maladies cardio-vasculaires : pathologies cérébro-vasculaires, maladies cardiaques ischémiques et insuffisance cardiaque.*

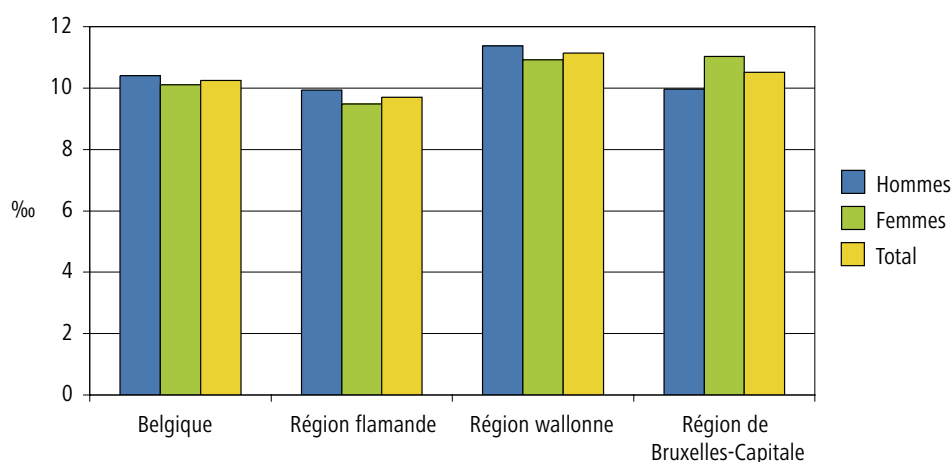
DONNÉES RÉSUMÉES DE MORTALITÉ

En ce qui concerne la population totale, les taux de mortalité pour 1 000 habitants sont les plus élevés en Région wallonne : 111 décès pour 1000 habitants en 2002, et les plus bas en Région flamande (9,7 décès pour 1 000 habitants en 2002).

De façon générale, les hommes ont une légère surmortalité par rapport aux femmes, sauf dans la Région de Bruxelles-Capitale, où l'inverse est observé (figure 7).

Figure 8. Taux bruts de mortalité en ‰ en 2002 (nombre de décès pour 1000 habitants)

Source : SPF économie, PME, classes moyennes et énergie, Direction générale Statistique et Information économique



Les principales causes de décès sont présentées pour l'ensemble du territoire, et pour les trois Régions séparément, au tableau 3. Il faut rappeler que les données de mortalité présentées, si elles peuvent paraître anciennes au lecteur, – elles datent de 1997 – sont les dernières disponibles du côté francophone. Les différentes Régions de la Belgique présentent un profil de causes de décès les plus importantes relativement semblables. Les maladies cardio-vasculaires^[1] représentent toujours la première cause de décès chez les femmes et chez les hommes. Le cancer vient en deuxième position, cancer du sein pour la femme et les cancers pulmonaires chez l'homme.

Ces deux thématiques, maladies cardio-vasculaires et cancer du sein, font l'objet de cahiers séparés dans ce document.

Tableau 3. Principales causes de décès, Belgique et Régions (1995-1997)

Femmes	Belgique	Région flamande	Région wallonne	Région bruxelloise
Pathologies cérébro-vasculaires	1*	1	3	1
Maladies cardiaques ischémiques	2	2	1	2
Insuffisance cardiaque	3	3	2	3
Cancers du sein	4	4	4	5
Démence	5	5	6	6
Conditions mal définies	6	9	5	4
Cancers colo-rectaux	7	6	8	10
Pneumonie - influenza	8	7	9	8
Pathologies pulmonaires obstructives	9	8	7	7
Cancers pulmonaires	10		10	9
Diabète		10		
Hommes				
Maladies cardiaques ischémiques	1	1	1	1
Cancers pulmonaires	2	2	2	2
Pathologies cérébro-vasculaires	3	3	4	3
Pathologies pulmonaires obstructives	4	4	3	5
Insuffisance cardiaque	5	5	5	4
Cancers de la prostate	6	7	6	8
Pneumonie - influenza	7	6	8	7
Cancers colo-rectaux	8	8	10	10
Conditions mal définies	9		7	6
Démence	10	9		9
Suicide			9	
Athérosclérose		10		

1* = la cause la plus importante
Source : Puddu M. et al., 2003

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

HENAU A. (2001). La démographie récente de la Région de Bruxelles-Capitale. Indicateurs statistiques bruxellois.

PUDDU M., DRIESKENS S., TAFFOREAU J., DE ROUBAIX J., PIRENNE Y., BINON J., DIAMENT M., CRAPANZANO L. (2003). Statistiques de décès en Communauté française 1995-1997. Ministère de la Communauté française de Belgique.

CAHIER 1. LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique - 2007

CAHIER 1 LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Auteur : Jonckheer P.

1. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

1.1. INTRODUCTION

Le cancer du sein est une priorité pour la Communauté française tant l'impact de cette maladie est important que ce soit au niveau individuel ou collectif. Au niveau personnel, le cancer du sein a de nombreuses implications, médicales bien sûr, mais aussi psychologiques. Au niveau de la santé publique, le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins et représente la première cause de mortalité par cancer chez la femme.

Le cancer du sein chez l'homme existe également, mais de façon très rare, pour ne pas dire rarissime, il ne sera pas abordé ici.

Plusieurs sources de données existent en Communauté française sur le cancer du sein. Elles ont chacune leurs objectifs et leurs limites. Nous nous sommes basés sur plusieurs d'entre elles : les nouveaux cas de cancer du sein sont présentés à partir des chiffres de la Fondation Registre du Cancer (1) et du Réseau des Médecins Vigies (2); les données de mortalité proviennent du programme des statistiques d'état civil de l'Institut Scientifique de Santé Publique (SPMA) (3) mais aussi de la base de données de la Communauté française (pour 1998 et 1999) et des chiffres de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles (4); les données relatives au dépistage sont tirées des rapports de l'Agence Intermutualiste (5), de l'Enquête Nationale de santé par Interview (6) et de données provenant des Centres de Coordination Provinciaux (CCP) du programme organisé.

- *Au niveau de la santé publique, le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins et représente la première cause de mortalité par cancer chez la femme.*

1.2. INCIDENCE

En Belgique, la Fondation Registre du Cancer a recensé en 2003, 9 053 nouveaux cas de cancer du sein féminin, ce qui équivaut à un taux d'incidence de 171/100 000 femmes par an (1).

En Région wallonne, 2 654 cancers du sein féminin ont été enregistrés en 2003, soit un taux d'incidence égale à 142/100 000 femmes. **Pour la Région bruxelloise**, 802 cancers du sein ont été dénombrés, soit un taux d'incidence de 149/100 000 femmes.

Les responsables du Registre du Cancer signalent qu'un risque de sous-estimation des taux de cancer est possible en Région wallonne et à Bruxelles. Les sources de données de ces deux régions sont en effet encore incomplètes malgré l'amélioration récente de leur couverture. Ce taux brut d'incidence est très proche de celui donné par les Médecins Vigies (141,1/100 000 en Région wallonne, pour la période 2003-2005) mais ce dernier est vraisemblablement sous-estimé lui aussi.

1. A noter qu'en 1997, ce sont 17 hommes qui sont décédés par cancer du sein pour toute la Belgique, soit un taux de mortalité brut de 0,34/100 000 hommes.

1.3. MORTALITÉ

En 1997, 2 416 décès par cancer du sein ont été enregistrés **en Belgique**, ce qui correspond à 4,7 % de tous les décès féminins et un taux de mortalité de 46,4/100 000 femmes⁽¹⁾.

Selon certaines estimations (7), l'espérance de vie à la naissance chez les femmes passerait de 80,5 à 81,2 ans si le cancer du sein était complètement éliminé des causes de décès en Belgique.

En Région wallonne, ce sont 818 femmes qui sont décédées en 1997 suite à un cancer du sein, soit un taux de mortalité égal à 47,8/100 000 femmes. **Pour Bruxelles**, il y a eu 220 décès par cancer du sein la même année, soit un taux brut de mortalité de 44,1/100 000 (3).

1.4. TENDANCES ET ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE DANS LE TEMPS

L'incidence du cancer du sein chez la femme augmente continuellement depuis les années 80 dans l'ensemble du monde (8). Le risque de développer un cancer du sein augmente donc avec l'année de naissance. En France, parmi les femmes nées en 1928, une femme sur 14 a un risque de souffrir d'un cancer du sein avant l'âge de 75 ans. Parmi celles nées en 1953, c'est une femme sur 8 qui présente ce risque. En fait, une femme née en 1953 semble avoir 1,8 fois plus de risque d'avoir un cancer du sein qu'une femme née en 1928 (9). Selon de nombreux auteurs scientifiques, cet accroissement d'incidence est dû en grande partie au perfectionnement des méthodes diagnostiques et au dépistage. Ceux-ci révèlent en effet de petits cancers très faiblement évolutifs qui auraient pu rester méconnus (10).

En Belgique et plus encore en Région wallonne, il est relativement malaisé de présenter des chiffres à ce propos tant la fiabilité des données récoltées par le Registre du Cancer dans les années 90 est remise en cause. Selon le réseau des Médecins Vigies cependant (11), les taux annuels d'incidence ne diffèrent pas significativement selon les périodes.

Tableau 1. Evolution du taux annuel d'incidence/100 000 femmes en Wallonie (et IC 95)

	1990-1997	1998-2000	2001-2002	2003-2005
Wallonie	146 (128-166)	127 (101-157)	157 (126-193)	141 (109-169)

Source : Médecins Vigies

1.5. TENDANCE ET ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ DANS LE TEMPS

En ce qui concerne la mortalité, le risque de décéder d'un cancer du sein reste plutôt stable depuis les années 80 dans l'ensemble du monde et diminue même dans certaines régions (8). Il y a donc plus de cancers mais ceux-ci n'entraînent pas plus de décès. Cette relative stabilité du taux de mortalité est à mettre en relation avec l'amélioration des traitements et la plus grande précocité du diagnostic. La mortalité est d'ailleurs considérée comme un indicateur plus fiable que l'incidence pour évaluer l'importance des cancers dans une population (11).

- *Pour comparer les époques ou les régions entre elles, il faut tenir compte de la structure de la population. En effet, le risque de souffrir d'un cancer du sein (ou d'en mourir) n'est pas le même selon que l'on ait 25 ans ou 95 ans. Il faut donc prendre en considération le nombre de femmes appartenant à chaque tranche d'âge dans chacune des populations. C'est ce qu'on fait quand on utilise les taux standardisés pour l'âge. Attention cependant, ces taux sont artificiels. Ils ne donnent pas une image réelle de l'importance de la problématique sur le terrain.*

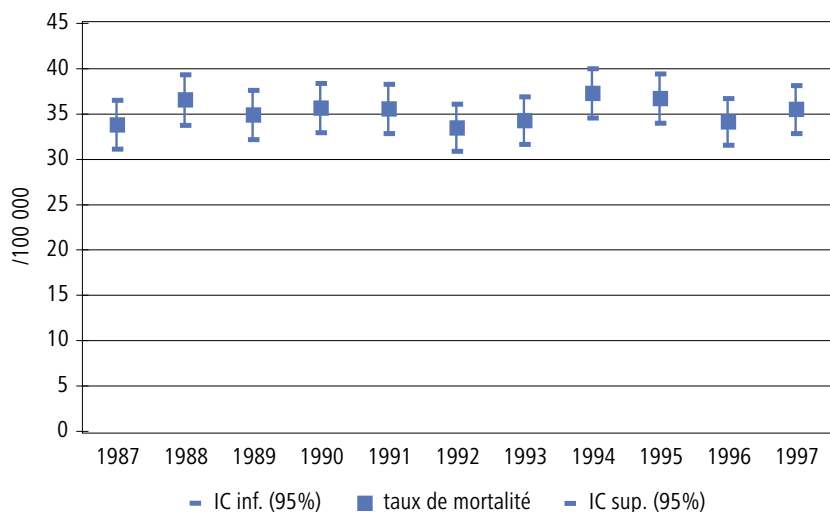


Figure 1. Evolution du taux de mortalité standardisé (population européenne) pour l'âge par cancer du sein en Région wallonne, 1987-1997.

Source : SPMA

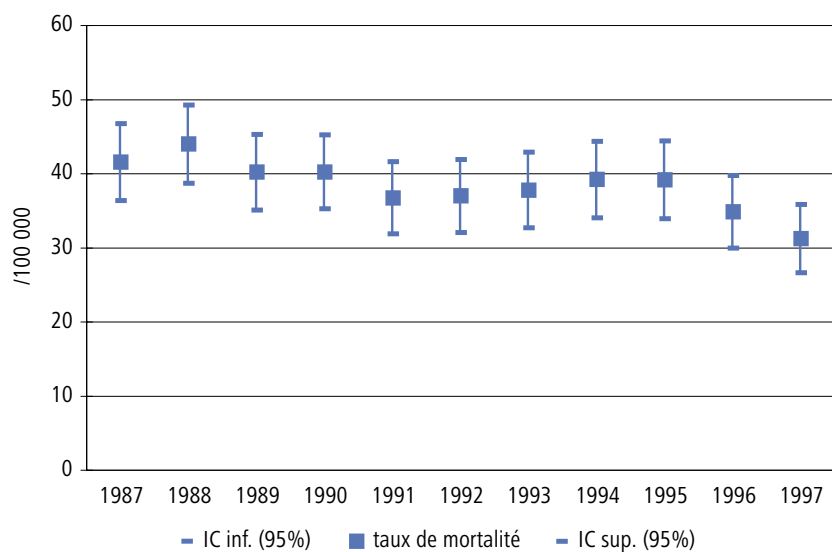


Figure 2. Evolution du taux de mortalité standardisé (population européenne) pour l'âge par cancer du sein en Région bruxelloise, 1987-1997.

Source : SPMA

En Belgique, le taux de mortalité (standardisé pour l'âge selon la population européenne de référence) égalait 35-36 pour 100 000 au milieu des années 80. Depuis lors, ce taux reste effectivement stable (et diminue même un peu chez les femmes en pré-ménopause) (7).

Pour la Région wallonne, les taux sont également restés stables entre 1987 et 1997 alors qu'ils ont diminué en Flandre, à Bruxelles et dans d'autres pays européens (4).

Pour Bruxelles, on sait que cette diminution de mortalité de la fin des années 90 concerne surtout les femmes plus âgées (70-79 ans et dans une moindre mesure 60-69 ans) (4). Dans cette région, le nombre absolu de décès par cancer du sein est par ailleurs connu jusqu'en 2004. On apprend ainsi que le nombre de décès varie peu depuis 1998 (entre un minimum de 227 cas en 1999 et un maximum de 247 en 2000) et que le taux annuel moyen de mortalité estimé pour la période 1998 à 2004 égale 46,5/100 000 femmes et est stable au cours du temps.

1.6. COMPARAISONS GÉOGRAPHIQUES

En Belgique

Si l'on considère les taux d'incidence standardisés pour l'âge tels que donnés par la Fondation Registre du Cancer (1), on observe un taux plus élevé en Flandre par rapport à la Wallonie. Cette différence doit cependant être relativisée vu une sous-estimation suspectée en Wallonie et à Bruxelles.

Tableau 2. Taux d'incidence standardisé pour l'âge (sur base de la population européenne) n/100 000 personnes-année, de 1999 à 2003, pour la Belgique et les 3 régions belges

	Belgique	Wallonie	Bruxelles	Flandre
1999	121,9	107,5	105,8	132,5
2000	125,9	107,1	115,6	138,1
2001	132,9	103,7	134,1	149,0
2002	137,6	122,7	136,8	145,9
2003	144,8	131,6	140,3	153,0

Source : Fondation Registre du Cancer

Selon le Réseau des Médecins Vigies, il n'y a pas de différence significative entre les 2 régions, avec des taux d'incidence estimés en 2003-2005 de respectivement 141 pour 100 000 femmes (IC 109-169) en Wallonie et 158 pour 100 000 femmes (IC 139-178) en Flandre.

Au niveau des statistiques de décès, pendant longtemps une différence régionale a été observée, le taux standardisé de mortalité étant plus bas en Wallonie qu'en Flandre. Cette différence tend cependant à disparaître depuis 1990 (7). On ne la retrouve d'ailleurs pas dans les derniers chiffres de mortalité. Ainsi, en 1997, le taux de mortalité standardisé pour l'âge (population européenne) était de 35,5/100 000 femmes en Région wallonne et de 35,3/100 000 femmes en Région flamande (3).

Au niveau provincial, le taux de mortalité standardisé pour l'âge varie entre 30 décès féminins pour 100 000 femmes au Limbourg et 40 décès féminins pour 100 000 femmes en Flandre occidentale.

Au niveau wallon, les taux sont très proches dans chaque province.

Tableau 3. Taux de mortalité 1997 standardisé pour l'âge (population européenne) par 100 000 femmes par provinces wallonnes et à Bruxelles

Brabant wallon	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur	Bruxelles
36,5	36,5	34,8	38,3	32,1	31,3

Source : SPMA

Au niveau international

Le cancer du sein est une préoccupation de la Communauté française mais aussi des pays avoisinants et du reste du monde. Un site dédié au cancer (<http://www-dep.iarc.fr/>) permet d'ailleurs de comparer entre états et régions du monde les taux d'incidence et de mortalité (standardisés chaque fois sur base de la population mondiale) (12). Pour la Belgique, ces taux sont calculés sur base de chiffres de 1997-1998 de la Flandre pour l'incidence et des données nationales de mortalité de 1995-1996 pour les décès.

On peut observer ainsi que, par rapport aux autres états européens, notre pays se situe parmi les pays ayant des taux particulièrement élevés tant d'incidence du cancer du sein que de mortalité (13).

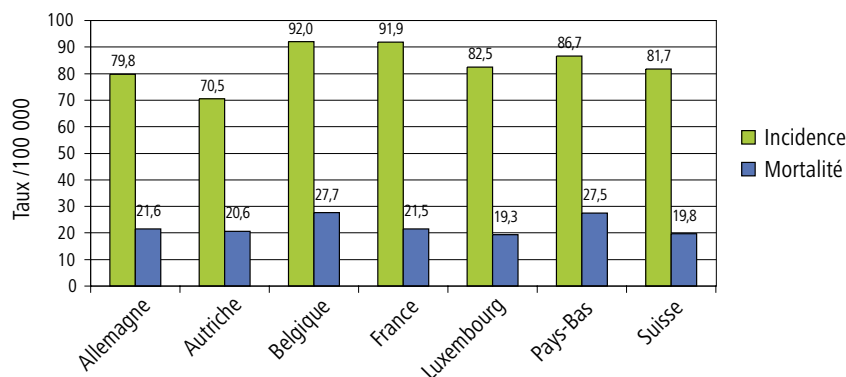


Figure 3. Taux d'incidence et taux de mortalité standardisés pour l'âge (population mondiale) par pays en Europe de l'Ouest.
Source : Globocan 2002

Or au niveau mondial, les taux d'incidence les plus élevés se retrouvent en Europe de l'Ouest, aux Etats-Unis, au Canada, en Argentine, en Uruguay, en Israël et en Océanie avec un taux standardisé supérieur à 52,2/100 000.

Concernant les décès, les plus hauts taux de mortalité sont signalés en Europe de l'Ouest, au Canada, en Argentine, au Botswana, au Cameroun, au Nigeria, au Burkina Faso, en Nouvelle-Zélande, en Uruguay, aux Philippines, au Pakistan, en Géorgie et en Israël avec un taux standardisé supérieur à 20,0/100 000.

2. FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES, SOCIO-ÉCONOMIQUES ET SOCIOCULTURELS

2.1. FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES

L'âge est un facteur important à prendre en considération quand on évoque l'incidence du cancer du sein car le risque de souffrir de cette pathologie varie au cours de l'existence. Plus de trois-quarts des cas surviennent en fait après 50 ans. Ainsi, en 2003, 22,4 % des cancers du sein sont apparus avant l'âge de 50 ans, 50,4 % entre 50 et 69 ans et 27,2 % à 70 ans et plus (1).

Concernant les décès aussi, l'âge est un facteur important à prendre en considération car les taux de mortalité par cancer du sein augmentent avec l'âge. En 1997, 11,6 % des décès par cancer du sein sont survenus avant l'âge de 50 ans, 40,7 % entre 50 et 69 ans et 47,7 % chez des femmes de 70 ans et plus.

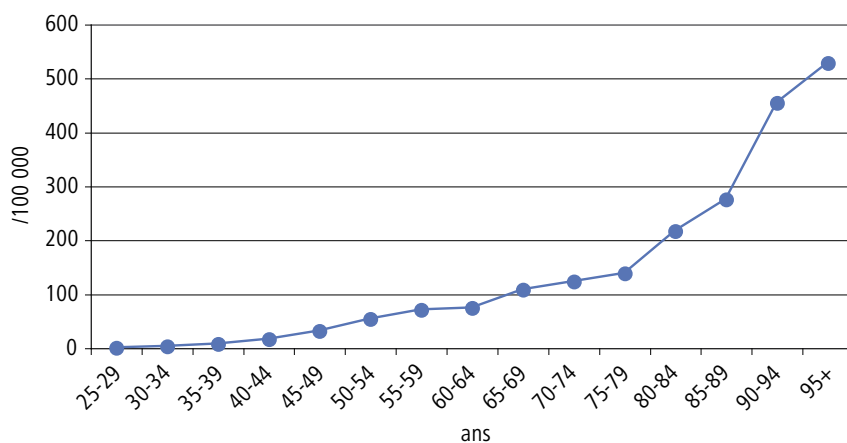
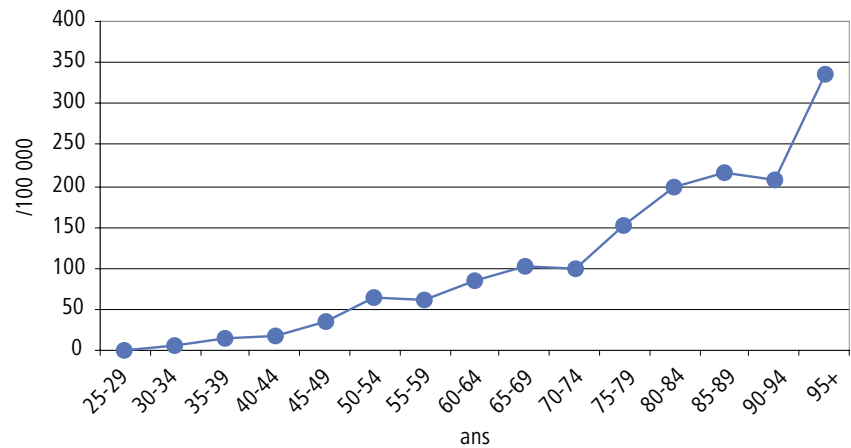


Figure 4. Taux de mortalité par groupe d'âge en Région wallonne 1997-1999.
Source : Communauté française de Belgique, SPMA pour les données de population

Figure 5. Taux de mortalité par groupe d'âge en Région de Bruxelles-Capitale 1997-1999.

Source : Observatoire de la Santé et de Social, SPMA pour les données de population



Si l'on rapporte le nombre de personnes décédées par groupe d'âge sur la population de ce groupe d'âge, on constate que plus on vieillit, plus on risque de mourir d'un cancer du sein.

2.2. FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES

La lutte contre les inégalités sociales fait partie des priorités de la Communauté française comme des grandes organisations internationales.

Dans la littérature scientifique, on constate que :

- Le taux d'incidence du cancer du sein est plus grand chez les femmes ayant un statut socio-économique élevé (niveau d'éducation ou de revenu). Les raisons invoquées pour expliquer cette différence sont multiples et relèvent soit d'une augmentation des facteurs de risque (grossesse tardive, ménarche à un plus jeune âge, ménopause à un âge plus élevé, consommation d'oestrogènes, obésité, consommation d'alcool, diagnostic plus fréquent par un meilleur accès au dépistage) soit d'une diminution des facteurs protecteurs (allaitement moindre, nombre d'enfants plus faible). Nombreux sont les auteurs qui suggèrent en outre que d'autres facteurs interviennent vraisemblablement pour expliquer ce phénomène (14;15;16).

- La survie au cancer du sein est par contre moins bonne chez les femmes défavorisées sur le plan socio-économique par rapport aux femmes dont le statut est plus élevé. Ici aussi, plusieurs hypothèses explicatives sont proposées : un retard de diagnostic, un traitement différent, une moindre résistance liée à un statut nutritionnel moins bon, à la présence de co-morbidité ou au support social plus faible (17). On peut aussi relever que la pratique du dépistage est plus basse chez les femmes disposant de faibles revenus ou ayant déjà renoncé à des soins pour des raisons financières (18).

Selon une étude aux Pays-Bas, dans un pays offrant un accès relativement égal aux soins de santé, l'impact du niveau socio-économique sur le risque de mourir semble relativement faible. Le stade de la tumeur au moment du diagnostic expliquerait en grande partie les différences (17). Or, plus le diagnostic est tardif, plus le stade de la tumeur est élevé. Cette situation peut s'expliquer à la fois par une utilisation moindre du dépistage et par un plus grand délai entre les premiers symptômes et le diagnostic. Les autres priorités à régler, l'image peu importante accordée au corps, le sentiment de non-maîtrise de sa vie etc. sont autant de raisons qui pousseraient les femmes défavorisées à négliger le dépistage, les premiers symptômes et à choisir un traitement différent.

2.3. FACTEURS SOCIOCULTURELS

L'impact de la culture sur une problématique de santé aussi multifactorielle que le cancer du sein n'est pas aisé à appréhender. Certains éléments ressortent cependant de la littérature :

- L'incidence du cancer du sein varie grandement selon les régions du monde et le rôle de la génétique n'explique pas entièrement cette variation puisque les différences se gomment en une ou deux générations lors de migration d'une région à faible incidence de cancer du sein vers une région à haute incidence (ce qui est le cas de Japonaises ayant migré aux Etats-Unis par exemple). Le mode de vie occidental est particulièrement associé au cancer du sein. A Bruxelles, il a été montré que les femmes d'origine non européennes de plus de 55 ans ont un risque plus faible de cancer du sein par rapport aux femmes belges (4). Le rôle des facteurs protecteurs (nombre d'enfants, allaitement) est vraisemblablement très important dans ce cas et la différence devrait dès lors s'estomper au fil des générations.
- Un autre point important soulevé notamment par Question Santé (19), est celui de la sensibilisation des femmes d'autres cultures à la problématique du cancer du sein. Cette sensibilisation intervient notamment dans la motivation au dépistage et au diagnostic. Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2004, le pourcentage de femmes de 50-69 ans ayant passé un examen de dépistage dans les 2 ans est de 72 % pour les femmes belges, 71 % pour les non-belges ressortissantes de l'UE mais de 14 % seulement pour les femmes originaires d'un pays n'appartenant pas à l'UE (6). Un effort semble dès lors nécessaire pour favoriser cet accès au dépistage. Or, plusieurs obstacles sont relevés. En terme d'accès à l'information d'abord : mauvaise compréhension du français, non-connection aux médias belges (mais branchement sur la TV du pays), illettrisme ... Mais aussi en terme de croyances, de représentations : image tellement négative du cancer que le sujet en est tabou (en parler c'est le provoquer), absence de «culture de la prévention», peur d'être obligée de rencontrer des médecins masculins etc. Chaque culture a son langage, ses références, ses résistances et nécessiterait une adaptation de nos messages. Le rôle du médecin traitant est particulièrement souligné dans ce domaine. Il est une personne proche, crédible et qui connaît bien ses patientes. Des actions de proximité par le milieu associatif devraient également être prévues (19).

- *La culture comme le niveau socio-économique influencent la représentation de la maladie, l'utilisation du système de soins, la pratique de dépistage et même le risque de souffrir d'un cancer du sein. Ce sont donc des facteurs importants à prendre en considération dans cette problématique.*

3. FACTEURS INDIVIDUELS

Le cancer du sein est multifactoriel et la littérature regorge d'études sur le rôle de tel ou tel facteur de risque en la matière. La comparaison entre pays industrialisés le plus souvent à haute incidence de cancer du sein, exception faite du Japon, et les autres pays soulève la question de l'impact du mode de vie occidental sur le développement du cancer du sein. Parmi les facteurs individuels évoqués dans ce cadre, certains font consensus, d'autres sont suspectés. Ne sont repris ci-dessous que les facteurs avérés (20).

L'appartenance au sexe féminin est le facteur le plus important puisque le cancer du sein touche les hommes dans moins de 1 % des cas et que 70 % des femmes développant un cancer du sein n'ont d'autres risques que d'être une femme (21).

Une prédisposition génétique au cancer du sein existe et est clairement démontrée.

Parmi les mutations génétiques associées au cancer du sein, les gènes BCRA1 et BCRA2 (22) sont largement concernés mais de nouveaux gènes susceptibles d'être impliqués dans le développement de cette pathologie sont régulièrement évoqués.

Les formes familiales de cancer du sein ne sont pas toujours expliquées par une mutation génétique. Les femmes dont une parente au premier degré (mère, sœur ou fille) a eu un cancer du sein ont un risque 2 à 3 fois plus important de développer cette maladie. Ce risque est également augmenté (un peu moins de 2 fois) chez les femmes qui ont une parente au second degré touchée par ce cancer (21). Globalement, les formes familiales avec une prédisposition génétique concerneraient 5 à 10 % des cancers du sein (9) (mais 35 % des femmes de moins de 50 ans (21)).

Des antécédents personnels comme le cancer de l'endomètre ou de l'ovaire ainsi que l'hyperplasie atypique bénigne du sein sont associés à un risque de développer une tumeur maligne du sein (20).

Les facteurs hormonaux, à savoir l'exposition totale et cumulative du tissu mammaire aux œstrogènes, semblent le facteur le plus important du cancer du sein. Les jeunes femmes chez qui on a dû enlever les deux ovaires et qui n'ont reçu aucun traitement substitutif ne développent pas de cancer du sein (21). Par contre, plus il y a de cycles menstruels entre la puberté et la ménopause, plus le risque de développer un cancer du sein est élevé. Cela entraîne un risque augmenté chez les femmes qui ont commencé leurs menstruations à un âge précoce (avant 12 ans), chez celles qui atteignent tardivement la ménopause (après 55 ans), chez celles qui n'ont pas eu d'enfant et chez celles qui ont eu leur premier enfant après l'âge de 30 ans (23)(24). Une femme n'ayant eu qu'un enfant, l'ayant eu après 35 ans et ne l'ayant pas allaité a deux fois plus de risque de souffrir d'un cancer du sein qu'une femme qui a eu 3 enfants, dont le premier est né alors qu'elle avait 20 ans et qui les a allaités pendant 6 mois (11). Par ailleurs, les traitements à base d'œstrogènes et de progestatifs tels que donnés à la ménopause sont associés à une augmentation du risque de développer un cancer du sein (24). Ils sont déconseillés après un diagnostic de cancer du sein (21).

L'obésité et surtout la plus grande abondance de tissu adipeux est associée au cancer du sein. C'est surtout un excès de poids en début de ménopause qui entraîne une incidence plus élevée de cancers en postménopause (24)(11). Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2004, l'Indice de Masse Corporelle moyen en Belgique égale 25,1 chez les adultes, ce qui indique que le Belge moyen est trop gros. En ce qui concerne plus particulièrement les femmes, 37,8 % d'entre elles sont en surpoids et 13,4 % d'entre elles présentent une obésité franche (IMC égal ou supérieur à 30). En Région flamande, elles sont moins nombreuses à être en surpoids (35,8 %) ou obèses (12,6 %); ces chiffres sont très proches de ceux rapportés en Région bruxelloise (34,8 % pour le surpoids, 12,6 % pour l'obésité). C'est en Wallonie que ces proportions sont les plus élevées : 42,2 % en surpoids et 15,2 % présentant une obésité.

Au niveau de l'alimentation, plusieurs hypothèses ont été développées ces dernières années mais finalement, il semblerait que la quantité totale de calories ingérées (plus que l'ingestion des graisses elles-mêmes) (21) et/ou une consommation excessive de sucres et d'hydrates de carbone raffinés soient les facteurs les plus avérés dans le cancer du sein. Le rôle protecteur de certains acides gras et de l'acide folique (surtout chez les femmes consommatrices d'alcool) (21) est aussi évoqué.

La consommation excessive d'alcool est clairement un facteur de risque de cancer du sein, peut-être parce qu'elle entraîne une augmentation de la concentration sanguine des hormones sexuelles (21). Le risque varie avec la quantité d'alcool consommé (24). Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2004, en Région wallonne, 77,5 % des femmes se déclarent consommatrices actuelles d'alcool, ce qui est davantage proche des 82,5 % de la Flandre comparés aux 70,9 % de la Région bruxelloise. La Wallonie présente par ailleurs le taux le plus élevé de femmes rapportant des consommations abusives d'alcool (11 %). Ces pourcentages équivalent à 8 % en Région flamande et 8 % à Bruxelles.

Enfin, il faut citer quelques facteurs considérés comme protecteurs face au cancer du sein. Il s'agit de **l'exercice physique** (au minimum 30 min/jour d'une activité physique vigoureuse) (11), de l'allaitement prolongé (21)(24), et de la consommation d'aspirine (mais aucune recommandation d'utilisation de cette substance en prévention n'est d'actualité au vu de ces effets secondaires) (21).

En ce qui concerne l'activité physique, les femmes y sont moins engagées que les hommes^[2]. L'Enquête de Santé par Interview de 2004 (6) révèle que le pourcentage de la population féminine consacrant suffisamment d'activités physiques pour avoir un impact positif sur la santé égale 14,3 % en Wallonie, 19,1 % à Bruxelles contre 14,8 % en Flandre.

4. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Le rôle de l'environnement est largement évoqué lorsqu'on parle de cancer du sein mais rares sont les facteurs de risque environnementaux clairement identifiés (20). On peut citer l'exposition aux rayonnements ionisants (24) (pour autant que la dose soit suffisante et l'âge au moment de l'exposition inférieur à 20 ans), les amines hétérocycliques qui apparaissent lors de la cuisson des aliments (21) et surtout les perturbateurs endocriniens. Ces derniers reprennent en fait un ensemble de composés divers qui imitent ou perturbent les effets induits par les hormones naturelles. En ce qui concerne le cancer du sein, il s'agit en l'occurrence de xénoestrogènes qui agissent de la même manière que les oestrogènes naturels et que l'on trouve notamment parmi les pesticides et les plastifiants. Les mécanismes qui interviennent sont cependant très complexes et les conclusions difficiles à tirer.

2. Voir cahier 6 «promotion de la santé cardio-vasculaire».

- *La découverte d'un cancer, même très petit, au cours d'un examen de dépistage, révèle un processus de carcinogénèse ayant débuté des années plus tôt.*
- *De nombreux facteurs peuvent intervenir dans ce processus, individuels ou environnementaux.*
- *Dans la lutte contre le cancer du sein, on peut certainement promouvoir une alimentation saine (pauvre en graisses, limitant le risque de l'obésité), la pratique d'un exercice physique, l'allaitement prolongé et déconseiller la consommation excessive d'alcool.*

3. *En Communauté flamande, le programme a démarré en juin 2001.*

5. POLITIQUES ET STRATÉGIES

5.1. MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME ORGANISÉ DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Devant l'ampleur du cancer du sein en termes de morbidité et de mortalité, les autorités publiques fédérales et communautaires ont uni leurs efforts afin d'offrir à la population un programme organisé de dépistage de masse par mammographie (25). La Belgique rejoignait ainsi les recommandations des experts de «L'Europe contre le cancer» (26) stipulant que chaque femme âgée de 50 à 69 ans devrait pouvoir bénéficier tous les deux ans d'une mammographie de dépistage dans un centre qui assure la qualité de l'examen.

C'est en juin 2002^[3] que le programme de dépistage systématique et gratuit du cancer du sein a démarré en Communauté française et en Région bruxelloise. Ce programme offre tous les deux ans, à toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans, un dépistage gratuit par radiographie des seins. Le contrôle de qualité en radiologie fait partie intégrante du programme organisé. Il comprend un contrôle des installations, un contrôle de la qualité des clichés (qualité de l'image et positionnement du sein) et un système de double lecture des clichés (le second radiologue ne connaissant pas les résultats de la lecture du premier radiologue, et un avis étant demandé à un troisième radiologue en cas de discordance entre les deux premiers). Cet examen radiographique est appelé Mammotest. Il n'est jamais accompagné d'une échographie d'emblée. Par contre, si le résultat de la double ou triple lecture est suspect, il sera suivi d'une mise au point complémentaire, notamment par échographie.

Il est essentiel de faire la distinction entre un examen à visée diagnostique proposé à une femme qui présente une plainte ou des symptômes et un examen de dépistage, comme le Mammotest, qui s'adresse à des femmes qui ne se plaignent de rien !

Avant le lancement du programme organisé, les dépistages étaient spontanés ou dépendaient d'initiatives locales. Ils se faisaient par mammographie seule ou par mammographie et échographie des seins. Ces dépistages existent encore actuellement malgré le programme organisé. On parle alors de «dépistage opportuniste».

L'objectif d'un programme de dépistage organisé est de réduire la mortalité liée au cancer du sein grâce à la découverte et au traitement au stade débutant de la maladie. Comme le précise le PCO, pour diminuer la mortalité par cancer du sein de 30 à 35 %, le programme doit non seulement répondre à des critères de qualité mais encore obtenir une participation importante des femmes, estimée au moins à 70 %.

Pour que les femmes appartenant à la tranche d'âge visée puissent bénéficier de ce Mammotest, deux voies ont été mises en place : la prescription d'un médecin et l'envoi automatique d'une lettre d'invitation par les responsables du programme au niveau du Centre de Coordination Provincial (avec système de rappel, de réinvitation 2 ans plus tard, etc.).

En Communauté française, il faut faire la différence entre 3 types de mammographie :

- *La mammographie de dépistage faite de manière opportuniste.*
- *La mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du programme organisé, avec un contrôle de qualité à plusieurs niveaux : c'est ce qu'on appelle le Mammotest.*
- *La mammographie de diagnostic, effectuée suite à une plainte ou un symptôme.*

5.2. ÉVALUATION DU PROGRAMME ORGANISÉ DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Couverture de la population cible

Comme il faut atteindre une couverture de 70 % minimum pour espérer réduire la mortalité par cancer du sein de 30 %, une première tentative d'évaluation du programme est d'estimer la proportion de femmes de 50 à 69 ans qui bénéficient de ce dernier.

L'Agence Intermutualiste (AIM) effectue cet exercice chaque année depuis le démarrage du programme. Pour cela, elle se base sur les données de facturation des soins de santé remboursés par l'INAMI et les données décrivant les femmes de la population cible (âge, sexe, statut social). Sur base du code de remboursement, elle peut faire la distinction entre les mammographies appartenant au programme organisé, ou Mammotest, d'une part, et les mammographies hors programme réalisées en ambulatoire, d'autre part. Parmi ces dernières, la part de mammographie à visée diagnostique est minoritaire pour l'AIM qui considère que «la majorité des femmes qui ont réalisé un examen par mammographie diagnostique le font dans une intention de dépistage opportuniste».

Dans son cinquième rapport, l'Agence Intermutualiste analyse les données de 2002-2003 et de 2004-2005 (5). Ces résultats portent sur 2 tours complets du programme de dépistage en Flandre (vu le démarrage du programme en juin 2001) et près de 2 tours complets en Wallonie et à Bruxelles (vu le démarrage en juin 2002).

Tableau 4. Evolution de la couverture par examens mammographiques selon les régions

	Couverture par Mammotest			Couverture par mammographie hors programme			Couverture totale		
	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2000-2001	2002-2003	2004-2005
Région Wallonne	0,0 %	6,5 %	8,8 %	47 %	47 %	46 %	47 %	54 %	55 %
Région Bruxelles-Capitale	0,3 %	3,3 %	6,6 %	48 %	47 %	45 %	48 %	50 %	52 %
Région Flamande	7,5 %	33 %	37 %	33 %	22 %	21 %	40 %	54 %	58 %
Belgique	4,5 %	22 %	25 %	39 %	32 %	31 %	43 %	54 %	57 %

Source : Agence Intermutualiste

Un dépistage antérieur au programme

On peut observer qu'en 2000-2001, 47 % des femmes de 50 à 69 ans en **Wallonie** et 48 % des femmes de la même tranche d'âge à **Bruxelles** bénéficiaient déjà de dépistages par mammographie alors que le programme n'avait pas démarré. Outre des dépistages spontanés, dépendants de l'initiative du médecin ou de la patiente, il existait en fait plusieurs projets pilotes locaux promouvant le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. L'enquête de santé par interview de 2001 confirmait d'ailleurs cette situation puisqu'à l'époque 64 % des femmes âgées de 50 à 69 ans en **Wallonie** et 71,5 % des femmes de la même tranche d'âge en **Région bruxelloise** déclaraient avoir bénéficié d'une mammographie dans les deux ans précédant l'interview. Même si l'on sait qu'il existe en général une surestimation du taux de couverture dans le cadre des enquêtes, on ne peut négliger l'importance de ce dépistage.

Selon l'AIM, les femmes touchées par ces examens mammographiques étaient plutôt jeunes et socialement favorisées (27).

Une augmentation de la couverture des mammographies au fil du temps

En 2004-2005, 55 % des femmes de 50 à 69 ans en **Wallonie** et 52 % des femmes de la même tranche d'âge à **Bruxelles** ont bénéficié d'une mammographie selon les chiffres de l'AIM. La couverture totale de la population cible par mammographie est donc augmentée par rapport à la période de 2000-2001 de respectivement 8 et 4 %.

Cette augmentation de couverture par tout type de mammographies se retrouve également dans les chiffres de l'Enquête de Santé par Interview de 2004. En tout cas en **Wallonie**, où 73 % des femmes de 50 à 69 ans déclarent avoir bénéficié d'une mammographie (vs 64 % en 2001). **A Bruxelles**, la différence entre 2001 et 2004 n'est pas significative. On passe d'ailleurs de 71,5 % des femmes déclarant avoir eu une mammographie en 2001 à 72,3 % en 2004.

La couverture du Mammotest seul

L'Agence Intermutualiste nous apprend qu'en 2004-2005, le Mammotest en tant que tel concerne près de 25 % des femmes de 50 à 69 ans en Belgique mais de seulement 9 % des femmes en Région wallonne (avec un maximum de 13 % atteint en province de Luxembourg) et 6,6 % à Bruxelles. L'augmentation par rapport à 2002-2003 (démarrage du programme) est de respectivement 2,3 % et 3,3 %. La couverture par mammographie hors programme diminue très peu. Peu de femmes semblent changer de filière. Par contre, de nouvelles femmes c'est-à-dire des femmes n'ayant eu ni Mammotest ni mammographie en 2002-2003 apparaissent en 2004-2005. Parmi celles-ci, les plus âgées en Région wallonne et les moins favorisées dans les 2 régions sont particulièrement représentées.

En Flandre en 2004-2005, la couverture par tout type de mammographie atteint 58 % avec une couverture par Mammotest égale à 37 % et une couverture par mammographie hors programme égale à 21 % (contre 33 % en 2000-2001). La part du Mammotest est donc plus importante qu'en Wallonie. Selon l'AIM, il est possible que le programme se soit plus facilement implanté en Flandre parce que le terrain était plus «vierge», les habitudes opportunistes étant plus faibles dans cette région.

Figure 6. Evolution de la couverture du Mammotest, selon les provinces wallonnes et la région de Bruxelles-Capitale.

Source : Agence Intermutualiste

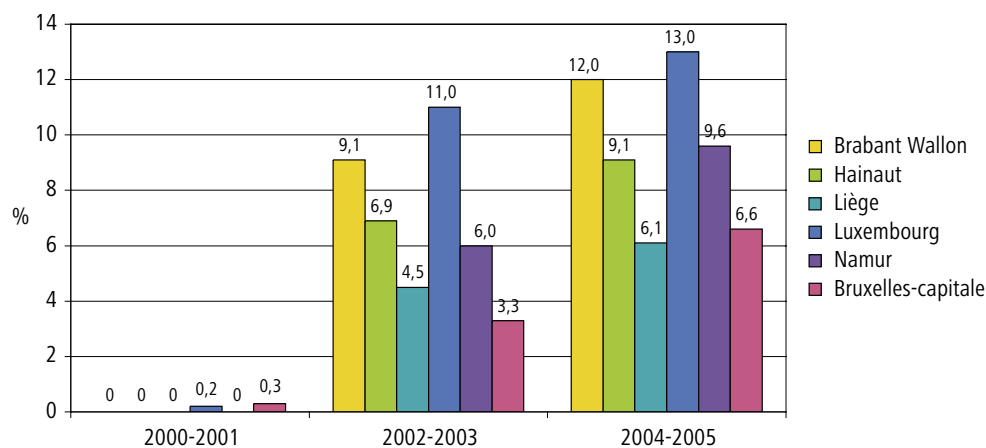
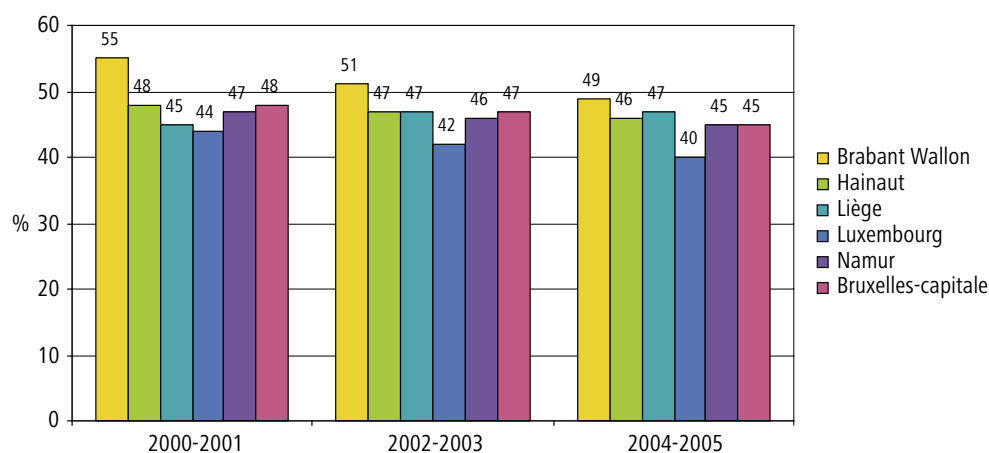


Figure 7. Evolution de la couverture des mammographies hors programme, selon les provinces wallonnes et la région de Bruxelles-Capitale.

Source : Agence Intermutualiste



L'Enquête de Santé par Interview ne peut distinguer les mammographies de dépistage hors programme ou dans le programme. Cependant, en isolant les mammographies dites de dépistage (sans échographie simultanée, sans anomalie détectée au préalable par la femme ou le médecin, sans antécédents familiaux et réalisées suite à une lettre d'invitation), elle estime une couverture de 22 % pour toute la Belgique en 2004. Une variation nette entre les régions est notée : 26 % en Flandre, contre 19 % seulement à Bruxelles et 18 % en Wallonie. Le taux de dépistage est plus élevé chez les femmes de 60-64 ans. On n'observe pas de variation à ce sujet en fonction du niveau d'instruction ni du niveau d'urbanisation.

Enfin, il faut signaler que, selon l'AIM, nombreuses sont les femmes qui ont effectué une mammographie (dans ou hors programme) en 2002-2003 et pas en 2004-2005. Cette proportion de femmes «perdues» correspond à un quart de la population dans chaque région (et atteint même 30 % chez les femmes précarisées en Régions wallonne et bruxelloise contre 23 % chez les femmes non précarisées).

La participation au programme n'est donc pas optimale.

Indicateurs de performance

En dehors du calcul de couverture du programme, l'Europe contre le Cancer donne une série d'indicateurs de performance permettant de mesurer l'efficacité et le bon fonctionnement d'un programme de dépistage. Il est possible de présenter des chiffres pour certains d'entre eux.

Le nombre de mise au point complémentaire

L'assurance de qualité qui fait partie intégrante du programme organisé de dépistage du cancer du sein doit notamment permettre de minimiser certains effets négatifs du dépistage. Parmi ceux-ci, il y a le risque de soumettre des femmes à des examens complémentaires non justifiés (ce qui a un coût financier mais aussi sanitaire en termes d'angoisse p.e.). Dans ce cadre, l'Europe contre le Cancer estime qu'il ne faut pas dépasser un rapport de 5 % à savoir pas plus de 1 examen complémentaire par 20 Mammotests. Selon l'AIM, ce rapport atteint 13 % en Région wallonne et 8,5 % en Région bruxelloise en 2005 (contre 4,9 en Flandre)^[4].

Les délais entre la mammographie et le résultat et entre le résultat et la mise au point complémentaire

Selon l'Europe contre le Cancer, un délai de maximum 10 jours ouvrables est souhaitable entre la mammographie de dépistage et le résultat (un maximum de 15 jours ouvrables est acceptable). Entre un résultat et la mise au point, le délai souhaitable est de maximum 3 jours ouvrables (avec un maximum de 5 jours ouvrables comme délai acceptable). Ces délais dépendent de la célérité de nombreuses étapes telles que le temps des première et seconde lectures des clichés, de la transmission des résultats au médecin traitant d'abord et à la patiente par ce dernier ensuite, de l'obtention d'un rendez-vous pour la mammographie complémentaire, etc. Ce sont des indicateurs de processus donnant une image globale du fonctionnement du programme.

Selon l'AIM, en 2005, 25 % de mammographies diagnostiques complémentaires au Mammotest sont effectuées dans le délai acceptable de 20 (15 + 5) jours ouvrables. Le délai médian entre un Mammotest et une mammographie diagnostique complémentaire se situe à 44 jours en Wallonie et 58 jours à Bruxelles (contre 36 jours en Flandre). Une importante diminution des délais médians de mise au point est notée pour l'ensemble de la Belgique depuis le lancement du programme puisqu'il est passé de 45 jours en 2003 à 37 jours en 2005.

La part du dépistage dans le diagnostic

Comme l'objectif du programme est de diminuer la mortalité du cancer du sein par un diagnostic plus précoce, un autre moyen d'évaluer ce programme est de partir des diagnostics de cancer et de voir la part du dépistage dans celui-ci. C'est ce que fait le Réseau des Médecins Vigies en enregistrant depuis 1990 les circonstances de diagnostic du cancer du sein. Excepté en 2002, le réseau ne peut cependant distinguer le dépistage réalisé par le programme organisé et celui hors programme. Il peut par contre montrer l'évolution du dépistage en général dans le diagnostic avant et après le lancement du programme.

4. A noter que le rapport mise au point complémentaire/mammographie hors programme égale 88 % en Région wallonne, 81 % en Région Bruxelloise et 79 % en Région flamande en 2005.

On peut ainsi observer qu'au cours de la période 90-97, 36 % des nouveaux diagnostics de cancer du sein, posés chez les femmes de 50 à 69 ans, étaient déjà liés à un dépistage contre 54 % diagnostiqués suite à des symptômes et 10 % par découverte fortuite. La moitié des cancers du sein diagnostiqués par dépistage dans cette tranche d'âge étaient par ailleurs caractérisés par une extension limitée (≤ 2 cm, ganglions non envahis, pas de métastases) alors que ce pourcentage n'atteignait que 34 % des cancers diagnostiqués selon d'autres circonstances. En outre, le médecin généraliste était à l'origine du dépistage dans 58 % des cas.

Depuis 1990-1997, le réseau des Médecins Vigies n'a pas enregistré de tendance significativement croissante au diagnostic par dépistage dans le groupe cible des 50-69 ans en Wallonie.

En Flandre, il y a une tendance croissante mais pour atteindre un pourcentage de cancers diagnostiqués par dépistage de 56 % en 2003-2005, semblable donc à celui de la Wallonie (58 %) pour la même période.

Figure 8. Evolution en % de la répartition des circonstances de diagnostic pour les nouveaux cancers du sein enregistrés par le réseau des Médecins Vigies dans la tranche d'âge 50-69 ans en Wallonie.

Source : Médecins Vigies

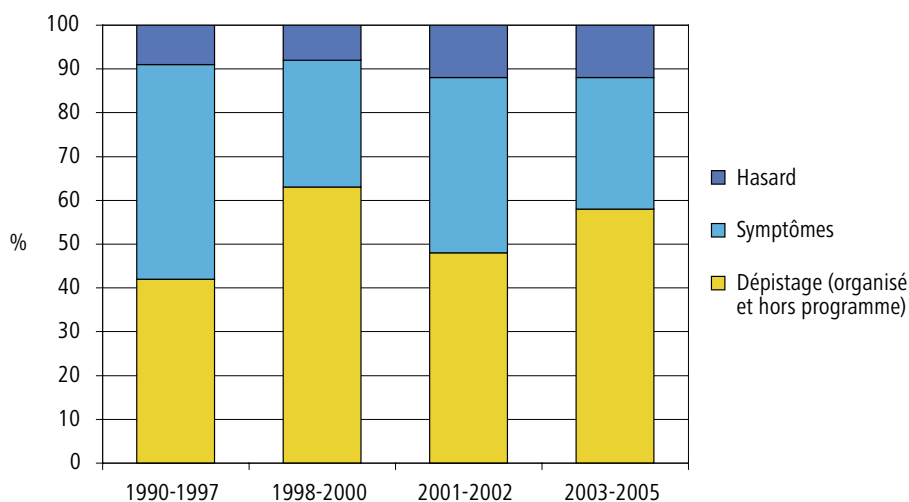
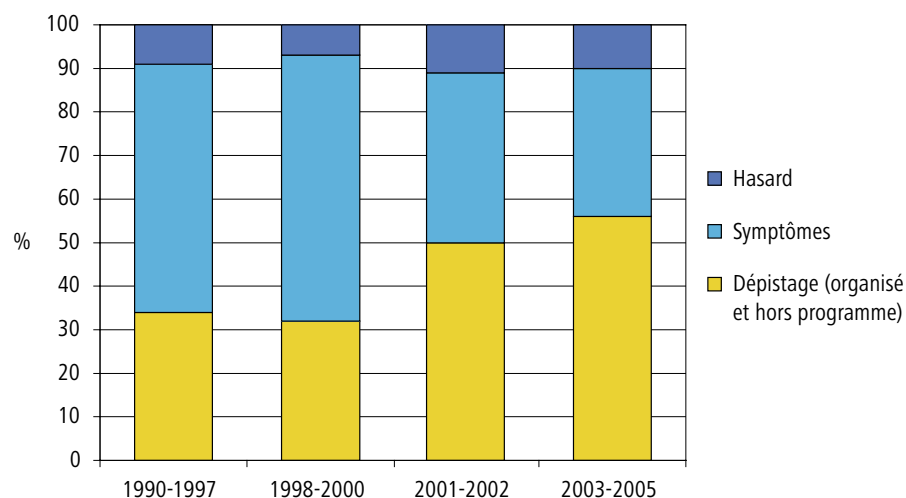


Figure 8. Evolution en % de la répartition des circonstances de diagnostic pour les nouveaux cancers du sein enregistrés par le réseau des Médecins Vigies dans la tranche d'âge 50-69 ans en Wallonie.

Source : Médecins Vigies



Le cancer du sein au moment du diagnostic

Le PCO reprend clairement des indicateurs intermédiaires d'efficacité du programme tels que :

- augmentation du nombre total de cancers du sein détectés;
- diminution de la proportion de cancers avancés;
- augmentation de la proportion de cancers invasifs débutants parmi les femmes dépistées;
- limitation du nombre de cancers in situ;
- augmentation de la proportion de cancers invasifs détectés sans envahissements ganglionnaires.

En Communauté française, les données relatives au Mammotest mais aussi à la mise au point complémentaire éventuelle sont encodées par chaque Centre de Coordination Provincial. Une mise en commun de ces données à un niveau communautaire est en cours actuellement et permettra prochainement de fournir des chiffres pour l'année 2007.

A titre indicatif, en se basant par exemple sur les chiffres du Brabant wallon, on observe 81 cancers détectés (70 invasifs et 10 in situ) sur 9012 Mammotests, ce qui donne :

- un taux de détection de 8,8‰ (≥6‰ attendu)
- une proportion de cancers invasifs <10 mm de 37,7 % (≥25 % attendu)
- une absence de ganglions dans 82 % des cas (≥70 % attendu).

Indicateurs de processus

Il est évident qu'un programme de dépistage ne peut atteindre une couverture de 70 % de la population d'emblée. D'autant que, s'il existe déjà un dépistage spontané comme c'est le cas en Wallonie et surtout à Bruxelles, entrer dans le programme signifie changer d'habitude. Le programme doit donc se faire connaître, convaincre, résoudre quelques problèmes de fonctionnement, etc.

Les objectifs de niveau 2 du PCO soulignent la complexité de la mise en place de ce processus.

Favoriser une culture de la santé : développer les connaissances et la motivation des femmes et des soignants sur le dépistage du cancer du sein.

Cela implique d'informer le public cible sur le cancer du sein et son dépistage et d'améliorer l'information et les connaissances des relais/intervenants santé et autres. Cela implique également de travailler sur les résistances des femmes et des soignants à l'égard du programme.

Or, ces résistances sont nombreuses. Selon le Centre d'Éducation du patient (28), les déterminants qui entrent en jeu chez la femme dans la décision de passer un dépistage sont la perception d'une menace pour la santé (en termes de vulnérabilité et de gravité) et la croyance en l'efficacité de l'action à mener (avec prise en compte des éléments négatifs de cette action). La connaissance de la maladie et du programme ne suffit donc pas à convaincre les femmes. D'autres facteurs interviennent comme l'expérience de dépistage, son acceptabilité, sa faisabilité, le sentiment de maîtrise de la santé, les représentations de la mammographie, etc. (29). Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2004 (6), parmi les femmes qui n'ont pas passé une mammographie après avoir reçu une invitation, 19 % disent qu'elles estiment que ce n'est pas nécessaire, 16 % qu'elles n'ont pas le temps et 15 % invoquent le fait qu'elles trouvent cet examen déplaisant (ce dernier argument est surtout mis en avant en Flandre).

La campagne audiovisuelle réalisée en 2005 et comprenant des spots TV et radio diffusés annuellement mais aussi des affiches, brochures et site web (lemammotest.be) a tenu compte d'un certain nombre de ces résistances dans son travail préparatoire.

5. *Le total fait plus de 100 % parce que les femmes pouvaient mentionner plus d'une raison.*

Par ailleurs, parmi les raisons qui poussent les femmes à passer une mammographie, la conviction des médecins généralistes et gynécologues joue un rôle essentiel. Or, ici aussi les résistances sont nombreuses. La remise en cause de l'efficacité du Mammothest, les habitudes de prescriptions de mammographies plus échographies sont des obstacles majeurs à la promotion du programme organisé par les médecins généralistes (30).

Pour ce public cible, des articles relatifs au programme ont été rédigés par le Centre Communautaire de Référence et diffusés dans la Revue de la Médecine Générale, revue distribuée gratuitement à tous les médecins généralistes francophones belges. Un feed-back du Centre Fédéral d'Expertise renvoyant aux généralistes, gynécologues et radiologues un profil comprenant notamment les Mammothests, mammographies, échographies qui leur sont attribués (sur base des données provenant de l'AIM) a été diffusé pour la première fois en 2006. Une formation à l'interprétation de ces feed-back et aux tenants et aboutissants du programme de dépistage organisé est proposée par la Société Scientifique de Médecine Générale de manière régulière aux généralistes francophones. Une information dans le cadre de la campagne audiovisuelle a également été envoyée à chaque médecin traitant de la Communauté française.

En outre, la mise en place d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein a révélé d'autres besoins en matière de digitalisation des clichés p.e. ou de recommandations pour la mise au point des Mammothests «+» ou encore de recommandations pour la prise en charge du cancer. Plusieurs de ces besoins sont en cours de réalisation actuellement. Ainsi, des recommandations pour la prise en charge du cancer du sein viennent d'être publiées par le Centre Fédéral d'Expertise (31).

Permettre l'accessibilité de l'acte de dépistage, ce qui implique notamment :

- Une démarche efficiente dans les invitations, réinvitations, rappels.
Selon l'AIM, la population concernée par le programme égale 1,2 million de femmes en Belgique dont près de 400 000 wallonnes, près de 100 000 bruxelloises et 700 000 flamandes. Et toutes doivent recevoir une invitation tous les 2 ans !
Dans ce cadre, il faut rappeler qu'un problème technique a empêché d'assurer l'envoi d'une partie des invitations tant à Bruxelles qu'en Wallonie pour la période 2003-2004. A Bruxelles, ce ne sont que 59,7 % des femmes de 49 à 69 ans inscrites au Registre national qui ont pu être invitées.
Selon l'Enquête de santé par Interview de 2004, 70 % des femmes de 50-69 ans déclarent avoir reçu au cours des deux dernières années une lettre d'invitation pour passer une mammographie mais elles sont 80 % en Flandre, 30 % à Bruxelles et 61 % en Wallonie. Même s'il faut regarder ces chiffres avec prudence (notamment parce que 22 % des femmes de 40-49 ans déclarent aussi avoir reçu une invitation de même que 27 % des femmes de 70 à 79 ans, ce qui est très étonnant), cette différence régionale interpellé.
- L'implication et la sensibilisation des médecins traitants (généralistes et gynécologues), des radiologues et sénologues et du personnel d'accueil des unités de mammographie pour promouvoir le Mammothest (et non le bilan sénologique).
Selon l'Enquête de santé par Interview de 2004, les raisons invoquées par les femmes pour passer une mammographie sont le conseil du gynécologue (41 %), le conseil du médecin généraliste (27 %), la lettre d'invitation (18 %), les antécédents ou histoires familiales (18 %), les plaintes/anomalies détectées par la femme (17 %) et celles détectées par le médecin (11 %) ^[5]. Une différence régionale est notée avec une place centrale accordée au gynécologue à Bruxelles (56 %) et en Wallonie (51 %) d'une part, et l'importance de la lettre d'invitation en Flandre (27 %).
On observe par ailleurs que le rôle du médecin généraliste semble prépondérant chez les femmes avec un faible niveau d'instruction, celui du gynécologue chez les femmes avec un niveau d'instruction élevé. Ces chiffres concernent tous les types de mammographies.

- Des unités de mammographie satisfaisantes (en termes de nombre, d'accès, d'horaire, de délai, d'accueil humain, etc.).
En 2006, 40 % des 83 unités de la Communauté française ont réussi le contrôle de qualité, ce qui souligne vraisemblablement l'importance de mettre un processus de qualité en place. Des formations ont dès lors été organisées par le Centre Communautaire de Référence.

Un état des lieux des horaires proposés, du délai entre la prise de rendez-vous et la réalisation de l'examen, de l'accueil réservé aux femmes n'existent pas actuellement en Communauté française.
- Une information adéquate de la femme avant et après (résultats) l'examen (voir favoriser une culture de santé ci-dessus).

Assurer la cohérence et la pertinence du programme c'est-à-dire améliorer la concertation entre les différents acteurs du programme, garantir l'assurance de qualité du programme, organiser une collecte de données ainsi que le traitement des informations et des résultats et participer au Registre National du Cancer mis en place par le niveau fédéral.

Le Centre Communautaire de Référence pour la Communauté française et Brummamo pour la Région bruxelloise organisent régulièrement des réunions entre les différents acteurs concernés par le programme organisé de dépistage afin de décider ensemble des actions à suivre.

Concernant la collecte des données, un travail de mise en commun des données récoltées au niveau provincial est en cours en Communauté française depuis de nombreux mois et fournira prochainement les chiffres de 2007.

- *La participation au programme organisé de dépistage du cancer du sein n'est pas optimale. Mais atteindre une couverture de 70 % de la population n'est pas chose aisée tant les résistances sont nombreuses à différents niveaux (femmes, acteurs de santé, acteurs institutionnels, ...).
Le PCO souligne d'ailleurs cette difficulté en définissant ses objectifs intermédiaires.*

6. PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

Le cancer du sein est un problème prioritaire de santé publique, dont les causes sont multifactorielles et pour lequel un programme de dépistage par Mammotest est organisé en Communauté française depuis juin 2002. Plusieurs niveaux d'action devraient être envisagés dans ce cadre.

1. Favoriser les facteurs protecteurs connus et diminuer, voire annihiler, les facteurs de risque avérés du cancer du sein.

La découverte d'un cancer, même très petit, au cours d'un examen de dépistage, révèle un processus de carcinogénèse ayant débuté des années plus tôt. Les études portant sur les facteurs favorisant cette carcinogénèse ne pourront qu'améliorer les recommandations actuelles. En attendant, on peut certainement promouvoir, dans la lutte contre le cancer du sein, une alimentation saine (pauvre en graisses, limitant le risque de l'obésité), la pratique d'un exercice physique, l'allaitement prolongé et déconseiller la consommation excessive d'alcool.

Faire en sorte de diminuer les facteurs environnementaux est aussi une piste à suivre au niveau collectif et implique certainement une sensibilisation des citoyens comme des décideurs.

2. Promouvoir le programme organisé de dépistage du cancer du sein.

Les lacunes du programme sont encore nombreuses et nécessitent un réel investissement de tous les acteurs pour porter ce projet jusqu'à l'efficacité. Faire simplement de la publicité pour le programme ne suffira certainement pas.

Plusieurs écueils doivent être considérés, ce qui implique de convaincre :

- les professionnels de la santé persuadés que le bilan sénologique est un plus par rapport au Mammotest;
- les médecins traitants mécontents de l'organisation pratique du programme (non reconnaissance de leur rôle, durée trop longue de transmission des résultats, inégalité d'horaire ou de délai du circuit Mammotest par rapport au circuit mammographie, etc.);
- les radiologues qui veulent entrer dans l'ère numérique. Dans ce cadre, reconnaître la place de la numérisation dans le programme de dépistage et en définir le mode de fonctionnement est essentiel. Cette numérisation est prévue pour le début de l'année 2008. Entre autres avantages, cela devrait permettre de réduire le délai entre la réalisation du Mammotest et le résultat (à un maximum de 7 jours).
- les femmes suivies par bilan sénologique et ne voyant pas l'avantage d'entrer dans le programme;
- les femmes non sensibles au dépistage en général;
- les femmes ayant vécu de mauvaises expériences lors d'un premier passage dans le programme;
- etc.

3. Evaluer le programme

Le résultat attendu d'un programme de dépistage organisé du cancer du sein est une diminution de mortalité. Mais l'on sait que les effets sur la mortalité ne sont observables qu'après un minimum de 5 à 8 ans de programme et que l'existence d'un dépistage opportuniste préalable au démarrage du programme organisé dilue l'impact de ce dernier (7). Estimer le taux de couverture de la première vague de dépistage organisé mais aussi des suivants et évaluer qualitativement la participation ou non-participation à ces différentes vagues est essentiel.

Par ailleurs, pour suivre l'évolution de la problématique du cancer du sein, plusieurs sources de données pourraient également être mises en commun : les données récoltées au niveau de chaque province sur le programme de dépistage organisé, les données de la Fondation Registre du Cancer pour les chiffres d'incidence, les données de mortalité et les données de l'Agence Intermutualiste relatives au dépistage mais aussi aux interventions thérapeutiques (7).

7. RESSOURCES

Centre Communautaire de Référence pour le dépistage du Cancer du Sein, 479 chaussée de Louvain, 1030 Bruxelles. Tél.: 02 742 21 34 - Fax : 02 742 21 35 - E-mail : cceref@ccref.org

BRUMAMMO, Centre bruxellois de Coordination pour le Dépistage du Cancer du Sein, Chaussée de Louvain 479, 1030 Bruxelles. Tél.: 02/736 19 84 - Fax : 02/742 21 33 - E-mail : info@brumammo.be - <http://www.brumammo.be>

Observatoire de la Santé et du Social, Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale, Av. Louise 183, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/552 01 89 - Fax : 02/502 59 05 - E-mail : observat@ccc.irisnet.be - <http://www.observatbru.be>

Fondation contre le Cancer, chaussée de Louvain 479, 1030 Bruxelles. Tél.: 02/736 99 99 - Cancerphone : 0800/15801 - E-mail : info@cancer.be - <http://www.cancer.be>

Centre de coordination de la Province du Brabant Wallon, 2 avenue Einstein - 1300 Wavre. Tél.: 010 23 61 88 - Fax : 010 23 61 90 - E-mail : mammotest@brabantwallon.be

Observatoire de la Santé de la Province du Hainaut, 1 rue Saint-Antoine - 7021 Havré. Tél.: 065 87 96 70 - Fax : 065 87 96 78 - E-mail : osh.mammo@hainaut.be - <http://observatoiresante.hainaut.be>

Dépistage Mobile de la Province de Liège, 28 rue de Wallonie - 4460 Grâce-Hollogne. Tél.: 04 237 94 96 - Fax : 04 237 95 03 - E-mail : depistage.federal@prov-liege.be

Centre de Coordination Provincial, Observatoire de la Santé - Province de Luxembourg, 49 rue de la Station - 6900 Marloie. Tél.: 084 31 05 01 - Fax : 084 34 57 90 - E-mail : mammotest@province.luxembourg.be

Institut Provincial d'Hygiène sociale de la Province de Namur, 3 bis, rue Château des Balances - 5000 Namur. Tél.: 081 72 37 56 - Fax : 081 72 37 53 - E-mail : depistage.namur@province.namur.be

8. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fondation Registre du Cancer. Belgium : Females, number of invasive tumours per localisation and age group in 2003.
2. Van Casteren V. Cancer du sein 2003-2005. Senti-Bul 2007-1. Institut Scientifique de Santé Publique. Section Epidémiologie. Mars 2007. http://www.iph.fgov.be/epidemie/epien/medven/sentibul/2007_1.pdf
3. Institut Scientifique de Santé Publique. Section Epidémiologie. SPMA : Statistiques d'Etat Civil. <http://www.iph.fgov.be/epidemie/spma/index.htm>. Updated Août 2007.
4. Deguerry M., De Spiegelaele M., Haelterman E., Verduyck P. Les dossiers de l'Observatoire. Rapport d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise. Période : juin 2002 à décembre 2005. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2006.
5. Fabri V., Remacle A., Mertens R. Agence Intermutualiste. Programme de Dépistage du Cancer du Sein. Périodes 2002-2003 et 2004-2005. Rapport numéro 5 de l'Agence Intermutualiste. Septembre 2007.
6. Bayingana K., Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.J., Tafforeau J., Van der Heyden J. Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004. Institut Scientifique de Santé Publique. Section Epidémiologie. Bruxelles 2006; N° de Dépôt : D/2006/2505/3, IPH/EPI REPORTS N° 2006 - 034. <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/cropfpr/hisfr/table04.htm>
7. Arbyn M., Capet F., Abarca M. Trend of breast cancer mortality in Belgium. Evaluation of Population Screening for Breast Cancer in Belgium. Unit of Cancer Screening. Scientific Institute of Public Health. Federal Cell for Evaluation of Cancer Screening Programmes. IPH/EPI Reports n° 2002-026. D/2002/2505/47. Brussels, janvier 2003.
8. Althuis M.D., Dozier J.M., Anderson W.F., Devesa S.S., Brinton L.A. Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973-1997. *International Journal of Epidemiology* 2005; 34 :405-412.
9. Trétarre B., Guizard A.V., Fontaine D., les membres du réseau Francim et le CépiDc-Inserm. Cancer du sein chez la femme : incidence et mortalité, France 2000. *BEH* 2004;44 :209-10.
10. L'Académie Nationale de Médecine, l'Académie des Sciences - Institut de France, le Centre International de Recherche sur le Cancer (OMS - Lyon), la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer, avec le concours de l'Institut National du Cancer et l'Institut National de Veille Sanitaire. Les causes du cancer en France. Rapport, version abrégée. 2007. www.academie-medecine.fr; www.academie-sciences.fr; www.iarc.fr
11. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Gezondheidsindicatoren 2001-2002. Departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Administratie Gezondheidszorg. Entiteit Beleidsondersteuning - Team beleidsevaluatie. D/2004/3241/174. Août 2004. http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite/Cijfers/Gezondheidsindicatoren/Gezond_Totaal.pdf
12. International Agency for Research on Cancer. CancerMondial. Globocan 2002. <http://www-dep.iarc.fr/> Last updated July 2007.
13. Globocan 2002, IARC. Western Europe-Breast. http://www-dep.iarc.fr/GLOBOCAN/Table2_sel.htm
14. Brown S.B., Hole D.J., Cooke T.G. Breast cancer incidence trends in deprived and affluent Scottish women. *Breast Cancer Res Treat.* 2007;103(2) :233-8.
15. Bigby J., Holmes M.D. Disparities across the breast cancer continuum; *Cancer Causes Control.* 2005;16(1) :35-44.
16. Hortobagvi G.N., de la Garza Salazar J., Pritchard K., Amadori D., Haidinger R. et al. The global breast cancer burden :variations in epidemiology and survival. *Clin Breast Cancer* 2005; 6(5) :391-401.

17. Schrijvers C. Socioeconomics inequalities in cancer survival in the Netherlands and Great Britain. Small-area based studies using cancer registry data. Thesis Rotterdam. Department of Public Health, Erasmus, University of Rotterdam. 1996.
18. Duport N., Ancelle-Park R., Isnard H., Auvray L., Le Fur P., Bloch J. Pratique de la mammographie selon le statut socio-économique : enquête santé protection sociale 2002. Journées scientifiques de l'InVS 17.
19. Service Education permanente Question Santé. Femmes immigrées et dépistage du cancer du sein. Avec le soutien de la DG Culture-Education permanente du Ministère de la Communauté française. D/2006/3543/19
20. Bouland C., Jonckheer P. Fiche Cancer du sein. Institut Bruxellois de Gestion de l'Environnement. (sous presse).
21. Puddu M., Tafforeau J. Opportunité du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans. Etat des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique. IPH/EPI Reports 2005-001. Institut Scientifique de Santé Publique. Section Epidémiologie. Bruxelles 2005.
22. Remontet L., Buemi A., Velten M., Jouglu E., Estève J. Réseau français des registres du cancer, Francim Hôpitaux de Lyon, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Inserm, Institut de veille sanitaire, InVS. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Trétarre B. Sein. Août 2003 : 99-105.
23. Medina D. Mammary developmental fate and breast cancer risk. Endocrine-Related Cancer 2005;12 :483-495.
24. Dumitrescu R.G., Cotarla I. Understanding breast cancer risk - where do we stand in 2005 ? J. Cell. Mol. Med. Vol 9, No 1, 2005 pp. 208-221.
25. Protocole du 25 octobre 2000 visant une collaboration entre l'État fédéral et les Communautés en matière de dépistage du cancer du sein par mammographie et relatif à la transmission des données nécessaires à l'exécution, au suivi, et à l'évaluation du dépistage par mammographie du cancer du sein.
26. Europe contre le Cancer. European guidelines for quality assurance in mammography screening, January 2001; third edition.
27. Fabri V., Remacle A., Degauquier K., Mertens R. Agence Intermutualiste. Programme de Dépistage du Cancer du Sein. Périodes 2001-2002 et 2003-2004. Rapport numéro 4 de l'Agence Intermutualiste. Septembre 2006.
28. Collignon J.L., Martin N. Comportements des femmes de 50 à 69 ans face au dépistage du cancer du sein. Enquête réalisée en Province de Namur. BEP 2000; 19(2) :82-89
29. Doumont D., Libion F. Dépistage du cancer du sein. Analyse des comportements préventifs dans le cadre du dépistage par mammographie. Collection. Des outils pour les acteurs de la santé. Communauté française. Direction Générale de la Santé.
30. Berghezan A.M. Les freins et les leviers à la participation du médecin généraliste de la province de Hainaut au dépistage du cancer du sein et au programme organisé en particulier. Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Université de Santé Publique, Mention «Promotion de la Santé». Université Henri Poincaré, Nancy 1. Année universitaire 2004-2005.
31. Christiaens M-R., Vlayen J., Gailly J., Neven P., Carly B. et al. Support scientifique du Collège d'Oncologie : un guideline pour la prise en charge du cancer du sein. KCE Report 63B. Juillet 2007.

CAHIER 2. LA PROMOTION DE LA VACCINATION

Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique - 2007

CAHIER 2 LA PROMOTION DE LA VACCINATION

Auteurs : Swennen B., Moreau N., Favresse D.
Co auteurs : Bazelmans C., Provac

Liste des abréviations des vaccins

DTPa	vaccin anti-diphtérie/tétanos/coqueluche contenant du vaccin coquelucheux acellulaire
DTPw	vaccin anti-diphtérie/tétanos/coqueluche contenant du vaccin coquelucheux à cellules entières
DT	vaccin anti-diphtérie/tétanos
Hexavalent	vaccin combiné contre la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et l' <i>Haemophilus influenzae</i> de type b
Hib	vaccin contre l' <i>Haemophilus influenzae</i> de type b
HPV	vaccin contre le papillomavirus humain
IPV	vaccin antipoliomyélitique injectable (vaccin tué)
MenC	vaccin contre le méningocoque C
OPV	vaccin antipoliomyélitique oral (vaccin vivant atténué)
Pn7V	vaccin contre le pneumocoque
Rota	vaccin contre le Rotavirus
RRO	vaccin contre la Rougeole, la rubéole et les oreillons
VHB	vaccin contre l'hépatite B

1. INTRODUCTION

La vaccination en Communauté française est une des priorités reprises dans le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008.

La prévention vaccinale concerne toute la population à différents moments de l'existence. Si la vaccination des nourrissons constitue une pierre angulaire pour la protection contre les maladies évitables par la vaccination, les enfants en âge scolaire, les adultes et les personnes âgées sont également concernés.

Enfin, deux logiques sous-tendent la vaccination. Une logique individuelle qui vise à protéger les individus vaccinés et une logique plus collective qui vise, selon les taux de couverture atteints, à réduire l'incidence d'une maladie, voire pour certaines, leur élimination au sein de la population. (1)

- *La prévention vaccinale concerne toute la population à différents moments de l'existence. Si la vaccination des nourrissons en est une priorité, les enfants en âge scolaire, les adultes et les personnes âgées sont également concernés.*

2. POLITIQUE VACCINALE ET BUDGET

Dans notre pays, du fait de la Fédéralisation de l'Etat, la répartition des compétences en matière de prévention vaccinale reflète la complexité de nos structures.

Au clivage habituel entre prévention et soins, s'est ajouté celui entre compétences fédérales et communautaires. La prévention vaccinale se trouve au coeur même de ces clivages.

Au cours des deux dernières décennies, le programme de vaccination a fortement évolué, particulièrement en ce qui concerne les nourrissons. En effet, la protection vaccinale des enfants est passée de 4 maladies évitables par la vaccination en 1981, à 12 en 2007.

Cette évolution a pu être réalisée grâce à l'enregistrement de nouveaux vaccins et à la volonté politique d'offrir à tous les enfants une prévention vaccinale de qualité.

Le tableau 1 présente les principales étapes du programme depuis 1985, année d'introduction de la vaccination RRO.

Depuis 1999, lors de l'introduction de la vaccination contre l'hépatite B, les autorités sanitaires fédérales et communautaires établissent des accords pour permettre aux programmes de vaccination de disposer de vaccins de plus en plus coûteux.

L'année 2001 marque un tournant essentiel pour les programmes de vaccination. Conscients des enjeux en termes de couvertures et de l'apport des nouvelles combinaisons vaccinales en terme de sécurité, les autorités mettent en place les conditions pour assurer simultanément le passage du vaccin polio oral au vaccin polio injectable et l'introduction des combinaisons vaccinales basées sur le vaccin anti-coquelucheux acellulaire. Depuis 2001, les vaccins tétravalents DTPa-IPV et depuis 2004, le vaccin hexavalent (DTPa-VHB-IPV-Hib), sont utilisés dans les programmes de vaccination des 3 communautés linguistiques du pays.

En 2002, le schéma vaccinal s'est enrichi de la recommandation de vaccination contre le méningocoque C, en 2005, de celle contre les infections invasives à pneumocoques (Pn7V) et en 2006, de celle contre le Rotavirus. Le vaccin contre le Méningocoque C a été introduit dans le circuit en 2002 avec un rattrapage pour tous les enfants de moins de 5 ans. Depuis janvier 2007, le vaccin Pn7V y est disponible pour tous les enfants de moins de 2 ans.

- *L'évolution du programme de vaccination en Communauté française a été rendue possible grâce à un accroissement important du budget : de 1,5 million € en 1999, il atteint plus de 5 millions € en 2007.*

Tableau 1. Quelques étapes principales du programme de vaccination en Communauté française

Année	Modification du programme de vaccination en Communauté française
1985	Introduction de la vaccination RRO chez les nourrissons
1989	Campagne de promotion de la vaccination RRO
1992	Retrait du vaccin RRO Plusérix et remplacement par MMR-VAx Enregistrement du vaccin Hib en Belgique
1996	Recommandation vaccination Hib et VHB Deuxième dose de RRO à 11-12 ans
1999	Programme de vaccination Hépatite B pour 2 cohortes d'enfants : les nourrissons et pré-adolescents
2001	Remplacement du vaccin polio oral par le vaccin polio injectable Abaissement à 2 mois de l'âge de la première dose du schéma vaccinal de l'enfant Introduction du vaccin coquelucheux acellulaire et du vaccin Hib dans le circuit de vaccins Ajout du vaccin coquelucheux acellulaire au rappel DT- polio à 5-7 ans
2002	Campagne de vaccination contre le méningocoque C pour tous les enfants de <5 ans L'OMS certifie l'Europe exempte de poliomyélite
2004	Introduction du vaccin hexavalent DTPa-VHB-IPV-Hib Abaissement des vaccinations méningocoque C et RRO à 12-13 mois au lieu de 15 mois Introduction de la recommandation de la vaccination contre le pneumocoque (Pn7V) en 4 doses, sans remboursement AMI
2005	Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale pour 2010 en Europe Remboursement partiel du vaccin Pn7V par l'AMI
2006	Réduction à 3 doses du schéma vaccinal pour le Pn7V. Introduction de la recommandation de la vaccination contre le Rotavirus
2007	Introduction du vaccin Pn7V dans le circuit de vaccins

Source : PROVAC

Pour comprendre les mécanismes de prises de décisions en politique vaccinale dans notre pays et dans notre communauté, il faut savoir que :

- Le programme de vaccination en Communauté française repose sur les recommandations émises par le Conseil Supérieur de la Santé (CSS), ancien Conseil Supérieur d'Hygiène (CSH). Le Conseil Supérieur de la Santé est l'organe d'avis scientifique du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il regroupe au niveau fédéral des experts scientifiques des différentes communautés. Annuellement, le CSS revoit le calendrier vaccinal de base. Ce calendrier est alors présenté à la Conférence interministérielle des Ministres de la Santé.
- Depuis la signature du protocole d'accord entre l'autorité fédérale et les autorités communautaires en ce qui concerne l'harmonisation de la politique de vaccination du 20 mars 2003, le calendrier vaccinal du CSS, pour autant qu'il ait été approuvé par une conférence interministérielle santé, sert de base à l'engagement des différentes autorités pour le financement de l'achat des vaccins.
- L'autorité fédérale s'engage à financer les 2/3 du coût d'achat des vaccins.
- Les autorités communautaires s'engagent à assurer la promotion et l'organisation de la vaccination, notamment via les structures préventives dont elles disposent (O.N.E. et PSE) et à organiser le circuit de distribution des vaccins pour tous les vaccinés tout en assurant le tiers du coût d'achat des vaccins.

Le Ministre qui a la santé dans ses compétences en Communauté française est responsable de la politique vaccinale et de l'organisation de la prévention vaccinale par les différents intervenants.

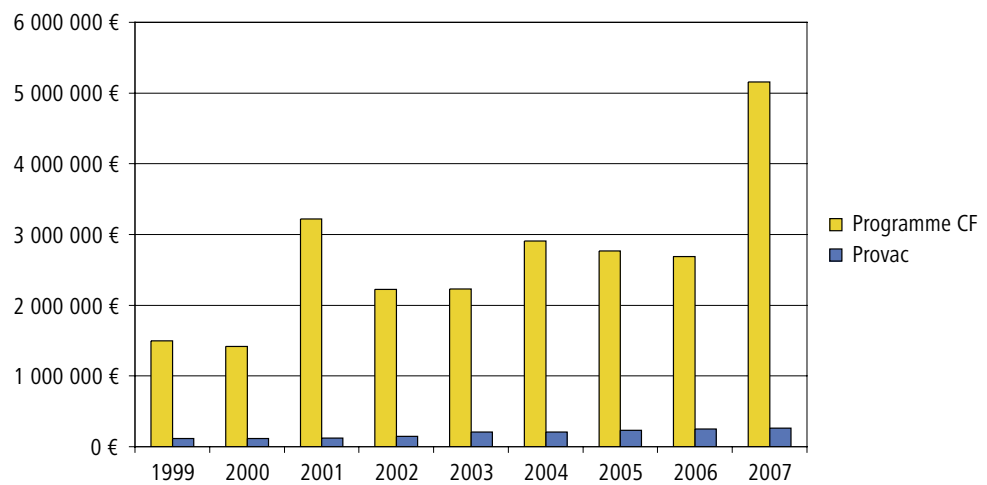
Pour se faire, il s'appuie principalement sur les services de la Direction générale de la santé, l'association interuniversitaire Provac (Comité de pilotage) et les structures préventives O.N.E. et services PSE et CPMS et le service communautaire de communication.

Tous les intervenants de la vaccination, comprenant également les vaccinateurs privés, sont depuis 2006 représentés dans le Comité de concertation intersectoriel de la vaccination.

L'évolution du programme de vaccination en Communauté française a été rendue possible grâce à un accroissement important du budget : de 1,5 million € en 1999, il atteint plus de 5 millions € en 2007.

Cet accroissement du budget a, comme le montre la figure 1, peu concerné la gestion opérationnelle du programme : si le budget total du programme en Communauté française a été multiplié par 3,5, celui de Provac a seulement doublé.

Figure 1. Evolution du budget vaccination en Communauté française.
Source : Provac

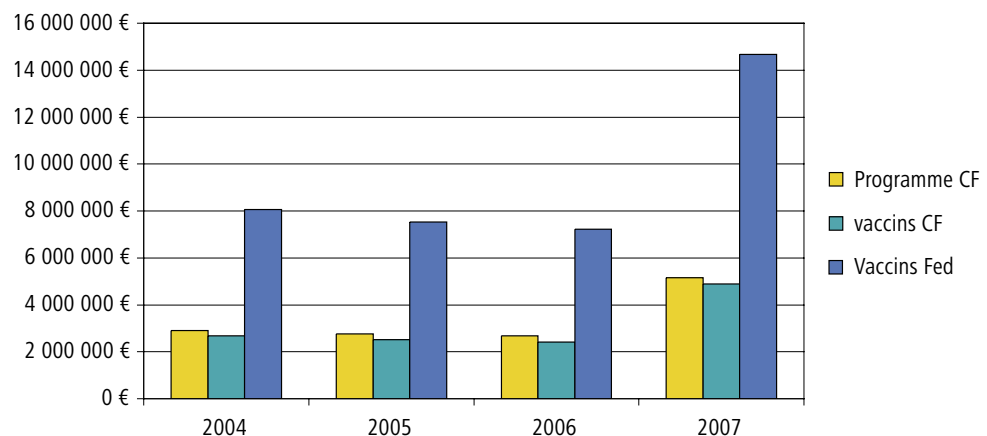


L'accroissement est donc induit par l'augmentation du coût de l'achat des vaccins distribués par le programme.

On appréciera sa juste valeur en tenant compte également du budget investi par l'AMI dans l'achat des vaccins (quote-part de 2/3). En 2007, l'achat des vaccins représente 5 millions pour la Communauté française et près de 15 millions pour l'AMI. L'achat des vaccins représente 95 % du coût budget inscrit pour le programme de vaccination en Communauté française.

Dans ces estimations, ne sont pas pris en compte les coûts de l'activité «vaccination» des structures préventives O.N.E. et services PSE également pris en charge par le budget de la Communauté française.

Figure 2. Budget (€) vaccination 2004-2007.
Source : Provac



3. LES SCHÉMAS DE VACCINATION

Divers paramètres influencent le choix de l'objectif fixé pour une vaccination : les **caractéristiques épidémiologiques de la pathologie**, les **caractéristiques intrinsèques du vaccin** (efficacité, profil de sécurité, modalités d'administration), la **modification épidémiologique** (parfois négative) **du profil de la maladie** sous l'effet de la vaccination, la faisabilité de son **intégration dans le schéma vaccinal**, le **coût** et enfin la **perception sociale** de la maladie et de la prévention vaccinale par les professionnels de santé, les autorités et le public.

La réflexion qui sous-tend l'adaptation du calendrier vaccinal dans un pays est donc un processus dynamique qui intègre l'évolution de ces différents paramètres.

3.1. LE SCHÉMA DE VACCINATION DES NOURRISSONS ET DES ENFANTS EN ÂGE SCOLAIRE EN BELGIQUE

Le schéma de vaccination des nourrissons et des enfants en âge scolaire a fortement évolué au cours des dernières décennies.

En 1981, le calendrier vaccinal de base de l'enfant en Belgique proposait une protection contre 4 maladies (poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche). Depuis lors, la protection vaccinale du nourrisson s'est élargie à 8 autres maladies (*Haemophilus influenzae* de type b, l'hépatite B, la rougeole, la rubéole, les oreillons, les infections à méningocoque C, le pneumocoque et le Rotavirus). (2)

Tableau 2. Calendrier vaccinal de base pour les nourrissons et les enfants en âge scolaire recommandé par le Conseil Supérieur de la Santé (ex-CSH) 2007.

Âge	2 mois	3 mois	4 mois	12 mois	13 mois	15 mois	18 mois	5-7 ans	10-13 ans	14-16 ans
Vaccins										
Polio inactivé	IPV	IPV	IPV		●	IPV	●	IPV		
Diphtérie Tétanos Coqueluche	DTPa	DTPa	DTPa		●	DTPa	●	DTPa		dT dTpa
<i>Haemophilus influenzae</i> de type b	Hib	Hib	Hib		●	Hib	●			
Hépatite B	VHB	VHB	VHB		●	VHB	●		VHB	
Rougeole Rubéole Oreillons				RRO ₁	●			RRO ₁	RRO ₂	RRO ₂
Méningocoque C					●	MenC	●			
Pneumocoque	Pn7V		Pn7V	Pn7V	●					
Rotavirus	Rota	Rota	(Rota)							
<ul style="list-style-type: none"> ● Période au cours de laquelle la dose vaccinale sera administrée □ Vaccin combiné ○ Statut vaccinal à vérifier et à compléter si nécessaire 										

Source : C.S.S. 2007

Le recours aux vaccins combinés a permis d'élargir la prévention vaccinale à ces 12 maladies sans pour autant assister à une inflation du nombre d'injections et de consultations pour réaliser le programme. Depuis 2006, la voie d'administration orale est à nouveau utilisée pour la vaccination contre le Rotavirus.

Tableau 3. Evolution depuis 1981 du nombre de pathologies incluses dans la vaccination pédiatrique en Communauté française et calcul du nombre de visites, injections et prises orales nécessaires pour le réaliser

	1981	1986	1996	2001	2002	2004	2005	2007
Nombre de pathologies	4	7	9	9	10	10	11	12
Nombre de visites	4	5	5	5	5	5	5	5
Nombre d'injections en l'absence de vaccins combinés	4	5	12	15	16	16	20	20
Nombre d'injections avec les vaccins combinés	4	5	8	8	9	6	10	9
Nombre de prises orales	3	3	3	0	0	0	0	2(3)

Source : Provac

3.2. LE SCHÉMA DE VACCINATION DES ADULTES

Pour la vaccination des adultes au-delà de 18 ans (3), le programme de vaccination relaye les recommandations auprès des vaccinateurs. Il soutient également la promotion annuelle de la vaccination contre la grippe, notamment par l'insertion d'avis dans les espaces audiovisuels.

Les vaccins utilisés pour la vaccination des adultes ne sont pas intégrés dans le circuit de distribution des vaccins organisé par le Communauté française.

Tableau 4. Calendrier vaccinal de base pour les adultes recommandé par le Conseil Supérieur de la Santé (ex-CSH) 2007

Vaccins	Diphtérie-Tétanos	Coqueluche	Influenza	Pneumocoque (vaccin polysaccharidique)	Hépatite B	Hépatite A	RRO
Age							
17-49 ans	1 dose tous les 10 ans	A 1 dose	1 dose / an		3 doses 0,1,6 mois	2 doses 0,6-12 mois	1 dose
50-64 ans				B 1 dose			
> 65 ans			1 dose / an	C 1 dose			

Source : C.S.S.

■ Toute personne appartenant à ce groupe

■ Si nécessaire, rattrapage de la vaccination de l'enfance

■ Condition médicale particulière ou risque d'exposition

A : Rattrapage de la vaccination incomplète de l'enfance chez l'adolescent. Adultes en contact avec nourrissons

B : Revaccination en fonction conditions médicales particulières

C : Revaccination 1 fois après 5 à 7 ans.

4. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

La politique de vaccination concerne particulièrement les enfants en bas âge. Il est donc important de suivre de près l'évolution des indicateurs épidémiologiques des maladies évitables par la vaccination.

L'Institut Scientifique de la Santé Publique (ISP) et ses laboratoires fournissent en la matière des données essentielles pour approcher l'impact des programmes de vaccination dans la population.

En Belgique, la mortalité infantile, chez les enfants de moins d'un an, est passée de 12 pour 1000 naissances en 1980 à 4 pour 1000 naissances en 2005. La mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans est passée de 15 pour 1000 naissances en 1980 à 5 pour 1000 naissances en 2005. (4)

Le tableau 5 montre que parmi les maladies évitables par la vaccination, les incidences les plus élevées sont celles des infections à **Rotavirus** et des **infections invasives à pneumocoques**.

Le taux d'incidence des infections à Rotavirus présente en 2005 une augmentation de 27 % par rapport à 2001 (71/100 000 hab.).

Le taux d'incidence des **infections invasives à pneumocoques** concerne les enfants âgés de moins de 5 ans. Il faut souligner que ce taux s'élève à 104,4/100 000 chez les enfants âgés de moins de 2 ans.

Enfin, on remarque une incidence de l'**hépatite B** nettement plus élevée à Bruxelles et en Flandre qu'en Wallonie.

- *L'objectif visé par la promotion de la vaccination en Communauté française est de développer une «culture de la vaccination» : souligner pour chaque individu l'importance et le rôle de la prévention vaccinale tout au long de sa vie.*

- *Lorsque les maladies évitables par la vaccination deviennent rares, il est important de documenter le maintien ou non de leur présence dans les populations. Cela se fait dans le cadre de la surveillance des maladies. La déclaration active des cas est alors nécessaire.*

1. *The first European communicable disease epidemiological report. European Center for Disease Prevention and Control, June 2007. www.ecdc.eu.int/pdf/epi_report_2007*
2. *Depuis 2001, le laboratoire de référence n'a confirmé aucune souche toxigène de Corynebacterium diphtheriae*
3. *Surveillance des maladies infectieuses. www.iph.fgov.be*
4. *Vergison A., Tuerlinckx D., Verhaegen J., Malfroot A. Epidemiologic features of invasive pneumococcal disease in Belgian children : passive surveillance is not enough. Pediatrics 2006;118;801-9*
5. *Measles surveillance annual report 2006. A surveillance Community Network for Vaccine Preventable Infectious Diseases (Euvac.Net). www.euvac.net*
6. *Données non disponibles*

Tableau 5. Incidence des maladies évitables par la vaccination en Belgique

Maladie	Incidence (/100 000 hab.)	Région	Année	Source
Coqueluche	1,6	Belgique	2005	European Centre for Disease Prevention and Control ^[1]
Diphthérie	- ^[2]	-	-	Laboratoires ISP ^[3]
<i>Haemophilus influenzae</i> de type b	0,73	Belgique	2005	Laboratoires ISP
Hépatite B	3,53	Belgique	2005	Laboratoires ISP
	4,1	Flandre		
	6,3	Bruxelles		
	1,2	Wallonie		
Méningocoque C	0,17	Belgique	2005	Laboratoires ISP
	0,1	Flandre		
	0,3	Bruxelles		
	0,3	Wallonie		
Oreillons	0,7	Belgique	2005	European Centre for Disease Prevention and Control
infections invasives à Pneumocoques	59,5	Belgique	2002-2003	Vergison A. et al. 2006 ^[4]
Polio	0	Belgique	2005	European Centre for Disease Prevention and Control
Rotavirus	90	Belgique	2005	Laboratoires ISP
	108,3	Flandre		
	51,5	Bruxelles		
	65,7	Wallonie		
Rougeole	0,14	Belgique	2006	Réseau de surveillance européen Euvac.Net ^[5]
Rubéole	- ^[6]	Belgique	2005	European Centre for Disease Prevention and Control
Tétanos	< 0,1	Belgique	2005	European Centre for Disease Prevention and Control

Généralement, l'incidence des maladies évitables par la vaccination est inférieure en Belgique (5) à celle des 52 Etats composant la Région Européenne de l'OMS (6). Cette différence apparaît de manière nettement plus marquée au niveau de la rougeole, de la rubéole (7) et des oreillons que pour les autres maladies évitables par la vaccination.

Lorsque les maladies évitables par la vaccination deviennent rares, il est important de documenter le maintien ou non de leur présence dans les populations. Cela se fait dans le cadre de la surveillance des maladies. La déclaration active des cas est alors nécessaire. Celle-ci se fait soit via le réseau des laboratoires, soit via la déclaration des cliniciens. On constate par exemple que le nombre de cas de coqueluche est en hausse en Belgique alors qu'il diminue en Europe. Ce phénomène est vraisemblablement lié au fait que les pays qui présentent une amélioration de la couverture vaccinale contre la coqueluche sont en fait des pays qui avaient arrêté cette vaccination et qui l'ont reprise par la suite. En Belgique, comme dans d'autres pays, où il n'y a pas eu d'interruption dans la vaccination, on assiste à une augmentation du nombre de cas.

En ce qui concerne la rougeole, le Bureau Régional Européen de l'OMS s'est fixé pour objectif l'élimination de cette maladie en Europe pour 2010. En vue d'atteindre cet objectif, un plan national visant l'élimination de la rougeole a été élaboré en 2004 par le Comité pour l'Élimination de la Rougeole de Belgique^[7]. (8)

Tableau 6. Nombre de cas rapporté de maladies vaccinables en Belgique* et en Région européenne de l'OMS au cours du temps**

		1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Maladies									
Diphtérie	Belgique	0	-	0	1	1	0	0	0
	Europe	3202	1585	1386	1189	897	688	500	317
Rougeole	Belgique	81044 (1989)	-	83	-	44	61	26	15
	Europe	234827	37421	58364	46714	28199	29503	37332	52765
Oreillons	Belgique	-	-	6	-	94	56	70	54
	Europe	-	243344	160350	169110	188413	251003	242011	87572
Coqueluche	Belgique	0 (1991)	-	28	27	59	96	231	196
	Europe	129735	53675	31084	25176	25530	42220	26425	27910
Poliomyélite	Belgique	0	0	0	0	0	0	0	0
	Europe	346	0	4	0	0	0	0	0
Rubéole	Belgique	-	-	3	8	58	38	77***	ND
	Europe	-	621039	800469	617860	304390	263964	206359	193702
Tétanos	Belgique	2	-	3	1	1	2	3	1
	Europe	948	439	303	378	400	270	224	202

*source : WHO country profile 2007

**source : WHO European Region profile 2007

***source : ISP 2005

7. Ce comité a été créé en 2003 et est devenu en 2004 le «Comité pour l'Élimination de la Rougeole et de la Rubéole en Belgique».

- Les objectifs fixés par le programme de vaccination sont d'atteindre 95 % de couverture pour toutes les vaccinations recommandées et pour lesquelles les vaccins sont accessibles gratuitement dans le circuit de distribution des vaccins de la Communauté française.
- En ce qui concerne la rougeole, le Bureau Régional Européen de l'OMS s'est fixé pour objectif l'élimination de cette maladie en Europe pour 2010.

8. En Wallonie, il s'agit d'un échantillonnage en grappes avec une probabilité de tirage proportionnelle à la taille. En Région de Bruxelles-Capitale, l'échantillonnage est stratifié et proportionnel à la taille des populations d'enfants dans les 19 communes.

5. COUVERTURES VACCINALES

Depuis la mise en œuvre d'un véritable programme de vaccination, les couvertures vaccinales sont en augmentation constante.

Elles sont régulièrement établies par enquêtes : tous les 3 ans pour les enfants âgés de 18 à 24 mois et tous les ans dans les populations scolaires, alternativement en début de scolarité primaire et en sixième primaire.

5.1. COUVERTURES VACCINALES DES NOURRISSONS

Les enquêtes de couverture vaccinale financées par la Communauté française couvrent le territoire de la Communauté française à l'exception de Bruxelles. Par facilité, nous utiliserons l'expression «enquête en Wallonie» pour désigner ces enquêtes.

Les enquêtes de couverture vaccinale réalisées dans la Région de Bruxelles-Capitale sont financées par la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale. Nous y ferons référence en parlant de l'«enquête à Bruxelles».

Au niveau de la méthodologie, ces deux types d'enquêtes sont réalisés sur base d'un échantillonnage^[8] parmi les enfants âgés de 18 à 24 mois inscrits au registre de la population. Les deux enquêtes sont réalisées au cours d'une interview avec les parents au domicile de l'enfant et les données vaccinales sont récoltées sur base du carnet de l'enfant ou de la carte de vaccination.

Les objectifs fixés par le programme de vaccination sont d'atteindre 95 % de couverture pour toutes les vaccinations recommandées et pour lesquelles les vaccins sont accessibles gratuitement dans le circuit de distribution des vaccins de la Communauté française.

Les résultats de l'enquête de 2006 en Wallonie (la 7^{ème} enquête réalisée par Provac) (9) montrent que toutes les couvertures vaccinales ont augmenté depuis 2003 et que toutes les différences sont statistiquement significatives à l'exception du DTP/DT. Toutes les couvertures vaccinales dépassent le seuil de 90 %, hormis celle du RRO qui a néanmoins augmenté de 6,5 % depuis 2003.

La couverture vaccinale contre la polio qui était la seule à avoir diminué entre 1989 (98,1) et 2003 (92,3) (1) augmente de 2,6 % en 2006 (94,9 %). Le passage du vaccin OPV au vaccin IPV a occasionné un léger fléchissement de la couverture en 2003 qui ne s'est pas confirmé en 2006.

La couverture vaccinale contre l'hépatite B, vaccin recommandé en Communauté française depuis 1996 et disponible depuis 1999 dans le circuit de distribution, atteignait seulement 65 % en 2003. Elle augmente de près de 30 % en 2006 (92,7 %).

Enfin, la couverture vaccinale contre le méningocoque C, vaccin recommandé dans le calendrier vaccinal et distribué gratuitement depuis 2002, affiche une hausse de 11 % en 2006 (92,5 % en 2006 vs 81,5 % en 2003).

- Les enquêtes de couvertures vaccinales réalisées par Provac en 2006 montrent que toutes les couvertures vaccinales des **nourrissons** atteignent (pour l'hépatite B) ou dépassent les 93 %, hormis celle du RRO qui a néanmoins augmenté de 6,5 % depuis 2003 et est à présent de 89 %.

Tableau 7. Evolution des couvertures vaccinales des nourrissons de 1989 à 2006 (%) en Wallonie

	1989*	1991	1993	1996*	1999	2003	2006
Polio	98,1*	92,8 (90,8-94,5)	93,5 (91,8-95,2)	93,5	95,7 (94,3-97,2)	92,3 (90,2-94,4)	94,9 (93,0-96,9)
DTP/DT	58	67,9 (65,2-71,2)	74,1 (70,2-78,2)	73,7	84,8 (82,4-87,2)	92,7 (90,6-94,8)	94,7 (92,8-96,7)
Hib	ND-	ND-	20,1 (16,4-24)	65,2	85,8 (83,1-87,9)	87,4 (85,2-89,7)	93,7 (91,6-95,8)
Hép B	ND-	ND-	ND-	-	50,2 (46,8-53,6)	64,8 (60,2-69,3)	92,7 (90,2-94,8)
RRO	57,3	66,6 (63,5-71,2)	70,2 (66,2-74,4)	73,2	82,4 (79,8-85,0)	82,5 (79,7-85,4)	89 (86,3-91,8)
MénC	ND-	ND-	ND-	ND-	ND-	81,5 (78,7-84,2)	92,5 (90,2-94,8)

* Intervalles de confiance non disponibles ND : vaccination non disponible ou non recommandée à cette date.

Source : Provac

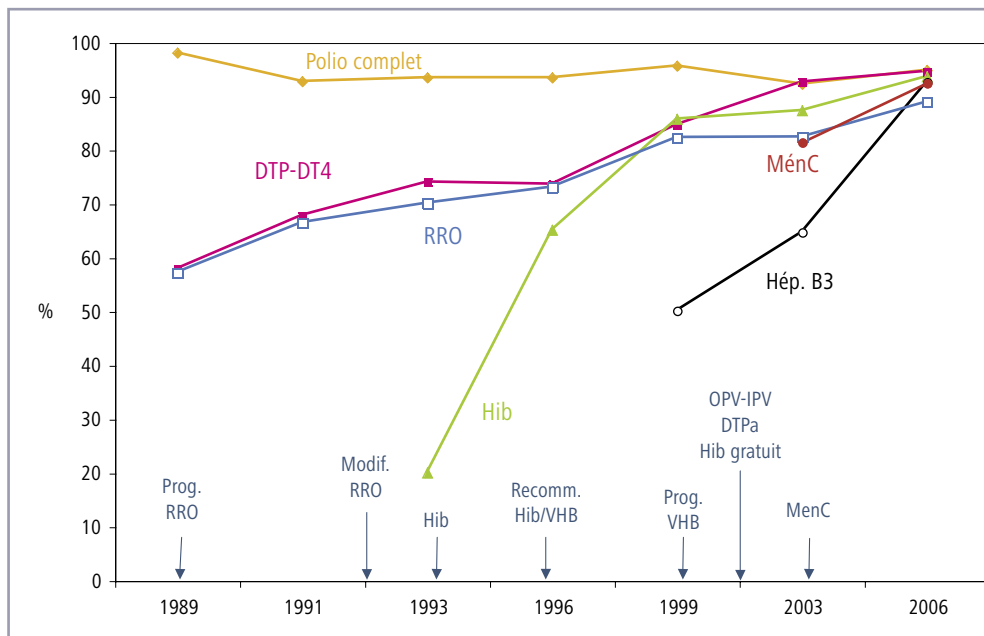


Figure 3. Evolution des couvertures vaccinales des nourrissons en Wallonie entre 1989 et 2006.

Source : Provac

Lors des enquêtes réalisées en 2006, on constate qu'en Wallonie, 84 % des enfants âgés de 18 à 24 mois ont reçu l'ensemble des doses de vaccins recommandées dans le schéma vaccinal, ce qui représente une augmentation de 34 % par rapport aux résultats de l'enquête de 2003. En Région de Bruxelles-Capitale, on observe un résultat similaire avec 83,7 % des enfants âgés de 18 à 24 mois correctement vaccinés. (10)

9. L'enquête en Région flamande réalisée en 2005 portait sur des enfants nés en 2003, ce qui implique que la vaccination contre l'hépatite B comportait 3 doses de vaccin puisque le vaccin hexavalent n'avait pas encore été introduit dans le programme de vaccination.

Comparaisons des taux de couverture au niveau interrégional (2005-2006)

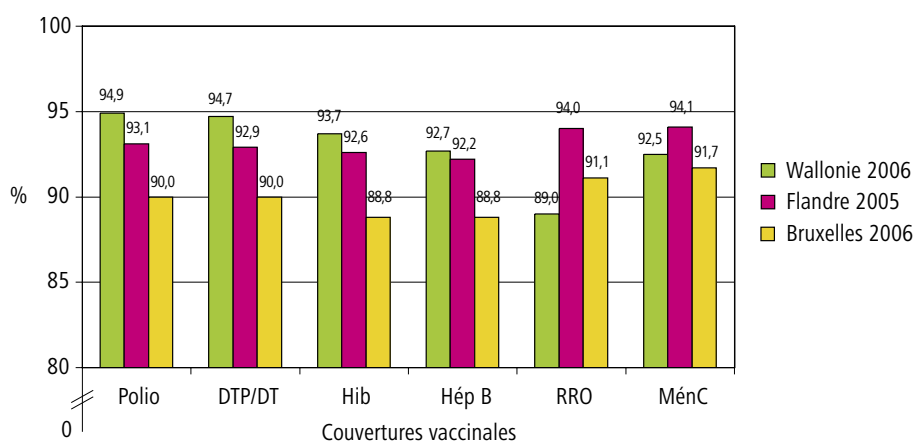
Pour pouvoir comparer la situation entre les différentes parties du pays, il faut considérer les résultats des enquêtes de couverture vaccinale de 2006 en Wallonie (9) et à Bruxelles (10) et celle de 2005 en Flandre (11)^[9].

La comparaison des couvertures vaccinales entre les 3 régions du pays montre que les couvertures sont plus faibles en Région bruxelloise^[10] pour tous les vaccins excepté le RRO. Les écarts de couvertures entre la Wallonie et la Région bruxelloise étaient déjà observés lors des enquêtes précédentes. Les variations les plus importantes entre la Région de Bruxelles-Capitale et les deux autres Régions sont relevées pour le Hib et l'hépatite B.

Les couvertures vaccinales en Communauté française, Bruxelles excepté, sont supérieures à celles de la Flandre, excepté pour le vaccin RRO et le méningocoque C.

Figure 4. Couvertures vaccinales complètes dans les 3 régions du pays en 2005-2006

Source : Provac et Vlaamse gemeenschap



10. Une partie seulement de cette différence pourrait être liée aux différences méthodologiques des enquêtes.

En ce qui concerne la vaccination contre les infections invasives à pneumocoques, le schéma de base recommandé par le Conseil Supérieur de la Santé comporte 4 doses jusqu'en juin 2006. Il existe également différents schémas de rattrapage en fonction de l'âge de l'enfant à l'administration de la 1^{ère} dose. En 2006, le vaccin n'était pas encore disponible dans le circuit vaccinal de la Communauté française et le coût du vaccin, disponible en pharmacie, était de 64 € par dose.

L'enquête de 2006 montre qu'en Wallonie, 46,5 % des enfants interrogés avaient reçu au moment de l'enquête la 1^{ère} dose de vaccin. Parmi ces enfants, 64 % avaient complété le schéma de vaccination en fonction de l'âge auquel ils avaient entamé leur vaccination.

En Région de Bruxelles-Capitale, près de 38 % des enfants avaient reçu la 1^{ère} dose de vaccin et 69 % d'entre eux avaient complété le schéma de vaccination en fonction de l'âge auquel ils avaient entamé leur vaccination.

Comparaisons des taux de couverture au niveau international (2006)

Le tableau 8 montre les résultats français, hollandais et allemands en 2006 comparés à ceux de l'enquête 2006 en Wallonie (9). Ces chiffres présentent la couverture vaccinale des 3 premières doses de vaccins et pour la vaccination contre l'hépatite B, une vaccination complète (c'est-à-dire pour les nourrissons en Communauté française 4 doses de vaccin hexavalent ou 3 doses suivant le schéma 0,1, 6 mois).

Les couvertures vaccinales pour la vaccination polio et diphtérie-tétanos-coqueluche sont tout à fait comparables dans les 4 pays. Par contre, le Hib3 mais surtout l'hépatite B sont en retard en France par rapport aux 3 autres pays. On mesure ici le tort que peut causer toute polémique concernant les effets secondaires supposés d'un vaccin, comme ce fut le cas pour l'association erronée de la sclérose en plaques avec la vaccination contre l'hépatite B en France.

Pour ce qui est de la couverture vaccinale RRO, seuls les Pays-Bas dépassent l'objectif des 95 % de couverture.

Tableau 8. Comparaison des couvertures vaccinales des nourrissons dans les pays limitrophes* et en Wallonie en 2006 (%)

Vaccin	France	Pays-Bas	Allemagne	Wallonie
Polio3	98	98	96	99,4
DTP/DT3	98	98	90	99,4
Hib3	87	97	94	98,2
HépB(complète)	29	ND	86	92,7
RRO	87	96	94	89

*source : WHO Country profile 2007

Couvertures vaccinales et déterminants socio-économiques

Pour éviter les inégalités sociales de santé en prévention vaccinale, il est utile d'identifier d'éventuels groupes à risque de moins bonne protection vaccinale et d'en définir les caractéristiques.

Dans la littérature internationale, la nationalité, le niveau d'études des mères, les revenus familiaux, le nombre d'enfants de la fratrie, ... représentent les caractéristiques socio-économiques qui sont le plus souvent associées à un risque de non-vaccination.

L'analyse des facteurs socio-économiques peut également être utile pour adapter les messages des campagnes de prévention en fonction des besoins des différents groupes cibles.

Lorsqu'on compare les résultats des enquêtes de couvertures vaccinales de 2006 en Région bruxelloise et en Wallonie, on constate que parmi les enfants enquêtés, une plus grande proportion d'entre eux vivent dans des ménages précaires à Bruxelles, avec un pourcentage plus important de ménages avec un temps de travail maximum d'un mi-temps (26,6 % en Région bruxelloise vs 21,5 % en Wallonie), de ménages avec un revenu maximum inférieur à 1.500 € (44,4 % en Région bruxelloise vs 30,8 % en Wallonie) et une fréquence plus élevée de mères sans études (5,3 % en Région bruxelloise vs 0,8 % en Wallonie).

D'une façon générale, les croisements de chaque vaccin avec les caractéristiques socio-économiques des parents ne montrent pas de différences statistiquement significatives pour les vaccins recommandés par le programme de vaccination. Par contre, ces mêmes croisements réalisés avec le taux de couverture vaccinale contre le pneumocoque montrent des écarts importants, toujours en faveur des milieux les plus favorisés et toujours de façon significative. Ces observations doivent être mises en lien avec le fait qu'il s'agit du seul vaccin qui, jusqu'en 2007, n'était pas disponible dans le circuit de distribution des vaccins de la Communauté française.

Il faut également souligner que les enfants étrangers non inscrits au registre de population (par ex : en situation illégale) ne sont, de facto, pas inclus dans l'échantillon.^[11]

11. Cependant, les consultations de l'O.N.E. sont ouvertes aux enfants en situation illégale et les vaccins leur sont accessibles. Pour les enfants qui fréquentent les consultations, aucune différence de couverture vaccinale n'a été mise en évidence pour quelques consultations analysées dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude en santé publique. Toutefois, l'accès aux structures préventives pourrait ne pas être toujours aussi aisé pour les enfants vivant ces situations de précarité et il serait intéressant d'essayer de mieux documenter leur état vaccinal.

Enfin, l'efficacité de la plupart des vaccins n'est entière que si toutes les doses nécessaires ont été administrées. Il est donc intéressant d'observer la qualité du suivi vaccinal selon le vaccinateur chez qui l'enfant a commencé sa vaccination, les deux principaux vaccinateurs de la petite enfance étant les médecins de l'O.N.E. et les pédiatres privés. De manière générale, on constate que les enfants qui fréquentent régulièrement les consultations de l'O.N.E. complètent mieux leur schéma vaccinal que ceux qui ne les fréquentent jamais ou de manière irrégulière.

Néanmoins, on n'observe pas de différence significative de couverture en fonction du vaccinateur chez qui l'enfant commence sa vaccination. L'enquête de 2003 avait montré que les enfants issus de familles à revenus plus faibles et qui commencent leur vaccination à l'O.N.E. avaient une plus grande probabilité de recevoir leur dernière dose de vaccin que s'ils avaient commencé leur vaccination chez le pédiatre. Ces résultats confirment bien le rôle essentiel de l'O.N.E. dans la réduction des inégalités sociales dans le domaine de la vaccination.

Ces différences étaient statistiquement significatives pour le polio-DTP/DT et pour le Hib. Elles restaient importantes pour le VHB3 mais n'étaient pas significatives. Toutefois, ces différences selon le vaccinateur ne sont plus observées en 2006 parmi les familles disposant d'un faible revenu.

CONCLUSION

Les enquêtes de couvertures vaccinales réalisées auprès d'enfants de 18 à 24 mois permettent de suivre l'évolution de la vaccination en Wallonie et à Bruxelles.

Il ressort des résultats des enquêtes de 2006 que les modifications du schéma vaccinal et l'introduction des nouveaux vaccins ont bien été suivies et ont permis une stabilisation vaccinale.

Le passage au vaccin hexavalent a permis l'amélioration considérable de la couverture vaccinale du vaccin contre l'hépatite B qui rejoint celles des vaccins DTP, IPV et Hib. L'effort financier consenti pour l'introduction de ce vaccin dans le circuit des vaccins de la Communauté constitue un investissement majeur pour le programme.

Les efforts fournis par le programme en termes de formation des professionnels et en information auprès des parents se sont concrétisés dans l'amélioration de la couverture RRO (+ 6 % en Wallonie, + 16 % en Région bruxelloise). Si les efforts se maintiennent, on peut espérer atteindre l'objectif de l'O.M.S. d'élimination de la rougeole dans notre pays pour 2010.

L'organisation du programme de vaccination permet actuellement de bien contrôler les inégalités sociales de santé dans le champ de la prévention vaccinale. Il est indispensable de maintenir une bonne cohésion entre les différents intervenants de la vaccination pour maintenir ce contrôle. Il faut tout mettre en œuvre pour protéger et renforcer l'accès des populations les plus défavorisées aux consultations de l'O.N.E.

Les enquêtes de couvertures vaccinales ne renseignent pas la situation pour les enfants dont les parents ne sont pas officiellement inscrits aux registres de population des communes. Il serait intéressant de parvenir à documenter la situation vaccinale des enfants de parents non inscrits pour confirmer l'accessibilité de tous à la prévention vaccinale.

L'adhésion des parents à la prévention vaccinale reste importante. Lors de l'enquête de couverture vaccinale réalisée en 2006 en Wallonie, un seul enfant n'avait reçu aucun vaccin (0,2 %), un enfant n'avait reçu que le vaccin contre la polio (0,2 %) et 6 enfants n'avaient pas reçu les vaccins contre l'hépatite B et la rougeole-rubéole-oreillon (1,2 %). La situation en Région bruxelloise est similaire. Les taux de refus pour les vaccins recommandés et distribués par la Communauté française restent donc extrêmement limités. Il est donc essentiel de maintenir cette adhésion pour les nouvelles vaccinations en poursuivant et améliorant les stratégies de communication du programme.

5.2. COUVERTURES VACCINALES DES ENFANTS EN ÂGE SCOLAIRE

Enquêtes auprès des services PSE

Pour les populations scolaires, les enquêtes de couvertures vaccinales se basent sur les données vaccinales disponibles, fin juin, dans les dossiers médicaux tenus à jour par les équipes PSE, d'un échantillon de classes représentatives de la Communauté française mais aussi des provinces ainsi que du type de service (PSE libre, PSE communal, PSE provincial ou CPMS).

Depuis 1996, une enquête est organisée chaque année alternativement soit en 6^{ème} primaire soit en 1^{ère} ou 2^{ème} primaire (depuis la suppression de la visite médicale en 1^{ère} primaire par le décret PSE).

Ces enquêtes mettent en évidence les couvertures des vaccinations recommandées à 5-6 ans et à 11-12 ans.

Ces enquêtes ciblent la population scolaire, tous réseaux d'enseignement confondus en Communauté française, y compris donc les élèves francophones de la région de Bruxelles-Capitale.

La qualité des informations récoltées est en nette progression : si au début des années 90, le taux de données manquantes était proche de 40 %, il n'était plus que de 12 % lors de la dernière enquête de 2005-2006. Ceci démontre l'amélioration du système de récolte d'informations vaccinales mis en place par les services PSE.

Couvertures vaccinales première dose et seconde dose RRO

Cette surveillance des couvertures concerne en premier lieu la vaccination RRO. En effet suivant l'objectif européen d'élimination de la rougeole pour 2010, il est essentiel de suivre les couvertures pour les 2 doses de vaccin RRO. L'objectif est également d'atteindre 95 % de couverture pour les 2 doses.

La figure 5 présente les résultats des couvertures RRO enregistrés par les différentes enquêtes réalisées en milieu scolaire.

Les couvertures sont en nette progression depuis le début des mesures par enquête.

Ces progressions sont le reflet d'une part de l'amélioration de la collecte des données vaccinales chez les enfants et d'autre part d'une augmentation réelle de la vaccination RRO chez les élèves.

Ainsi, la couverture estimée pour les élèves de 2^{ème} primaire en Communauté française en 2004-2005, c'est-à-dire nés en 1997 est de 81 % pour le RRO1 (12), celle du RRO2 mesurée en 2005-2006 en 6^{ème} primaire est de 70,5 %. (13)

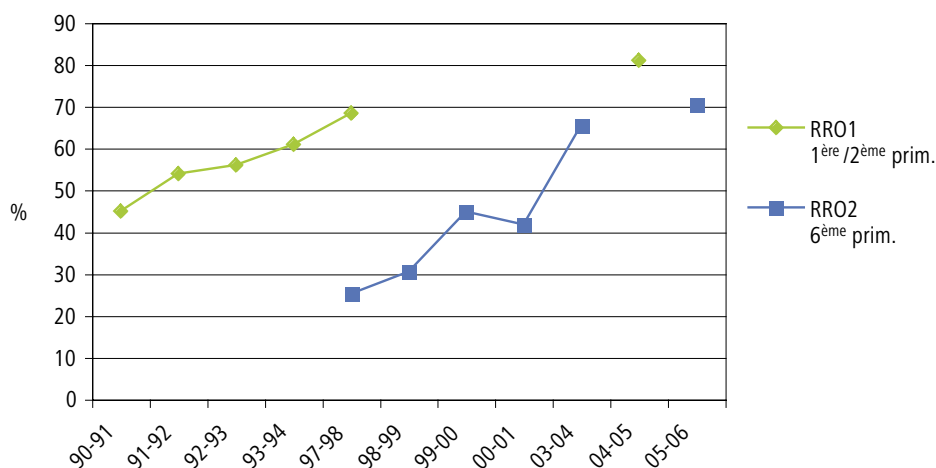


Figure 5. Evolution des couvertures vaccinales RRO1 et RRO2 chez les élèves de primaire entre 1990 et 2006 en Communauté française.
Source : Provac

Couvertures vaccinales hépatite B en sixième primaire

Le programme de vaccination contre l'hépatite B a été introduit en 1999 dans le programme de la Communauté française.

La vaccination contre l'hépatite B à 11-12 ans a nécessité des efforts très importants de la part des services de médecine scolaire pour pouvoir l'organiser et réaliser les 3 doses de vaccins nécessaires au cours d'une même année scolaire.

De moins de 10 % de couverture lorsque la vaccination était opportuniste et laissée uniquement à la charge de la médecine privée, la couverture est à présent 68,6 %. La vaccination réalisée par les services PSE et la mise à disposition du vaccin dans le circuit de distribution ont joué un rôle majeur dans cette augmentation de la couverture vaccinale.

La nette amélioration enregistrée depuis 2003 pour les vaccinations de 11-12 ans est liée à la reconnaissance de la mission vaccination des PSE dans le nouveau décret de 2002.

Figure 6. Evolution des couvertures vaccinales RRO2 et VHB3 chez les élèves de 6^{ème} primaire entre 1996 et 2006 en Communauté française.

Source : Provac

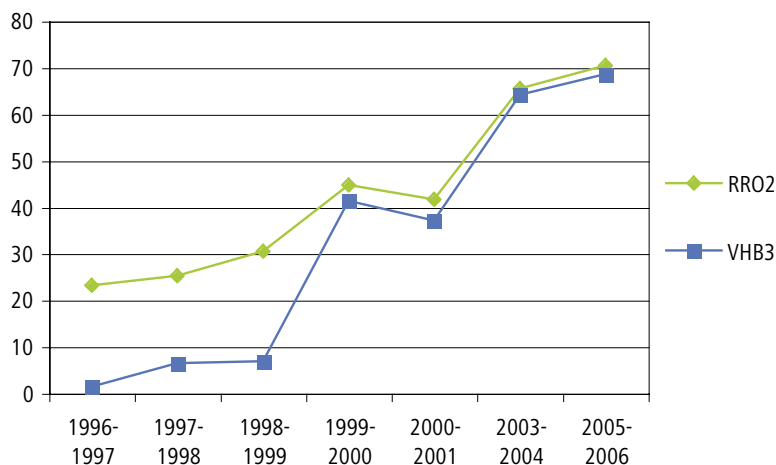
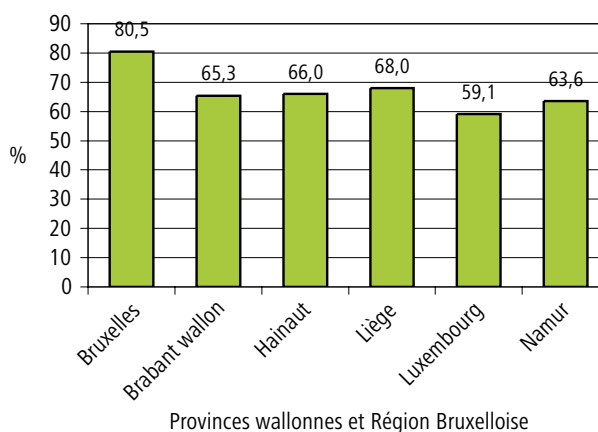


Figure 7. Couverture vaccinale VHB3 chez les adolescents par province.

Source : Provac



La couverture vaccinale des adolescents contre l'hépatite B est la plus élevée en Région bruxelloise et est la plus faible en province du Luxembourg.

Couverture vaccinale de la dose de rappel DTPa-Polio à 5-6 ans

La couverture vaccinale de la dose DTPa-IPV de rappel prévue à 5-6 ans a été calculée pour la première fois en 2^{ème} primaire lors de l'enquête de 2004-2005 (12). Cette enquête concerne donc des enfants âgés de plus de 7 ans. Cette vaccination n'atteint que 69 %, elle est essentiellement réalisée par la médecine privée en raison de la suppression de la visite médicale scolaire en 1^{ère} année primaire.

Comparaison interrégionale avec la Flandre

En 2005, une enquête a été réalisée en Flandre auprès d'un échantillon de la population des adolescents de 13-14 ans (11). La méthodologie de cette enquête est fort différente de celles réalisées en Communauté française. Il s'agit ici d'une enquête par échantillonnage en grappes auprès de la population.

Les couvertures ainsi établies pour ces adolescents sont de 75,7 % pour la vaccination hépatite B (3 doses), 74,6 % pour deux doses de RRO.

Comparés aux 68,6 % pour la couverture VHB3 et 70,5 % pour le RRO2 obtenus dans la dernière enquête réalisée en Communauté française, les taux de Flandre peuvent paraître sensiblement meilleurs. Néanmoins, il faut tenir compte à la fois de ce que les méthodes d'enquêtes sont différentes et qu'en Flandre, la deuxième dose de RRO est administrée en 5^{ème} primaire et la vaccination contre l'hépatite B en 1^{ère} secondaire. Ces différences de calendrier peuvent expliquer en partie les écarts de couvertures.

CONCLUSION

En conclusion, les enquêtes réalisées en milieu scolaire fournissent des renseignements précieux comme indicateurs de résultat mais également comme indicateurs de processus. Elles permettent de réajuster en permanence et rapidement les stratégies vaccinales à mettre en œuvre.

5.3. COUVERTURES VACCINALES DES ADULTES

Dans la population adulte générale, deux vaccinations sont recommandées dans le schéma vaccinal à **tous les adultes** : celle contre le tétanos et celle contre la diphtérie. Ces deux vaccinations doivent être renouvelées tous les 10 ans. **A partir de 65 ans** (ou plus tôt si on appartient à un groupe cible^[12]), le schéma vaccinal recommande les vaccinations contre la grippe et contre les infections invasives à pneumocoques. La vaccination contre la grippe se fait chaque année, celle contre les infections invasives à pneumocoques est réalisée une fois avec un rappel après 5 ou 7 ans.

Au niveau de la population adulte, aucune enquête générale systématique de couverture vaccinale n'est réalisée. L'Enquête de Santé par Interview réalisée en 2004 par l'Institut Scientifique de la Santé Publique (ISP) (14) fournit néanmoins quelques informations sur la santé vaccinale des adultes en Belgique. Ces informations n'ont pas le même statut que celles recueillies au travers des enquêtes de couvertures vaccinales dans la mesure où elles ne reposent sur aucun document officiel de vaccination (tel qu'une carte de vaccination) mais uniquement sur la déclaration des répondants.

12. voir AVIS CSS 8354, vaccination contre la grippe saisonnière. (www.health.fgov.be)

Situation en 2004

Tétanos

Lors de la dernière enquête nationale de santé (2004) (14), 69 % des personnes interrogées (15 ans et +) en Wallonie et 59 % à Bruxelles ont déclaré avoir été vaccinés contre le tétanos.

Le nombre de personnes qui déclare avoir été vaccinées contre le tétanos diminue progressivement avec l'âge. En Wallonie, alors que 90 % des personnes âgées de 15 à 24 ans ont été vaccinés contre le tétanos, seulement 46 % le sont dans chez les personnes âgées de 75 ans et plus. On observe la même tendance à Bruxelles (83 % chez les 15-24 ans et 36 % chez les 75 ans et +).

Au niveau du sexe, les hommes, en Wallonie, sont significativement plus nombreux que les femmes à déclarer avoir été vaccinés contre le tétanos : 77 % versus 65 %. A Bruxelles, on n'observe pas de différence significative entre les hommes (61 %) et les femmes (58 %).

Grippe

En 2004, 20 % des personnes interrogées à Bruxelles et 21 % en Wallonie, déclarent avoir été vaccinés contre la grippe au cours des 12 derniers mois.

A l'inverse du vaccin contre le tétanos, le taux de couverture de vaccin pour la grippe augmente avec l'âge dans les deux régions. Le taux de couverture est faible chez les 15-24 ans dans les 2 régions (4 % en Wallonie et 2 % à Bruxelles). Près de trois quarts des personnes de 75 ans et plus déclarent avoir été vaccinées dans les deux régions.

Ces résultats en fonction de l'âge doivent vraisemblablement être mis en relation avec les campagnes médiatiques menées ces dernières années.

Pneumocoque

A Bruxelles et en Wallonie, 10 % des personnes de 45 ans et plus ont déclaré avoir été vaccinés contre le pneumocoque au cours des 5 dernières années.

Evolution de la couverture vaccinale

La figure 8 montre l'évolution des couvertures vaccinales entre 1997 et 2004.

Par rapport aux enquêtes précédentes (1997/2001), la couverture vaccinale contre le **tétanos** a diminué dans les deux régions. En Wallonie, la couverture passe de 74 % à 69 % et à Bruxelles, elle diminue de 70 % à 59 %. Cette diminution n'est significative qu'à Bruxelles après correction pour l'âge et le sexe.

On observe par contre une amélioration de la couverture vaccinale contre la **grippe** au cours du temps dans les deux régions et plus particulièrement en Wallonie. A Bruxelles, la couverture est passée de 17 % en 1997 à 20 % et en Wallonie de 13 % à 21 %. Après standardisation pour l'âge et le sexe, l'amélioration de la couverture vaccinale reste significative dans les deux régions.

L'introduction récente de la vaccination contre les infections invasives à pneumocoques ne permet pas encore de mesurer une évolution dans le temps. En 2004, près de 13 % des personnes âgées de 45 ans et + déclarent avoir été vaccinés au cours des 5 dernières années.

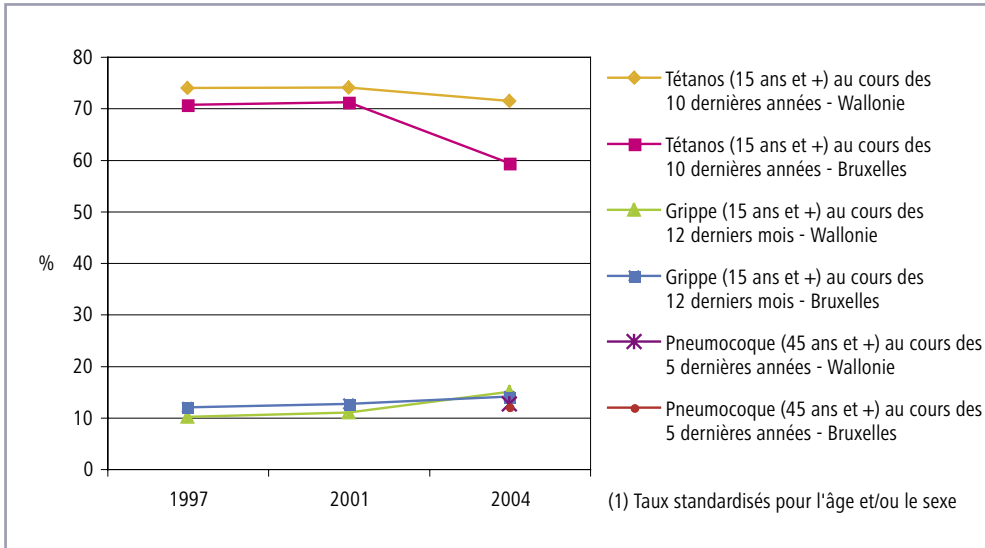


Figure 8. Evolution des couvertures vaccinales adultes en Wallonie et à Bruxelles (1997, 2001, 2004) (1)
Source : ISP

Comparaison des couvertures au niveau interrégional (2004)

L'Enquête de Santé de l'ISP (2004) montre qu'au niveau de la vaccination contre le **tétanos**, le nombre de personnes qui déclarent avoir été vaccinées au cours des 10 dernières années est plus élevé en Wallonie qu'à Bruxelles et qu'en Flandre.

Il apparaît également que le nombre de personnes qui déclarent avoir été vaccinées contre les **infections invasives à pneumocoques** au cours des 5 dernières années est plus élevé en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre.

La vaccination contre la **grippe** est par contre plus souvent réalisée en Flandre qu'en Wallonie et qu'à Bruxelles.

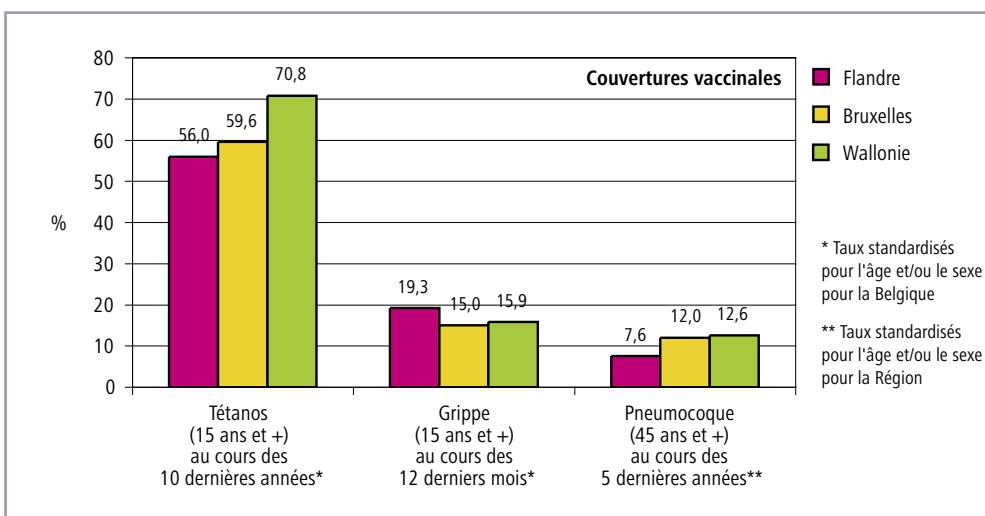


Figure 9. Couvertures vaccinales adultes dans les 3 régions en 2004.
Source : ISP

Le tableau ci-dessous montre que la diminution observée entre 1997 et 2004 pour la couverture vaccinale contre le **tétanos** est nettement plus importante en Région bruxelloise et en Flandre. Par contre, l'augmentation observée pour la vaccination contre la **grippe** est plus importante en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles.

Tableau 9. Evolution de la vaccination adulte contre le tétanos et la grippe entre les 3 régions, en % (1997, 2001, 2004) ⁽¹⁾

		1997	2001	2004
Tétanos (15 ans et +)	Flandre	61,7	60,5	56,0
	Bruxelles	70,6	71,1	59,3
	Wallonie	73,9	74,0	71,4
Grippe (15 ans et +)	Flandre	13,1	16,4	20,1
	Bruxelles	11,9	12,6	14,0
	Wallonie	10,1	10,9	14,9

(1) Taux standardisés pour l'âge et/ou le sexe

Source : ISP

Couvertures vaccinales et déterminants socio-économiques

Niveau d'instruction

En 2004, on constate que les personnes âgées de 15 ans et plus avec un faible niveau d'instruction présentent une moins bonne couverture vaccinale contre le **tétanos** en Belgique. Cette variation n'est pas observée pour les couvertures vaccinales contre la **grippe** et les **infections invasives à pneumocoques**.

La couverture vaccinale contre le tétanos est moins bonne en Flandre mais elle varie moins, après standardisation, en fonction du niveau d'instruction (58,4 % parmi les personnes ayant terminé leurs études primaires ou sans étude vs 57,8 parmi les personnes ayant terminé des études supérieures) qu'à Bruxelles (46 % parmi les personnes ayant terminé leurs études primaires ou sans étude vs 65,8 % parmi les personnes ayant terminé des études supérieures) et, dans une moindre mesure, qu'en Wallonie (66 % parmi les personnes ayant terminé leurs études primaires ou sans étude vs 76 % parmi les personnes ayant terminé des études supérieures).

Nationalité

Les personnes de nationalité européenne non belge et les personnes de nationalité non européenne présentent une moins bonne couverture vaccinale contre le tétanos que les personnes de nationalité belge (respectivement 59 %, 41 % et 61 %). La différence entre le taux de couverture des personnes de nationalité non européenne et les personnes appartenant aux deux autres groupes reste significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

On observe la même tendance pour la couverture vaccinale contre la grippe (24 % parmi les personnes de nationalité belge, 18 % parmi les personnes de nationalité européenne non belge et 6 % parmi les personnes de nationalité non européenne). Les différences observées entre chaque groupe restent significatives après standardisation pour l'âge et pour le sexe.

Les groupes cibles

En ce qui concerne la vaccination contre la grippe, on constate qu'en Belgique, les populations plus jeunes qui présentent une maladie chronique ont une couverture moins bonne que les populations plus âgées (1 % chez les 15-24 ans, 11 % chez les 25-34 ans, 71 % chez les 75 ans et plus).

Au niveau des Régions, on constate que la couverture vaccinale des groupes cibles contre la grippe est meilleure en Flandre (51 %) qu'en Wallonie (47 %) et surtout qu'à Bruxelles (42 %). On constate, par contre, dans les 3 régions des taux très faibles chez les personnes plus jeunes.

Cette tendance est également observée parmi les groupes à risque d'infections invasives à pneumocoques pour les 3 régions.

CONCLUSION

Parmi les résultats présentés, on retiendra que les couvertures vaccinales des adultes contre la grippe et contre les infections invasives à pneumocoques ne varient pas en fonction du niveau d'instruction alors que c'est le cas de la couverture vaccinale contre le tétanos dans les Régions Bruxelloise et Wallonne. Si ces résultats mettent en évidence l'impact positif des politiques menées pour les vaccinations contre la grippe et contre les infections invasives à pneumocoques, ils invitent également à élargir ces politiques à la vaccination contre le tétanos.

La diminution de la couverture vaccinale, particulièrement importante en Région bruxelloise, doit être impérativement arrêtée et les médecins généralistes devraient être encouragés à inverser cette tendance.

Enfin, au niveau des groupes cibles, les taux de couverture vaccinale contre la grippe et les infections invasives à pneumocoques restent faibles. Ils sont particulièrement insuffisants chez les personnes les moins âgées. Les campagnes de sensibilisation devraient être élargies aux groupes à risque présents dans les classes d'âge plus jeunes.

- *D'une façon générale, les croisements de chaque vaccin avec les caractéristiques socio-économiques des parents ne montrent pas de différences statistiquement significatives pour les vaccins recommandés par le programme de vaccination des nourrissons. Il est indispensable de maintenir une bonne cohésion entre les différents intervenants de la vaccination pour maintenir ce contrôle des inégalités sociales de santé.*

6. INTERVENANTS

La cellule vaccination de la Direction générale de la santé et Provac (association interuniversitaire ULB - Ulg - UCL) coordonnent le programme de vaccination en Communauté française.

Le programme dispose, depuis décembre 2006, d'un Comité de coordination intersectorielle (CCIV), groupe de travail qui réunit des représentants :

- du cabinet de la Ministre de la Communauté française ayant la santé dans ses compétences
- de la Cellule Vaccination de la Direction Générale de la Santé
- du Collège des Pédiatres de l'O.N.E.
- de la Société Scientifique de Médecine générale
- du Groupement belge des Pédiatres de langue française
- de la Commission Promotion de la Santé à l'école, médecins et infirmiers
- des services de Promotion de la Santé des Mutuelles
- du service communautaire de communication : Question Santé
- de l'Institut de Santé Publique, Comité d'élimination de la rougeole
- du service de surveillance des maladies transmissibles
- de l'inspection des services PSE et de l'inspection des infirmières CPMS.
- ainsi que l'équipe de chercheurs de Provac.

Ce programme mobilise ainsi les différents intervenants de la vaccination autour d'objectifs communs en vue de protéger au mieux la population des maladies évitables par la vaccination.

Il s'appuie sur des démarches intersectorielles et transversales.

Les structures préventives de la Communauté, l'Office de la naissance et de l'enfance (O.N.E.) et les services de Promotion de la santé à l'école (PSE), jouent un rôle majeur dans la protection vaccinale des nourrissons et des jeunes. La médecine privée est associée aux efforts déployés en faveur de la vaccination à la fois auprès des enfants mais aussi auprès des adultes. Le programme met en effet gratuitement à disposition des vaccinateurs privés et institutionnels les vaccins utiles pour la vaccination des enfants et des jeunes jusqu'à l'âge de 18 ans.

6.1. VACCINATEURS DES NOURRISSONS

Les principaux vaccinateurs des nourrissons wallons et bruxellois sont les médecins de l'O.N.E. et les pédiatres privés.

Les résultats des enquêtes de couverture de 2003 et 2006 montrent que les parts respectives de ces deux vaccinateurs restent stables pour les vaccins recommandés et distribués dans le circuit de la Communauté française. On relève également depuis plusieurs années le faible rôle du médecin généraliste dans la vaccination du nourrisson.

50 à 55 % des nourrissons wallons sont vaccinés par l'O.N.E. et 40 à 45 % par les pédiatres et les services hospitaliers. En Région bruxelloise, la part de la vaccination O.N.E./Kind en Gezin (O.N.E./K&G) des nourrissons est de plus de 10 % supérieure à celle des Wallons. Les pédiatres et les services hospitaliers, quant à eux, sont responsables des vaccinations de près de 30 % des enfants bruxellois.

Lors de l'enquête de 2006, seul le vaccin contre le pneumocoque, qui n'était pas encore introduit dans le circuit de la Communauté française, était administré dans 60 % des cas par les pédiatres.

En général, les enfants issus de familles plus défavorisées – que ce soit sur le plan du revenu parental, du niveau d'instruction de la mère ou temps d'occupation professionnelle parentale – fréquentent davantage une consultation O.N.E. (O.N.E./K&G) que les enfants issus de milieux familiaux plus favorisés qui fréquentent davantage les pédiatres privés. Il en est de même pour les enfants provenant d'une famille monoparentale ou de mère d'origine étrangère.

6.2. VACCINATEURS DES ENFANTS EN ÂGE SCOLAIRE ET DES ADULTES

Pour la vaccination des enfants à 5-6 ans, les médecins privés (pédiatres et généralistes) sont les premiers vaccinateurs, les services PSE interviennent plus en vaccination de rattrapage lors de la visite médicale de 2^{ème} primaire.

Par contre pour la vaccination des 11-12 ans, le rôle de la médecine scolaire est essentiel car sur l'ensemble des élèves vaccinés, 43 % le sont par les services PSE et CPMS et 57 % par les médecins privés.

Pour les adultes, la vaccination est réalisée par les médecins généralistes.

6.3. ACTEURS DE LA PROMOTION DE LA VACCINATION

La promotion de la vaccination en Communauté française a pour objectif de développer une «culture de la vaccination». Plutôt que de se centrer uniquement sur la prévention de l'une ou l'autre maladie, elle souligne pour chaque individu l'importance et le rôle de la prévention vaccinale tout au long de sa vie.

Les divers outils de promotion du programme sont développés en collaboration avec le service communautaire de communication de la Communauté «Question Santé», le service de promotion de la santé de l'O.N.E., les représentants de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) et des services de Promotion de la Santé à l'École (PSE).

Les efforts de promotion de la vaccination sont soutenus par le Conseil Supérieur de Promotion de la Santé notamment en permettant l'accès aux espaces audiovisuels réservés à la Communauté en vertu de la législation en vigueur.

- *De manière générale, on constate que les enfants qui fréquentent régulièrement les consultations de l'O.N.E. complètent mieux leur schéma vaccinal que ceux qui ne les fréquentent jamais ou de manière irrégulière.*
- *L'adhésion des parents à la prévention vaccinale est importante.*

- *Les principaux vaccinateurs des nourrissons wallons et bruxellois sont les médecins de l'O.N.E. et les pédiatres privés. Pour les enfants de 5-6 ans, les médecins privés sont les premiers vaccinateurs, les services PSE interviennent plus en vaccination de rattrapage lors de la visite médicale de 2^{ème} primaire.*
- *La nette amélioration enregistrée depuis 2003 pour les vaccinations de 11-12 ans est liée à la reconnaissance de la mission vaccination des PSE dans le nouveau décret de 2002.*

7. ACTIVITÉS RÉALISÉES SELON LES OBJECTIFS DU PCO

Pour le programme de vaccination, l'objectif de niveau 1 du PCO est de *«susciter l'adhésion maximale de la population et des professionnels aux recommandations vaccinales résumées dans le calendrier vaccinal approuvé par le Gouvernement de la Communauté française (c'est-à-dire, selon le cas, augmenter ou maintenir les taux de couverture vaccinale). Il faut aussi adopter des stratégies adaptées pour les populations fragilisées et les migrants.»*

Cet objectif se décline suivant 3 objectifs de niveau 2 :

1. Développer les connaissances et la motivation de la population vis-à-vis de la vaccination
2. Permettre l'accès maximal aux vaccins des publics cibles retenus par la Communauté française
3. Assurer la cohérence et la pertinence du programme de vaccination

Afin de rencontrer ces objectifs, la cellule Provac a mis en œuvre différentes actions dont les principaux résultats sont présentés ci-après (15).

7.1. DÉVELOPPER LES CONNAISSANCES ET LA MOTIVATION DE LA POPULATION VIS-À-VIS DE LA VACCINATION

Des actions spécifiques ont été réalisées. Elles visaient, d'une part, la population générale, plus particulièrement les parents de nourrissons et d'enfants en âge scolaire, et, d'autre part, le public professionnel des structures préventives (O.N.E., services PSE et CPMS) et de première ligne (médecins généralistes et pédiatres).

En ce qui concerne les parents, ces actions spécifiques sont réalisées au travers de dépliants et de brochures qui sont mis à jour en fonction de l'évolution des recommandations vaccinales. («Quels vaccins pour protéger votre bébé ?», «L'âge des rappels de vaccination», «Vacciner ? Mieux comprendre pour décider»)

A l'intention des professionnels, il s'agit essentiellement d'activités liées à la formation continue (travailleurs médico-sociaux de l'O.N.E., équipes médicales des services PSE et CPMS, médecins généralistes), de l'édition d'un Guide «Pour une vaccination de qualité en milieu scolaire» et de la distribution d'un «kit vaccination» à tous les jeunes médecins qui entament leur spécialisation en médecine générale.

Ces actions s'inscrivent dans la continuité; elles seront poursuivies au cours des prochaines années du PCO et adaptées en fonction de l'actualité vaccinale.

7.2. PERMETTRE L'ACCÈS MAXIMAL AUX VACCINS DES PUBLICS CIBLES RETENUS PAR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

En pratique, l'efficacité théorique de la prophylaxie vaccinale ne sera atteinte que si la couverture vaccinale est élevée. Pour ce faire, il faut pouvoir garantir un large accès aux vaccins pour les groupes de population concernés.

La garantie de la liberté du choix du vaccinateur est un deuxième paramètre important à respecter dans l'organisation de notre système de soins.

Pour garantir à la fois cette liberté de choix et l'accès aux vaccins, le programme a développé le concept de «titre d'accès aux vaccins». Ce système permet au programme de fournir aux publics cibles qu'il a définis un droit d'accès aux vaccins qui leur sont destinés, tout en respectant leur choix du médecin vaccinateur.

Depuis 2001, ce «titre d'accès aux vaccins» pour la vaccination des nourrissons se présente sous forme de vignettes insérées dans le Carnet de l'enfant en collaboration avec l'O.N.E. qui assure la distribution de ce carnet à tous les nouveau-nés. Si l'on considère le prix de l'ensemble des vaccins proposés aux nourrissons, ce feuillet avait une valeur potentielle de 150 € en 2006 et de près de 300 € en 2007. 90 % des parents de nourrissons, interrogés lors des enquêtes de couvertures vaccinales se montrent très satisfaits de ce système.

Suivant les mêmes principes d'accessibilité aux vaccins et de liberté de choix du vaccinateur, une distribution des vignettes est organisée via les services PSE et CPMS auprès des élèves de 3^{ème} maternelle et de 6^{ème} primaire. Elle assure l'accès aux vaccins utiles pour les vaccinations de 5-6 ans et de 11-12 ans. Ce système semble cependant moins satisfaisant que celui des nourrissons et doit être évalué.

7.3. ASSURER LA COHÉRENCE ET LA PERTINENCE DU PROGRAMME DE VACCINATION

Diverses activités ont été réalisées afin d'assurer la cohérence et la pertinence du programme de vaccination. Ces activités ont été poursuivies selon 3 axes de travail : tout d'abord celui, essentiel, de la concertation intersectorielle, ensuite celui de l'évaluation et enfin celui de la réflexion sur l'organisation du centre de référence vaccination, dans le cadre de l'Arrêté sur la prévention.

Fin 2005, dans le cadre de la Semaine européenne de la vaccination proposée par le bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Provac a organisé le colloque «Élimination de la rougeole». Ce colloque s'inscrivait dans la poursuite des efforts de sensibilisation des professionnels à l'objectif d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale dans la région pour 2010. Au cours de ce colloque, il a été montré comment la cohérence du programme par rapport à l'objectif d'élimination de la rougeole est assurée par l'organisation concertée de diverses stratégies : législatives, administratives, de communication, de diffusion d'outils d'éducation à la vaccination et de formation.

En 2007, au cours de la Semaine européenne de la vaccination, Provac a réuni des experts ayant pour thème : «Politique vaccinale en Communauté française : maintenir et promouvoir l'accessibilité à une prévention de qualité ?»

Toujours soucieux de la collaboration avec tous les intervenants de la vaccination, Provac organise régulièrement des demi-journées décentralisées qui permettent un échange en proximité avec les équipes des services PSE et CPMS. Enfin il faut rappeler le partenariat avec l'O.N.E., déjà mentionné plus haut, plus particulièrement avec le Collège des Pédiatres et le Service Éducation Santé pour réaliser la brochure «Vacciner ? Mieux comprendre pour décider».

Afin de favoriser la cohérence de la politique vaccinale, un «Comité de concertation intersectorielle de la vaccination» a été créé offrant ainsi un lieu de concertation entre tous les intervenants de la vaccination.

L'évaluation régulière des couvertures vaccinales permet de suivre l'adhésion de la population aux recommandations émises par le programme pour contrôler les maladies évitables par la vaccination. Les recommandations se modifiant au cours du temps, il est essentiel d'en vérifier le suivi. Cela se fait par des enquêtes d'une part auprès d'échantillons d'enfants de 18 à 24 mois pour la vaccination des nourrissons (enquêtes réalisées tous les 3 ans) et d'autre part auprès d'un niveau scolaire soit la 6^{ème} primaire soit la deuxième primaire en alternance.

8. PERSPECTIVES

Les perspectives présentées ci-dessous sont celles reprises dans le projet quinquennal 2006-2011 élaboré par Provac. (16)

8.1. UN PROGRAMME STRUCTURÉ DE VACCINATION

Dans le cadre du décret de promotion de la santé et du PCO, est inscrite la création d'un centre de référence vaccination. L'association Provac est pressentie pour devenir ce centre.

Le CCIV est actuellement constitué en groupe de travail mais sa légitimité et son rôle doivent être mieux définis dans le cadre du centre de référence.

8.2. L'ÉLIMINATION EUROPÉENNE DE LA ROUGEOLE ET DE LA RUBÉOLE CONGÉNITALE POUR 2010

En raison de l'adhésion de la Belgique à l'objectif européen d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en 2010, une attention particulière doit être accordée à la vaccination RRO : mieux vacciner (2 doses), mieux diagnostiquer, mieux surveiller, mieux informer.

Cela implique nécessairement de mettre au point des procédures efficaces et efficaces de déclaration des nouveaux cas de rougeole et de gestion des épidémies en milieu scolaire, de poursuivre l'augmentation des couvertures vaccinales tant chez les nourrissons qu'auprès des enfants d'âge scolaire, de mettre au point des stratégies de communication vis-à-vis des professionnels de la santé, des directions et des enseignants ainsi que des parents et des adolescents, de participer aux semaines européennes de vaccination.

8.3. ÉLARGISSEMENT DE LA PRÉVENTION VACCINALE ET FINANCEMENT DE LA VACCINATION

L'élargissement de la prévention vaccinale à d'autres pathologies constitue un véritable défi pour le programme de vaccination. Le principe d'équité et de lutte contre l'instauration d'inégalités sociales en matière de vaccination sous-tend la façon dont les stratégies sont mises en œuvre ainsi que la priorité accordée au maintien du financement de l'achat des vaccins par l'état.

Le financement de cet élargissement vaccinal est souvent perçu comme le problème majeur en raison notamment des modalités de dotations budgétaires des différentes entités fédérées.

Il est indispensable de dégager de nouvelles pistes de négociations avec l'autorité fédérale pour assurer la pérennité d'un programme de vaccination de qualité.

8.4. CRÉATION DU REGISTRE DE VACCINATION EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE ET MAINTIEN DES ENQUÊTES DE COUVERTURES VACCINALES

La création d'un registre doit répondre à trois conditions : l'utilité, la faisabilité et l'acceptabilité. Ces trois critères devront être rencontrés tant par les professionnels de santé que par les bénéficiaires. Les différents types d'acteurs doivent par conséquent avoir des intérêts à participer au registre.

La mise en place d'un registre pose une multitude de questions touchant différents secteurs autres que le domaine strictement sanitaire (protection de la vie privée, déontologie médicale éthique, ...) questions qui nécessiteront des réponses avant la mise en place concrète du registre.

Le développement d'une banque centralisée de données vaccinales (registre de vaccination) doit être considéré comme un des enjeux majeurs des 5 prochaines années.

Ce développement impliquera des choix en matière de collecte de données tant pour les structures préventives (O.N.E. et Services PSE et CMS) que pour les médecins privés.

Les possibilités informatiques existent mais elles nécessiteront un travail important d'harmonisation entre les différents partenaires.

8.5. ADHÉSION DE LA POPULATION AU CALENDRIER VACCINAL

Bien que peu de parents soient opposés à la vaccination, elle suscite néanmoins des inquiétudes et est parfois remise en question; les maladies contre lesquelles les nouveaux vaccins protègent ne sont plus aussi spectaculaires que celles qui provoquaient les épidémies de poliomyélite ou de variole; la gravité potentielle de maladies comme la rougeole est sous-estimée; la létalité et la morbidité liées à la coqueluche ou aux maladies invasives (*Haemophilus influenzae* de type b ou infection invasives à pneumocoques) sont ignorées. De plus, il existe une focalisation exacerbée sur les risques éventuels liés à la vaccination allant de paire avec la recherche d'un risque zéro.

Etant donné les nouveaux vaccins bientôt disponibles, il faut continuer à développer la confiance des parents dans la protection vaccinale en fournissant une information correcte sur les maladies contre lesquelles on vaccine, tout en répondant à leurs inquiétudes légitimes.

De plus en plus, il faut admettre que la pratique vaccinale soulève des questions en termes de responsabilité non seulement individuelle mais aussi collective, et en termes de gestion de l'incertitude et du risque. Actuellement, la vaccination n'est plus considérée uniquement comme la protection d'un individu; on vise la protection de communautés entières (éviter des épidémies, protéger les personnes pour qui les maladies peuvent avoir des conséquences plus graves) et même l'éradication, à l'échelle planétaire de plusieurs maladies. Il s'agit donc bien de participer au développement d'une *culture vaccinale* au sens le plus large du terme.

But et perspectives :

- *création d'un centre de référence de vaccination*
- *élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale au niveau européen pour 2010*
- *élargissement de la prévention vaccinale à d'autres pathologies*
- *financement de la vaccination*
- *création d'un registre de vaccination en Communauté française*
- *maintien des enquêtes de couverture vaccinale*
- *adhésion de la population au calendrier vaccinal.*

9. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Swennen B. et Robert E. *Couverture vaccinale des nourrissons en Communauté française de 1989 à 2003*. Direction Générale de la Santé, Provac, Communauté française 2006.
2. Conseil Supérieur de la Santé. *Calendrier vaccinal de base pour les nourrissons et les enfants en âge scolaire recommandé en 2007*.
3. Conseil Supérieur de la Santé. *Calendrier vaccinal adulte recommandé en 2007*.
4. UNICEF Statistics 2007, <http://childinfo.org/areas/childmortality/infantdata.php> (26/07/2007)
5. W.H.O. Vaccine Preventable Diseases Monitoring System. 2007 Global summary. http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofileselect.cfm (08/10/2007)
6. W.H.O. Vaccine-preventable disease monitoring system. Global summary 2007. United Nations, New York. *World Population Prospects : The 2006 Revision. 2007*. http://www.who.int/vaccines/globalsummary/immunization/GS_EURProfile.pdf (08/10/2007)
7. Institut Scientifique de Santé Publique, Section d'Epidémiologie. Surveillance des Maladies Infectieuses par un Réseau de Laboratoires de Microbiologie 2005. Tendances Epidémiologiques 1983 - 2004. Avril 2007 - Rapport : D/2006/2505/29 <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/plabfr/plabanfr/index05.htm#2005>.
8. Comité pour l'Élimination de la Rougeole et de la Rubéole en Belgique, 2007. *Élimination de la Rougeole et de la Rubéole en Belgique*. Rapport d'activités 2006.
9. Robert E. et Swennen B. *Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Communauté française en 2006 (Bruxelles excepté)*. Provac-ULB, Direction Générale de la Santé de la Communauté française.
10. Robert E. et Swennen B. *Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale en 2006*. ULB, Ecole de Santé Publique.
11. H. Theeten, C. Vandermeulen, M. Roelants, K. Hoppenbrouwers, A.M. Depoortere, P. Vandamme. *Vaccinatiegraad bij kinderen van 18-24 maanden en adolescenten (13-14 jaar) in Vlaanderen in 2005*. http://www.wvc.vlaanderen.be/epibul/57/vaccinatiegraad_bij_kinderen.htm
12. Provac. Rapport d'activités 2004-2005.
13. Provac. Rapport d'activités 2005-2006.
14. Bayingana K., Demarest S., Gisle L., Hesse E, Miermans P.J., Tafforeau J., Van der Heyden J. Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004. Service d'Epidémiologie, 2006; Bruxelles. Institut Scientifique de Santé Publique, N° de Dépôt : D/2006/2505/3, IPH/EPI REPORTS N° 2006 - 034
15. Swennen B., Miermans M.C., Levie K. *Plan communautaire opérationnel - Vaccination*. Education Santé, n° 224, juin 2007
16. Swennen B., Miermans M.C., Levie K. *Projet quinquennal 2006-2011*. Provac.

10. POUR EN SAVOIR PLUS

1. Direction Générale de la Santé : <http://www.sante.cfwb.be/>
2. Conseil Supérieur de la Santé : www.health.fgov.be
3. Organisation Mondiale de la Santé : www.who.int/fr/
4. Institut Scientifique de Santé Publique : www.iph.fgov.be

CAHIER 3 LA PRÉVENTION DU SIDA ET DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Auteurs : Parent F., Martens V.

Relecture : Coppieters Y., Genotte AF., Leclercq D., Sasse A.

1. INTRODUCTION

Ce cahier relatif à la thématique de la prévention du SIDA et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) en Communauté française de Belgique présente certaines données sans prétendre constituer une image complète relative à cette problématique. En effet, deux difficultés majeures doivent être signalées :

- la complexité de la situation, qui nécessiterait une analyse spécifique par public cible;
- le manque de données, notamment en ce qui concerne les comportements (et leurs déterminants) d'un certain nombre d'acteurs autres que le public cible qui ont des liens complexes avec la problématique.

La figure 1 (voir page suivante), issue des «Stratégies Concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA en Communauté française» (SCSS) (1), permet de mieux cerner la place (ou les limites) des données proposées dans ce cahier. Les SCSS sont un processus participatif, représentatif des acteurs du secteur de la prévention IST/SIDA et de la promotion de la santé. Ce processus vise à définir un cadre de référence (objectifs, stratégies et indicateurs d'évaluation) pour l'action, sur base d'analyses de situation pour différents publics cibles. Ces analyses de situation sont élaborées à partir de données quantitatives, dont certaines sont présentées dans ce cahier du Tableau de bord, et de données qualitatives, issues de recherches mais également des constats réalisés par les acteurs de terrain (un aperçu de ces constats est proposé dans certains encarts). La figure 1 ci-après, inspiré de la méthodologie Precede-Proceed de Green et Kreuter (2), est une synthèse de ces analyses de situation qui envisage différents diagnostics (épidémiologique, social, comportemental, environnemental, institutionnel, éducationnel, démographique, biologique et autres). Il précise notamment, dans le diagnostic comportemental, les publics cibles (directs et indirects) concernés de manière prioritaire par l'action sur le terrain.

Dans la mesure où ce Tableau de bord est un outil d'aide à la décision, cette partie fera abondamment référence aux Stratégies concertées afin de proposer une articulation entre des données quantitatives (dans les limites des remarques ci-dessus) et une vision de la complexité de la problématique.

Une deuxième précision concerne la comparabilité des données présentées. Celles-ci concernent des publics très différents, dont certains sont difficilement accessibles. Pour cette raison, les méthodologies d'enquêtes sont très variées en ce qui concerne l'échantillonnage, la formulation des questions et le mode d'administration notamment. Les éventuelles comparaisons doivent donc se faire avec la plus grande prudence.

La présentation des données relatives à la thématique des IST/SIDA suit le canevas général donné au Tableau de bord et ne se réfère pas directement au schéma ci-contre, même si des similitudes en termes systémiques existent.

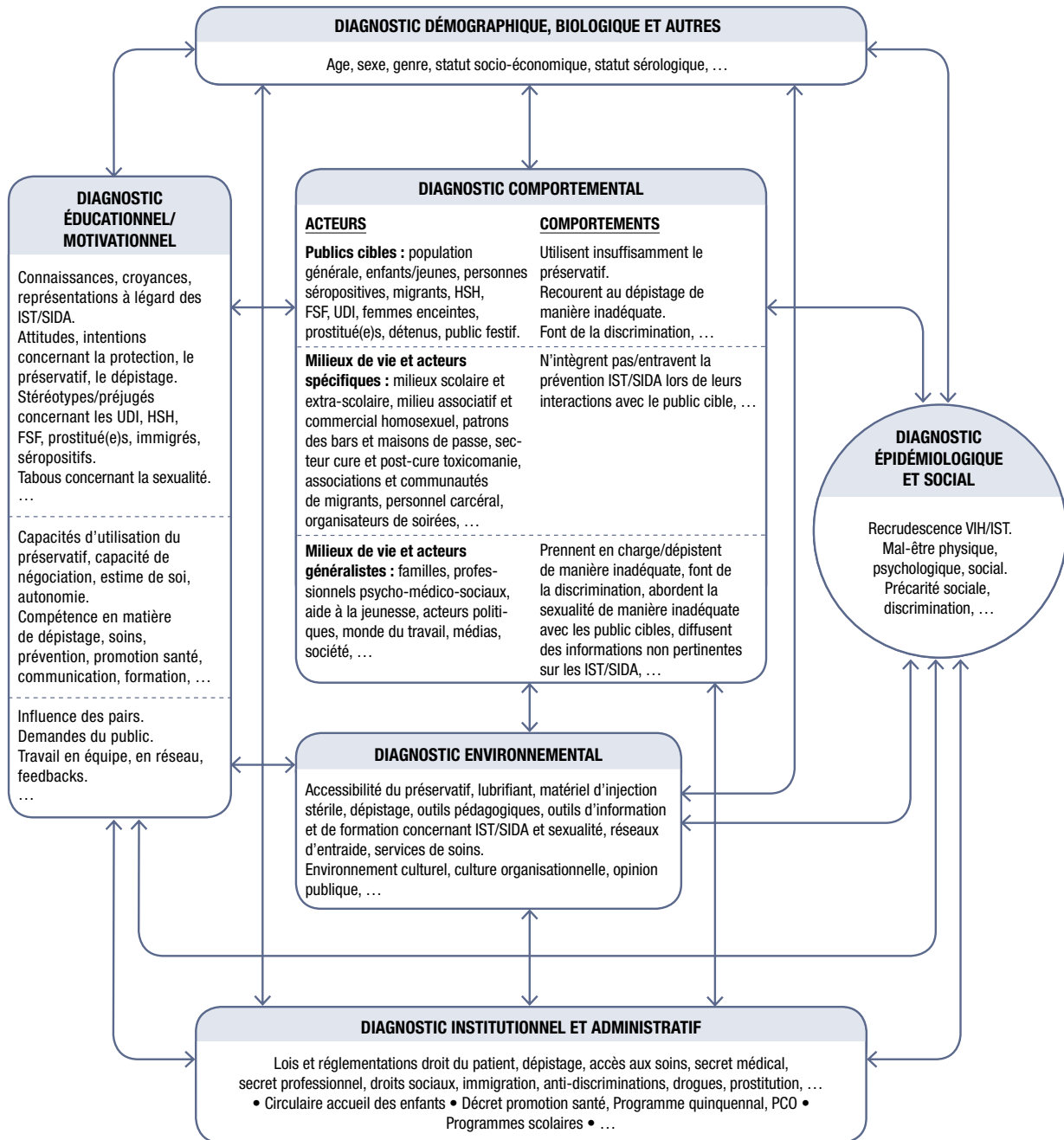


Figure 1. Synthèse des analyses de situation pour l'ensemble des publics cibles.

Source : Stratégies concertées IST/Sida, 2006

2. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE (COLLECTIF ET INDIVIDUEL)

2.1. DONNÉES CONCERNANT LE VIH/SIDA

En Belgique, au cours des vingt dernières années (1985-2006), le nombre total cumulé de personnes ayant reçu un diagnostic d'infection au VIH est compris entre 18 959 et 20 085 (les données insuffisantes pour 1 126 d'entre elles empêchent d'exclure l'hypothèse de doubles enregistrements). Parmi ces personnes, environ une sur cinq (3 641) a reçu un diagnostic de SIDA maladie (3). Le nombre moyen de nouveaux diagnostics VIH par jour se situe dans un intervalle étroit allant de 1,8 à 2,9, selon les années (4).

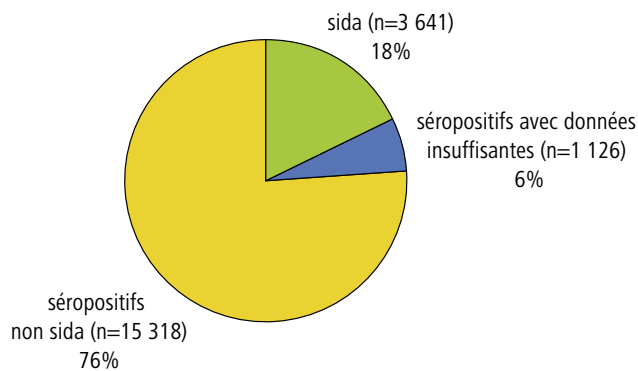


Figure 2. Total cumulé des infections VIH diagnostiquées au 31 décembre 2006 en Belgique.

Source : Institut Scientifique de Santé Publique.

La région de résidence est connue pour 11 711 de ces personnes, dont 7 494 vivaient en Communauté française (Wallonie-Bruxelles) au moment du diagnostic. Une majorité d'entre elles étaient de nationalité non-belge (figure 3) (ISSP, données non publiées).

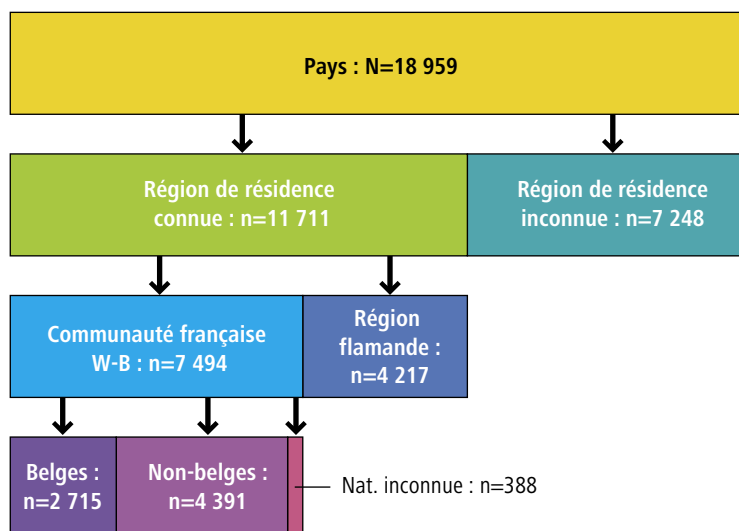


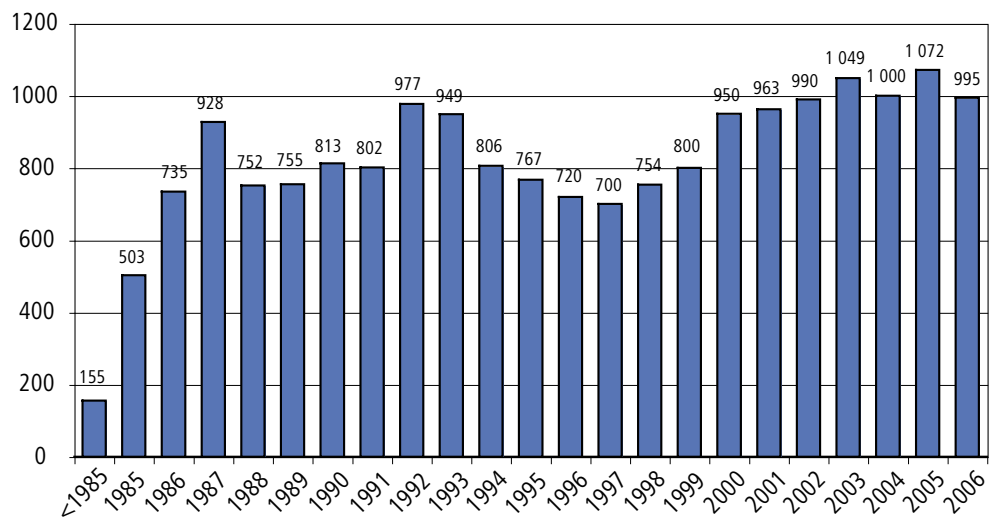
Figure 3 : Répartition des diagnostics VIH par région de résidence, période 1985-2006.

Source : Institut Scientifique de Santé Publique (données non publiées)

En ce qui concerne l'évolution des nouveaux diagnostics enregistrés annuellement (voir graphique ci-après), après une baisse observée entre les années 1992 et 1997, on a assisté à une recrudescence de plus de 50 % de 1997 à 2003. En 2005, un pic de 1 072 diagnostics VIH a été enregistré, ce qui équivaut à une moyenne de près de trois nouveaux cas diagnostiqués par jour (4). Pour l'année 2006, 995 cas ont été enregistrés (3).

Figure 4. Evolution du nombre de nouveaux diagnostics VIH par année.

Source : Sasse A., Defraye A., ISSP 2006.



On estime actuellement que de 10 000 à 12 000 personnes vivent avec le VIH dans le pays.

Il existe certaines données concernant la prévalence du VIH dans des groupes spécifiques. Elle était estimée en 2004 à 2,3 % en Région bruxelloise parmi les personnes prostituées féminines (5), à 10 % parmi les homo-/bisexuels masculins en Communauté française (6) et à 8 % parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse (7). Elle est de 10 à 15 fois supérieure chez les détenus selon les études (8-9) en comparaison de la population générale.

- Les données épidémiologiques ne concernent que les personnes ayant réalisé un test de dépistage. Il existe donc dans la population un nombre indéterminé de personnes séropositives ne connaissant pas leur statut sérologique. Par conséquent, les données présentées représentent des sous-estimations.

Données au niveau européen

En 2005, pour 50 des 53 **pays de la Région Europe** de l'OMS, 80 758 nouveaux diagnostics d'infection au VIH ont été enregistrés. Dans la région OMS d'**Europe de l'Ouest**, le taux de nouveaux diagnostics a augmenté fortement entre 1998 et 2005, passant de 40 à 75 par million d'habitants.

En 2005, pour l'ensemble des pays de l'**Union européenne** (à l'exception de l'Espagne et l'Italie), 26 894 nouveaux diagnostics d'infection au VIH ont été enregistrés, soit un taux d'incidence moyen de 69,4 par million d'habitants. La Belgique se situe au-dessus de cette moyenne, avec un taux d'incidence de 102,3 par million d'habitants. Le mode de transmission probable est mentionné pour 20 808 nouveaux diagnostics. Le mode de transmission par contacts hétérosexuels est prédominant (55 %); vient ensuite le mode de transmission par contacts hétérosexuels (34 %). On estime à 30 % la proportion d'infections au VIH qui ne sont pas diagnostiquées dans l'Union (10).

3. FACTEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET GÉOGRAPHIQUES

Les groupes d'âges les plus touchés au cours des années 1985-2005 sont celui des 30-34 ans pour les hommes (mais celui des 35-39 ans pour la période 2003-2005) et celui des 25-29 ans chez les femmes. Le sex ratio hommes/femmes pour l'ensemble des personnes infectées depuis 1985 était de 1,6 au 31 décembre 2005 et a peu varié depuis une vingtaine d'années (4).

L'âge moyen des patients adultes au moment du diagnostic s'est légèrement accru au cours du temps. Il était de 37 ans parmi les patients belges (11) et 32,9 ans parmi les non-belges au cours des années 1992-1996 (ISSP, données non publiées) et de 38,8 ans parmi les Belges et 34,7 ans parmi les non-belges au cours des années 2001-2005 (ISSP, données non publiées).

On observe des différences importantes entre les populations de personnes séropositives belges et non belges :

- Le nombre de patients séropositifs (de 1985 à 2006) est de 5 546 patients belges (29 %) et 8 354 patients non belges (44 %). Pour les 5 059 autres patients (26 %), la nationalité est inconnue (ISSP 2007, à paraître).
- Le sex ratio (H/F) en 2005 était de 0,8 pour la population non belge et de 5,2 pour la population belge (4).

La Région bruxelloise, les provinces de Liège, d'Anvers, du Brabant wallon, du Brabant flamand et du Hainaut présentent, par ordre décroissant, les taux d'infection cumulés les plus élevés (4).

3.1. DONNÉES DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ

En 2005, on estimait que 8 200 patients étaient suivis médicalement en Belgique (ISSP 2007, données non publiées).

A partir de 1996, les diagnostics de SIDA maladie et la mortalité ont fortement diminué à la suite de l'apparition des traitements antirétroviraux, pour se stabiliser depuis 1998. Concernant la mortalité liée au SIDA (données 1985-2005), on observe que parmi les 3 537 malades, 1 811 étaient décédés, 521 étaient perdus de vue, et 1 205 étaient en vie et suivis médicalement à la fin 2005 (4).

3.2. DONNÉES SUR LES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LES HÉPATITES

Depuis la fin des années 1990, le réseau des Laboratoires Vigies a enregistré en Belgique une recrudescence de certaines IST après une diminution régulière ou une stabilisation les dix années précédentes. Le nombre d'infections gonococciques a triplé entre 1996 et 2003 et le nombre de cas d'infections à chlamydia a doublé lors de cette période (12). Par ailleurs, une augmentation des cas de *Treponema pallidum* (syphilis) a également été enregistrée à partir de l'année 2001, après une longue période de faible endémicité. Une augmentation est encore observée entre 2004 et 2005 pour ces trois IST (ISSP 2007, données non publiées).

Le tableau 1 montre que la Région flamande fournit la plus grande proportion de cas d'infections. Les diagnostics de Chlamydia ont été posés majoritairement chez des femmes qui mentionnent une orientation hétérosexuelle. Ceux de syphilis et de gonorrhées ont été posés majoritairement chez des hommes qui mentionnent une orientation homo-/bisexuelle (13).

Tableau 1 : Répartition des cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Treponema pallidum* (syphilis) selon la région de résidence des patients, année 2005, en %

Région	<i>Chlamydia trachomatis</i> (N=2 091)	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (N=441)	<i>Treponema pallidum</i> (syphilis) (N=359)
Bruxelles	30	26	18
Flandre	51	59	62
Wallonie	15	11	16
Inconnue	4	4	4

Source : Institut Scientifique de Santé Publique 2007, à paraître

La proportion d'infections par le virus de l'hépatite C parmi les usagers de drogues injecteurs a augmenté de 47 à 67 % entre 1997 et 2002 selon le système de monitoring de la Communauté française. Une diminution a ensuite été observée en 2003 et 2004 tout en restant à un niveau élevé (respectivement 57 et 61 %). En ce qui concerne l'hépatite B, une diminution a été observée entre 1997 jusqu'en 2002 suivie d'une forte augmentation, passant de 9 à 29 % en 2004 en Communauté française (7).

- Dans certains groupes de population, la recrudescence des IST est considérée comme un indicateur d'une augmentation des comportements à risque. De plus, l'infection par une IST augmente la vulnérabilité vis-à-vis du VIH.
- Chez les usagers de drogues injecteurs, la coinfection par le virus de l'hépatite C avec le VIH augmente le risque de développement d'une hépatite chronique.

3.3. GROUPES CIBLES ET VULNÉRABILITÉ

Les données relatives aux modes de transmission mettent en évidence des groupes cibles qui cumulent divers facteurs de vulnérabilité : les personnes migrantes, les homo-/bisexuels masculins et les injecteurs de drogues. D'autres groupes présentent également un cumul de vulnérabilités et ont été identifiés comme groupes cibles d'intervention dans le cadre des Stratégies concertées (1) : les femmes enceintes et les femmes séropositives ayant récemment accouché, les personnes prostituées (de sexe féminin et masculin), les détenu(e)s, le public festif, les enfants et les jeunes, et enfin les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes. La population générale a été identifiée comme public cible car une prévention de base reste nécessaire. Elle inclut également les différents groupes précités ainsi que des individus qui peuvent traverser des situations de vulnérabilité. Par ailleurs, des actions de prévention doivent concerner les personnes séropositives et leurs partenaires. En effet, les conséquences de la séropositivité constituent une vulnérabilité supplémentaire et les personnes séropositives peuvent jouer un rôle actif dans la prévention des nouvelles contaminations.

- *Les groupes spécifiques sont définis sur la base de différents critères qui rendent compte de leur vulnérabilité accrue à l'égard du VIH et des IST et/ou en raison de certaines caractéristiques psycho-sociales qui les rendent difficilement accessibles par les messages généraux. Les stratégies sont basées sur la réduction des risques, sur l'action dans le milieu de vie ainsi que sur la réduction de l'impact psychologique et social de l'infection au VIH (1).*

Pour l'ensemble de ces publics, une problématique transversale a été mise en évidence dans le cadre des SCSS : l'existence de discriminations dans divers secteurs de la vie sociale. La discrimination nuit à la qualité de vie ainsi qu'à l'intégration sociale et professionnelle des personnes, et représente un frein à la prévention, au dépistage et au traitement.

En Belgique, 69 % de la population approuve une ou plusieurs affirmations à caractère discriminatoire envers les personnes séropositives (exemple : refuser de partager un repas ou de laisser ses enfants avec une personne séropositive, considérer qu'un patron doit pouvoir licencier une personne atteinte du SIDA, etc.). Le pourcentage d'hommes et de femmes qui ont une attitude discriminatoire envers des personnes séropositives est identique (69 %). Ils sont 54 % parmi les 15-24 ans, 56 % chez les 25-54 ans et 79 % chez les 55 ans et plus. La discrimination augmente donc avec l'âge et est associée à un faible niveau d'instruction (14).

- *Depuis l'apparition des nouveaux traitements antirétroviraux (ARV) à la fin des années 1990, la grande majorité des personnes séropositives bénéficient d'une espérance de vie croissante et d'une qualité de vie améliorée. À côté de ces résultats positifs, les personnes séropositives peuvent rencontrer des difficultés pour se protéger et protéger leurs partenaires contre le VIH/SIDA et les autres IST ainsi que pour suivre les traitements parfois lourds qui leur sont prescrits. Elles sont aussi parfois confrontées à des discriminations dans divers secteurs de la vie sociale comme ceux des soins, de l'éducation, des assurances, des institutions d'accueil et d'hébergement ou dans la vie de tous les jours. Les personnes les plus précarisées vivent dans des conditions qui empêchent l'adoption de comportements favorables à leur propre santé (1).*

Du fait de la complexité de la problématique et du cumul de diverses vulnérabilités, il n'est pas possible de développer une approche de santé spécifique pour chaque public cible. Des exemples peuvent être cités à partir du diagnostic et social réalisé pour chacun dans le cadre des Stratégies concertées, auxquelles nous renvoyons pour plus de détails (1) :

- Pour les personnes séropositives : la discrimination, la précarité sociale, le handicap mental/physique, l'adhésion au traitement.
- Pour les migrants : la précarité sociale, le racisme, l'accès aux soins et l'accès aux droits et à l'aide sociale.
- Pour les usagers de drogues intraveineuses (UDI) : la discrimination, la précarité sociale, les incarcérations, l'exclusion sociale, les prévalences hépatites B et surtout C élevées et l'illégalité de la consommation.
- Pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes (FSH) : la discrimination, le mal-être (suicide, dépression), l'homophobie.
- Pour le public festif : les problèmes associés à la consommation de drogues licites ou illicites et au contexte spécifique.
- Pour les détenus : la surpopulation, la consommation de psychotropes et de drogues illicites, les morts subites et overdoses, l'analphabétisme, les violences, et le manque d'accès aux soins et à la prévention.
- Pour la population générale : le mal-être (suicide, dépression), le taux de chômage.
- Pour les enfants et les jeunes : le mal-être (suicide, dépression), la confiance en soi et l'estime de soi, le sentiment de bonheur, l'exposition insuffisante aux programmes d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle.
- Pour les femmes enceintes : le dépistage et la prise en charge de mauvaise qualité, le manque de qualité de vie des (futurs) parents séropositifs.
- Pour les prostituées féminines : la migration, la mobilité, l'usage de drogues, l'accès aux soins.
- Pour les prostitués masculins : la précarité sociale, l'absence de couverture sociale, l'usage de drogues, les problèmes d'identité sexuelle, le niveau d'instruction faible, la mobilité et les violences.

- *La complexité des problématiques de promotion de la santé nécessite des réponses également multiples et complexes en termes d'interventions sur les plans éducationnel, environnemental et institutionnel.*

4. COMPORTEMENTS ET FACTEURS ÉDUCATIONNELS

Cette partie présente les données relatives aux modes de transmission du VIH, aux moyens de protection (utilisation du préservatif), aux prises de risque (sexuelles ou liées à l'injection de drogues) et au dépistage.

4.1. MODES DE TRANSMISSION

L'augmentation des nouveaux diagnostics observée ces dix dernières années est essentiellement due aux modes de transmission par contacts hétérosexuels et homosexuels. La transmission par injection intraveineuse de drogues est stable. Comme le montrent les données de l'année 2005, la transmission par voie hétérosexuelle est prédominante parmi les personnes d'origine étrangère et la transmission par voie homo-/bisexuelle est prédominante parmi les Belges (4).

- *Il est utile de préciser que chaque année, les informations relatives aux modes de transmission manquent pour environ 30 % des diagnostics enregistrés.*

Tableau 2. Répartition des patients par mode de transmission et origine, Belgique, année 2005, en %

Mode de transmission	Population belge (N=266)	Population non belge (N=440)
Contacts homo-/bisexuels	62	14,8
Injection i.v. de drogue	1,5	1,8
Homo-/bisexuels + drogue i.v.	-	0,2
Hémophilie	-	0,5
Antécédents de transfusion	1,1	5,7
Contacts hétérosexuels	35,0	75,9
Mère/Enfant	0,4	1,1

Source : Institut Scientifique de Santé Publique, 2006.

On observe des nuances concernant les modes de transmission en fonction des catégories d'âges. Ainsi, chez les patients belges, les données montrent que les contacts homo-/bisexuels sont prédominants dans toutes les catégories, sauf chez les cinquante ans et plus, où les contacts hétérosexuels prédominent. Par ailleurs, la proportion de personnes infectées par injection de drogues intraveineuse diminue avec l'âge (4).

Tableau 3. Modes de transmission du VIH chez les patients belges par catégories d'âges, années 2003-2005, en %

Mode de transmission	15-24 ans	25-34 ans	35-49 ans	≥ 50 ans
Homo-/bisexuels	62,3	61	61,8	41,9
Hétérosexuels	29,5	31	34,3	58,1
Injection IV drogue	8,2	7,4	2,2	-
Autres risques	-	0,6	1,7	-

Source : Institut Scientifique de Santé Publique, 2006.

Au niveau de la Communauté française Wallonie-Bruxelles, la répartition par mode de transmission selon la nationalité est très comparable à celle observée pour l'ensemble du pays, comme le montre le tableau 4.

Tableau 4 : Répartition des patients par mode de transmission et origine, Communauté française, année 2005, en %

Mode de transmission	Population belge (N=99)	Population non belge (N=218)
Homo-/bisexuels	62	16,5
Injection i.v. drogue	3	2,0
Homo-/bisexuels + drogue i.v.	-	0,5
Contacts hétérosexuels	32	80,0
Autres	3	1,0

Source : Institut Scientifique de Santé Publique 2007 (données non publiées).

4.2. COMPORTEMENTS DE PROTECTION ET PRISES DE RISQUE

Dans le cadre de l'enquête de santé par interview de 2004 (14), 7 % de la population déclaraient être sexuellement actifs sans être engagé dans une relation stable. Les auteurs de l'enquête estiment que ce groupe présente un risque potentiel plus élevé de contracter une IST. Les hommes, les jeunes, les personnes ayant un niveau d'instruction faible, les personnes résidant en zone urbaine et celles qui sont domiciliées en Région bruxelloise sont proportionnellement plus nombreux à être dans cette situation de risque accru (les différences ne sont pas significatives pour ce dernier facteur).

Parmi ces personnes, 56 % ont utilisé un préservatif comme moyen de protection contre les IST dans les douze mois précédant l'enquête. Les jeunes sont proportionnellement plus nombreux à déclarer l'utilisation du préservatif, ainsi que les personnes qui ont un niveau d'instruction élevé. L'utilisation du préservatif est moins fréquente en Flandre (50 %) qu'à Bruxelles (67 %) et en Région wallonne (64 %). Les pourcentages sont identiques pour les deux sexes.

Une enquête menée parmi les jeunes d'âge scolaire en Communauté française montre que parmi les jeunes de 15 à 18 ans ayant déjà eu une relation sexuelle, le pourcentage de ceux qui déclarent toujours utiliser le préservatif est passé d'environ 40 % en 1994 et 1998 à près de 60 % en 2002 (15).

Dans une population consultant un centre de dépistage anonyme et gratuit du VIH situé à Bruxelles en 2004, 53 % des personnes hétérosexuelles, 63 % des homosexuelles et 47 % des bisexuelles disaient utiliser toujours un préservatif. Quarante-sept pourcent des personnes hétérosexuelles, 37 % des homosexuelles et 53 % des bisexuelles disaient ne l'utiliser que de manière irrégulière ou jamais. Les principales raisons de la non-utilisation des préservatifs avancées par les consultants du centre étaient le manque de sensation (35,6 %), la non-disponibilité du préservatif (22,8 %), la non-fiabilité présumée du préservatif (15,9 %), la difficulté d'en parler lors de la relation (13,1 %) et la difficulté d'utilisation (12,4 %) (16).

Dans une enquête par auto-questionnaire menée parmi près d'un millier d'homosexuels masculins en Communauté française en 2004-2005 (6), 72 % des répondants déclaraient avoir utilisé toujours le préservatif dans les douze mois précédents avec leurs partenaires occasionnels pour la pénétration anale et 17 % souvent. Ils étaient 31 % à déclarer l'avoir utilisé toujours avec leur partenaire stable et 11 % souvent.

Chez les usagers de drogues injectables (UDI), le partage de seringues est rapporté par environ quatre consommateurs sur dix et le partage du reste du matériel d'injection est beaucoup plus élevé (un consommateur sur deux). Ces risques pris lors des injections sont souvent cumulés avec des prises de risques lors des rapports sexuels, pour le consommateur lui-même et pour son/sa partenaire. Plus d'un quart des UDI actuels rapportent ainsi de telles prises de risques au cours des 6 derniers mois (17-18).

- *Les comportements des publics cibles sont liés de manière systémique aux comportements d'autres acteurs également en lien avec la problématique : professionnels de santé mais aussi de l'éducation, la famille, etc.*

Recours au dépistage

On estime qu'environ 600 000 tests de dépistage VIH sont réalisés annuellement en Belgique.

L'Enquête de Santé par Interview 2004 (14) nous apprend que dans la population âgée de 15 ans et plus, 23 % des répondants ont déjà pratiqué au moins une fois un test de dépistage du VIH. Parmi les personnes qui ont déjà pratiqué le test de dépistage, 10 % ont déclaré avoir effectué le dernier test dans les 3 mois précédant l'enquête, 16 % l'ont effectué dans les 3 à 12 mois précédant l'enquête et 74 % l'ont effectué plus d'un an avant l'enquête.

- *En dehors des centres spécialisés, une grande partie des dépistages ne répondent pas aux critères de qualité du pré et post counseling, notamment lorsqu'ils sont réalisés à l'insu du patient en milieu hospitalier, à l'occasion d'un examen pré-opératoire.*

Les personnes qui ont effectué un test de dépistage volontairement l'ont essentiellement fait dans le cadre d'un bilan de santé général ou d'un don de sang (51 %), au cours ou en vue d'une grossesse (14 %), lors d'un engagement dans une nouvelle relation ou un mariage (13 %) ou par crainte d'une contamination par le VIH après un rapport sexuel (11 %).

Le pourcentage d'utilisation du test de dépistage du VIH ne varie pas entre les hommes (23 %) et les femmes (24 %). Parmi les hommes qui ont déjà effectué un test de dépistage, 73 % l'ont effectué plus d'un an avant l'enquête. Cette proportion est de 75 % chez les femmes.

Le pourcentage d'utilisation du test de dépistage du VIH varie fortement en fonction de l'âge. Il est moins fréquent dans le groupe d'âge de 15 à 24 ans (12 %), augmente à 43 % dans le groupe de 25 à 34 ans et diminue de manière significative dans les groupes d'âges suivants. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, le test remonte à plus d'un an dans 56 % des cas. Dans les autres groupes d'âges, cette proportion varie entre 75 % et 80 %.

Par ailleurs, une étude a montré que le taux de nouvelles infections à VIH détectées dans le cadre de consultations «classiques» était significativement inférieur (**1,49 nouvelles infections sur 1 000 tests réalisés**) à celui enregistré dans un centre de dépistage anonyme et gratuit (le plus important du pays, l'ancien Centre ELISA de l'ONG Médecins Sans Frontières) (**11,09 nouvelles infections sur 1 000 tests réalisés**) durant la même période. Des différences de profil entre les personnes découvertes VIH+ selon qu'elles ont passé un test dans le cadre confidentiel classique ou qu'elles ont réalisé le test dans le centre de dépistage anonyme et gratuit ont également été mises en évidence dans cette étude. C'est ainsi que les homo-/bisexuels étaient plus représentés parmi les nouveaux cas dépistés dans le centre anonyme et gratuit que parmi les nouveaux cas dépistés dans le cadre des soins habituels (19).

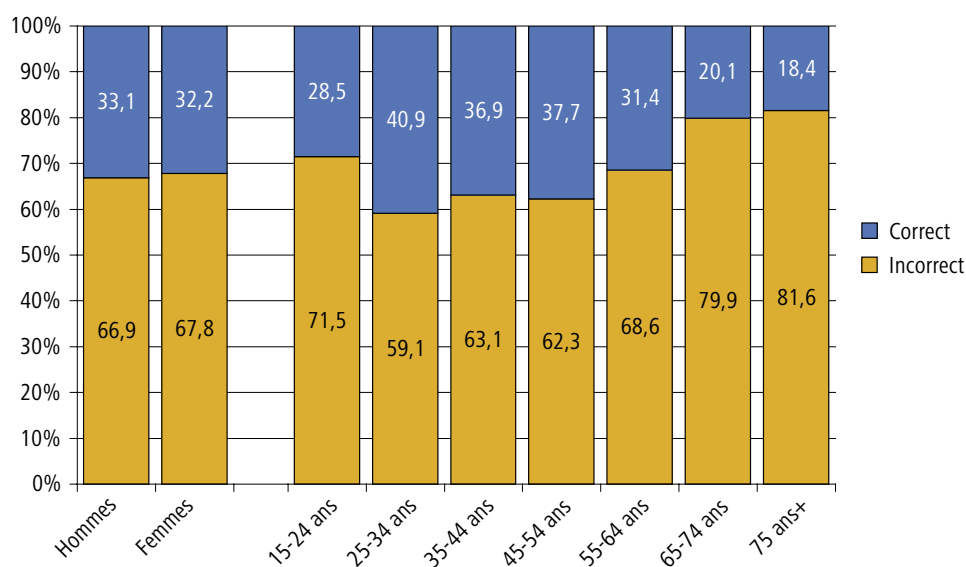
Entre 2003 et 2005, 35 % des malades belges ont reçu leur diagnostic d'infection à VIH moins de trois mois avant que le diagnostic SIDA ne soit posé, c'est-à-dire très tardivement dans le décours de l'infection. Ce diagnostic tardif concernait majoritairement des patients homo-/bisexuels (4).

4.3. DÉTERMINANTS ÉDUCATIONNELS DES COMPORTEMENTS

En Belgique, 67 % de la population de 15 ans et plus n'identifie pas correctement les **contacts non contaminants** pour la transmission du VIH. Des différences sont observées en fonction de l'âge, de la région et du niveau d'études. L'identification correcte des contacts non contaminants est moins fréquente chez les jeunes de 15-24 ans (28 %) que chez les personnes de 25 à 54 ans (autour de 40 %), mais elle n'atteint jamais 50 % quelle que soit la tranche d'âge considérée (voir figure 5). Elle est également moins fréquente en Wallonie (22 %) qu'à Bruxelles (27 %) et en Flandre (32 %), ainsi que parmi les personnes ayant un niveau d'études primaire ou secondaire inférieur (43 %) en comparaison de celles qui ont un diplôme de niveau secondaire supérieur et/ou de l'enseignement supérieur (60 %). La différence entre hommes et femmes n'est pas significative (14).

Figure 5. Pourcentage de la population (15 ans et plus) qui identifie correctement des contacts non contaminants, par sexe et par tranches d'âges.

Source : Enquête de Santé par Interview 2004, Institut Scientifique de Santé Publique



Au total, 56 % de la population parviennent à identifier les **méthodes de protection** inefficaces contre la transmission du virus du SIDA. On observe un lien significatif entre l'âge et l'identification correcte des méthodes de protection inefficaces. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 53 % identifient correctement les méthodes inefficaces. Cette proportion atteint 69 % parmi les personnes âgées de 25 à 34 ans, pour diminuer ensuite progressivement dans les groupes d'âges suivants. Seuls 23 % des 75 ans et plus ont une perception correcte de méthodes inefficaces de protection contre le VIH. Il n'y a pas de différence entre hommes et femmes (14).

Plus d'un jeune sur cinq (21,6 %) affirment erronément que le virus VIH peut se transmettre par piqûre de moustique et plus d'un jeune sur dix (13,2 %) estiment qu'embrasser quelqu'un sur la bouche comporte un tel risque (15).

La gravité et l'incurabilité du SIDA sont correctement estimées par 38 % de la population belge et par 32 % des jeunes de 15 à 24 ans. Dans les trois catégories d'âges supérieures (de 25 à 54 ans), ce pourcentage s'élève à 40-45 %, pour retomber à 25 % parmi les aînés (65 ans et plus). On n'observe pas de différence entre hommes et femmes (14).

En ce qui concerne les personnes séropositives, 84,3 % ont annoncé leur séropositivité à leur entourage. Les personnes de l'entourage informées en priorité sont les amis (25 %), l'(ex-)partenaire (21 %), le frère ou la sœur (19 %), les parents (principalement la mère) (15 %), les collègues (2 %) et tout l'entourage dans 3 % des cas (20).

Les facteurs principaux qui contribuent à un accompagnement de qualité des personnes séropositives sont entre autres le temps que le médecin a consacré aux patients, la bonne et large information, l'orientation vers les Centres de référence et l'accueil dans ces Centres.

Au contraire, les raisons citées par les patients d'une prise en charge psychologique (*counseling*) non optimale sont que le corps médical n'est pas suffisamment préparé à l'accompagnement des patients séropositifs et que, souvent, les médecins et le personnel médical «paniquent» face aux personnes infectées par le VIH (20).

- *De même que les comportements des publics cibles sont liés de manière systémique à ceux d'autres acteurs (cf. supra), les déterminants ou facteurs éducationnels des comportements de ces acteurs doivent aussi être pris en compte dans la compréhension de la problématique. On peut citer comme exemples les capacités de counseling et de prise en charge des professionnels psycho-médico-sociaux, les compétences des acteurs du milieu scolaire pour mettre en place des activités d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle, etc.*

5. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

La prévention du VIH/SIDA et des autres IST dépend notamment de la présence dans l'environnement de préservatifs, de matériel de prévention, de services de dépistage et de soins. Certains lieux de vie ou certains groupes cibles se caractérisent par un moindre accès à ces ressources (1) (exemple : les prisons). Différents acteurs tentent d'agir notamment pour créer des environnements favorables à la prévention et pour améliorer l'accès au dépistage et aux soins (voir point 6.2).

6. POLITIQUES ET STRATÉGIES EN PRÉVENTION/PROMOTION SANTÉ, DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE

6.1. TEXTES DE RÉFÉRENCE ET ASPECTS INSTITUTIONNELS

Les aspects préventifs sont subsidiés par la Communauté française. La prise en charge et le dépistage sont de la compétence du niveau fédéral.

Trois principaux documents directement en lien avec la thématique précisent les orientations politiques en matière de prévention des IST/SIDA en Communauté française :

1. Le Programme quinquennal de promotion de la santé (21) définit la prévention du SIDA comme une priorité tout en précisant qu'elle ne doit plus être isolée de problématiques comme les autres maladies sexuellement transmissibles, l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle et la réduction des risques liés à l'usage intraveineux des drogues. Les priorités d'action vont aux populations des jeunes pendant leur scolarité et les populations vulnérables.
2. Dans le cadre du PCO IST/SIDA (22), des objectifs principaux sont formulés comme suit :
 - réduire l'incidence du VIH et des IST dans les populations prioritaires et vulnérables;
 - assurer la promotion de dépistages adéquats;
 - maintenir une faible incidence du VIH dans la population générale.
3. Les Stratégies concertées : ce terme désigne à la fois un processus (voir explication dans l'introduction de ce cahier) et la brochure éditée tous les deux ans en guise de synthèse des résultats du travail participatif mené par les acteurs du secteur. L'objectif général de la prévention des IST/SIDA défini dans le cadre de ce processus est de contribuer à diminuer l'incidence et la prévalence des IST et plus particulièrement du VIH, de réduire les vulnérabilités des différents publics cibles, de lutter contre les discriminations envers les publics vulnérables et plus particulièrement les personnes séropositives, et de promouvoir la solidarité. La dernière édition (1) présente, pour chaque public cible, la problématique et les objectifs spécifiques et opérationnels ainsi que les activités mises en œuvre ou à développer.

Pour les populations les plus fragilisées, l'accès à la prévention, au dépistage et aux soins constitue une difficulté majeure que certaines lois tentent de pallier :

Les **personnes étrangères** en situation de séjour illégal peuvent sous certaines conditions recevoir des soins dans le cadre de la loi relative à l'aide médicale urgente (M.B. 31/12/1996 et 17/01/2003).

En **prison**, la loi de principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires, le statut juridique des détenus (M.B. 01/02/2005) et la nouvelle circulaire ministérielle n°1785 du 18 juillet 2006 devraient assurer aux détenus des soins de santé équivalents à ceux offerts dans le reste de la communauté. Ces dispositions incluent l'accès aux traitements de substitution, aux moyens de protection contre les infections par le VIH, les autres IST et l'hépatite C et au matériel stérile d'injection pour les usagers de drogues par voie intraveineuse.

Concernant les **usagers de drogues**, un collège d'experts a été constitué en 2005 sous l'égide de la Communauté française et de la Région wallonne. Ce collège a pour triple mission de dresser un cadastre critique des actions et projets existants, d'établir un inventaire des besoins et de définir des actions prioritaires. Il a posé une série de constats et formulé des recommandations en vue d'un plan concerté en matière d'assuétudes (23).

- *Les intervenants identifient des liens multiples entre la problématique propre à chaque public cible et les aspects institutionnels, qui vont souvent au-delà des politiques de santé. On peut citer comme exemples la prohibition et la répression des drogues, qui accroissent les risques de transmission du VIH et des hépatites, la répression qui renforce la clandestinité de la prostitution, la loi anti-discrimination qui fournit des ressources aux personnes séropositives, etc. Ces interrelations complexes qui mobilisent différents niveaux de compétences politiques posent parfois des problèmes de cohérence qui renforcent la problématique et les difficultés de travail sur le terrain.*

6.2. ACTEURS, SERVICES ET MILIEUX DE VIE

Différents organismes mettent en place des activités spécifiques en matière de prévention/promotion, de dépistage et de prise en charge du VIH/SIDA et d'autres IST (1) :

- des organismes de prévention mettent en œuvre des actions pour la population générale, les jeunes et la plupart des publics cibles dans différents milieux de vie. Certains développent également des outils, des formations et des activités de lobbying. Leur territoire d'action peut être local ou à l'échelle de toute la Communauté française;
- des centres spécialisés offrent un service de *counseling* et de dépistage de qualité, parfois anonyme et/ou gratuit;
- des centres de prise en charge hospitaliers (Centres de référence) fournissent une aide médicale, psychologique et sociale aux personnes séropositives et malades.

Certains de ces organismes mettent également en œuvre des actions de prévention secondaire (prévention de nouvelles contaminations à partir des personnes infectées).

De plus, en Belgique, sept laboratoires de référence SIDA sont reconnus par le SPF Santé Publique, chargés notamment de réaliser les tests de confirmation sur les sérums positifs et de récolter des données épidémiologiques grâce à un questionnaire standardisé envoyé à chaque médecin qui diagnostique une infection au VIH. L'enregistrement et la notification des malades SIDA se font par les cliniciens. Les données concernant les séropositifs et les malades sont validées et analysées par la section épidémiologique de l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP) (4).

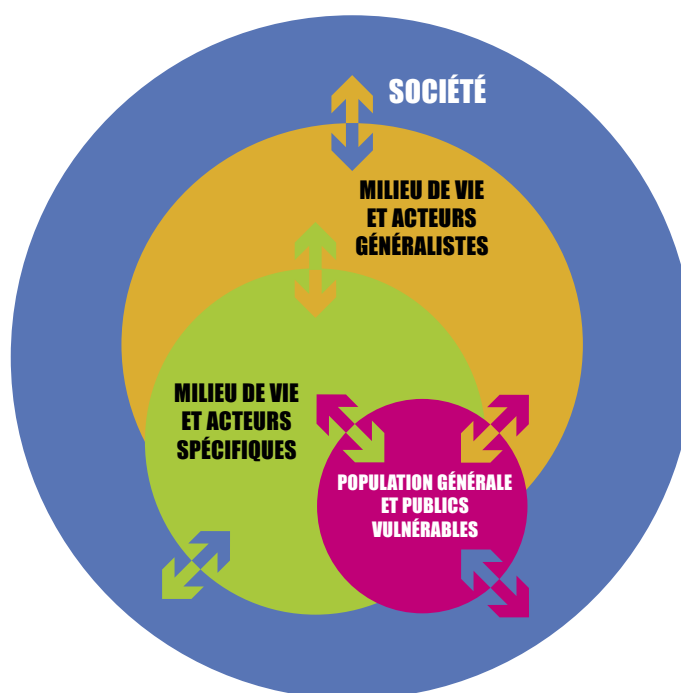
Depuis 1985, le dépistage est largement accessible et répandu en Belgique. Il est nominatif et l'identité du patient est liée au résultat, sauf dans certains centres spécialisés qui offrent un dépistage anonyme et/ou gratuit.

Trois axes stratégiques de la prévention des IST/SIDA ont été définis selon les acteurs, services ou milieux de vie concernés par les interventions dans le cadre des Stratégies concertées (1). Ces axes sont complémentaires et se renforcent mutuellement (figure 6) :

1. Un axe stratégique centré sur les publics cibles (population générale et publics vulnérables) : cet axe consiste à renforcer les connaissances et les capacités des individus et des groupes afin d'améliorer leur bien-être et à réduire la transmission du VIH et des autres IST.
2. Un axe stratégique centré sur les services, milieux de vie et acteurs spécifiques : il s'agit globalement de faire en sorte que ces milieux de vie et acteurs intègrent davantage la prévention du VIH et des autres IST dans leurs activités.
3. Un axe stratégique centré sur les services, milieux de vie et acteurs généralistes (ou tous publics) : il s'agit globalement de faire en sorte que ces différents milieux de vie intègrent davantage la prévention du VIH et des IST mais aussi les spécificités des différents publics cibles pour contribuer à réduire la transmission et les vulnérabilités, en particulier celles qui sont liées à la discrimination.

Figure 6. Publics, acteurs et milieux de vie identifiés dans les diagnostics et les axes d'intervention des Stratégies concertées du secteur IST/Sida.

Source : *Stratégies concertées IST/Sida, 2006*



7. CONCLUSION

Cette approche de type «tableau de bord» donne une image utile mais partielle de la problématique des IST/SIDA en Belgique et en Communauté française.

Les intervenants du secteur insistent à juste titre sur la nécessité d'envisager l'action sur la base d'une approche systémique nécessairement plus exhaustive de la réalité. Une telle approche permet d'éviter des messages et stratégies réducteurs face à une problématique particulièrement complexe, qui concerne des publics cumulant diverses formes de vulnérabilité, dans un contexte de recrudescence des cas d'infections au VIH et aux autres IST.

A ce sujet, le processus participatif de gestion de la qualité, actuellement en cours dans le cadre des Stratégies concertées, devrait mener à une plus grande adéquation entre besoins des publics cibles, activités mises en œuvre et décisions politiques (24).

8. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Martens V., Parent F. et al. Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA en Communauté française 2007-2008. Observatoire du SIDA et des sexualités (FUSL), Bruxelles, décembre 2006. Disponible sur http://centres.fusl.ac.be/OBSERVATOIRE/document/Nouveau_site/Publications/Strategies_concertees/notesecteursidafinal.pdf (2007/04/27)
2. Green L.W., Kreuter M.W. Health Program Planning, An Educational and Ecological Approach. 4th Ed. Mc Graw Hill, 2005. www.lgreen.net
3. Institut Scientifique de Santé Publique. Le VIH/SIDA en Belgique, situation au 31 décembre 2006 (rapport semestriel N°64). Disponible à l'adresse : http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/aidsfr/rap_sem.pdf (2007/09/26)
4. Sasse A. et Defraye A. Épidémiologie du SIDA et de l'infection VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2005. Institut Scientifique de Santé Publique, Section Épidémiologie, Bruxelles, IPH/EPI REPORTS Nr. 2006-033. Disponible à l'adresse : <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/aidsfr/aidsanfr/aids05fr.pdf> (2007/04/27)
5. Cheront C. Dépistage du VIH dans le milieu de la prostitution en Communauté française; données récoltées par l'asbl Espace P ... Espace P, Bruxelles, 2004.
6. Martens V. et Huynen P. Connaissances et comportements des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à l'égard du VIH/SIDA en Communauté française de Belgique. Arch Public Health, 2006, 64, 13-26.
7. Sleiman S. et Roelands M. (Eds). Belgian National Report on drugs 2006. Institut Scientifique de Santé Publique. IPH/EPI REPORTS Nr.2006-035. Disponible à l'adresse : <http://www.iph.fgov.be/reitox/Publications/BNR06.pdf> (2007/10/05)
8. Plasschaert S., Ameye L. et al. Study on HCV, HBV and HIV seroprevalence in a sample of drug users in contact with treatment centres or in prisons in Belgium, 2004-2005. Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, IPH/EPI Reports Nr 2005-029.
9. Todts S., Hariga F. et al. Usage de drogues dans les prisons belges. Monitoring des risques sanitaires 2006. Rapport final. Modus Vivendi asbl - VZW Streetwise, Bruxelles, 2007.
10. EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2006. Saint-Maurice : French Institute for Public Health Surveillance, 2007. No. 74.
11. Sasse A., Defraye A. et Buziarsist J. Épidémiologie du SIDA et de l'infection VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2004. Institut Scientifique de Santé Publique, Section Épidémiologie, Bruxelles, IPH/EPI REPORTS Nr. 2005 - 017. Disponible à l'adresse : <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/aidsfr/aidsanfr/aids04fr.pdf> (2007/04/27)
12. Ducoffre G. Surveillance des maladies infectieuses par un réseau de laboratoires de microbiologie 2004. Tendances épidémiologiques 1983-2003. Institut Scientifique de Santé Publique, section épidémiologie, Bruxelles, D/2005/2505/32. Disponible à l'adresse : <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/plabfr/plabanfr/index04.htm>
13. Defraye A. et Sasse A. Surveillance des IST via un réseau sentinelle de cliniciens en Belgique. Rapport annuel 2005. Institut Scientifique de Santé Publique, Section Épidémiologie, Bruxelles, IPH/EPI REPORTS Nr. 2006/026.
14. Bayingana K., Demarest S. et al. Enquête de santé par interview 2004. Livre III : Styles de vie. Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, IPH/EPI REPORTS N°2006 - 034. Disponible à l'adresse : [http://www.iph.fgov.be/Reports.asp?Lang=FR&ReportID=2737\(2007/04/27\)](http://www.iph.fgov.be/Reports.asp?Lang=FR&ReportID=2737(2007/04/27)).
15. Piette D. et al. La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ? ULB-PROMES, Ecole de santé publique, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, 2003. Disponible à l'adresse : <http://homepages.ulb.ac.be/~ndacosta/promes/hbsc2002.html> (2007/04/27)

16. Tisclair X. Rapport d'activités, MSF-Centre Elisa, Bruxelles, 2004.
17. Hariga F. «Boule de neige» : prévention du SIDA par les pairs parmi les usagers de drogues en Communauté française. 1994-2004; quelles évolutions observées ? Modus Vivendi, Bruxelles, 2005.
18. Eurotox. Usage de drogues en Communauté française : des tendances marquantes se dégagent. Décembre 2006. Disponible à l'adresse : <http://www.eurotox.org/> (2007/04/27).
19. Sasse A., Vincent A. et al. High HIV prevalence among patients choosing anonymous and free testing in Belgium 1990-2002. *International Journal of STD-AIDS* 2006;17 :817-820.
20. Van de Velde I., De Clerq K. et Block K. Vivre avec le VIH en Flandre; une ébauche de profil. Enquête sur les besoins et les désirs des personnes infectées par le VIH, en Flandre et à Bruxelles. Sensoa, Anvers, 2005.
21. Ministère de la Communauté française. Programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008. Bruxelles, 2004. Disponible à l'adresse : <http://www.sante.cfwb.be/charger/PQ2004.pdf>
22. Ministère de la Communauté française. Plan communautaire opérationnel. Bruxelles, 2006. Disponible à l'adresse : www.sante.cfwb.be/charger/POC2005.doc
23. Collège d'experts en assuétudes. Constats et recommandations en vue d'un plan concerté en matière d'assuétudes (RW/CF/CCF). Bruxelles, juin 2005. Disponible à l'adresse : http://www.sante.cfwb.be/charger/assuetudes_rapport_06_2005.pdf (2007/04/27)
24. Martens V., en collaboration avec Parent F. et les acteurs du secteur de la prévention des IST/Sida. PCO - Stratégies concertées pour la prévention des IST/Sida. *Education Santé* n° 227, octobre 2007.

9. RESSOURCES

AIDE INFO SIDA (AIS), Rue Duquesnoy 45, 1000 Bruxelles.

Tél.: 02/514.29.65 - Fax : 02/502.54.14 - E-mail : aide.info.sida@skynet.be

CAW MOZAÏEK - ONTHAAL - STRAATHOEKWERK, Rue Grétry 1, 1000 Bruxelles.

Tél.: 02/227.02.08 - E-mail : straathoekwerk@cawmozaiek.be

CENTRE DE PRISE EN CHARGE DE L'UCL, Cliniques universitaires Saint-Luc, Avenue Hippocrate 10, 1200 Bruxelles. Tél.: 02/764.21.57 - Fax : 02/764.89.26 - E-mail : cpc.hiv@stluc.ucl.ac.be

CENTRE DE RÉFÉRENCE SIDA DU CHU DE CHARLEROI (Centre Arthur Rimbaud), Boulevard Janson 92, 6000 Charleroi. Tél.: 071/922.306 - Fax : 071/922.303 - E-mail : jean-claude.legrand@chu-charleroi.be

CENTRE DE RÉFÉRENCE SIDA - CHU DE LIÈGE, Polycliniques L. Brull, Quai Godfroid Kurth, 45/5^{ème} étage, 4020 Liège. Tél.: 04/270.31.90 - Fax : 04/270.31.84 - E-mail : crsida@chu.ulg.ac.be

CENTRE DE RÉFÉRENCE SIDA ULB - Service des Maladies Infectieuses - CHU Saint-Pierre, Rue Haute 322, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/535.41.30 - Fax : 02/539.36.14 - E-mail : maladiesinfectieuses@stpierre-bru.be

COORDINATION PROVINCIALE SIDA ASSUÉTUDES (CPSA), Rue du Docteur Haibe 4, 5002 Namur.

Tél.: 081/721.621 - Fax : 081/721.620 - E-mail : Sida.toxicomanie@province.namur.be

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE L'ULB, Route de Lennik 808, bte 612/1, 1070 Bruxelles.

Tél.: 02/555.61.67 - Fax : 02/555.63.67 - E-mail : dmgulb@ulb.ac.be

ESPACE P asbl, Rue des Plantes 116, 1030 Bruxelles.

Tél.: 02/219.98.74 - Fax : 02/217.02.15 - E-mail : espacepbl@hotmail.com

EX ÆQUO asbl, Rue Locquenghien 41, 1000 Bruxelles.

Tél.: 02/736.28.61 - Fax : 02/733.96.17 - E-mail : info@exaequo.be

FONDS DE SOLIDARITÉ SIDA asbl, Rue de la croix de Pierre 87, 1060 Bruxelles.
E-mail : fondsdesolidaritesida@gmail.com

ICAR-WALLONIE asbl, Place Xavier Neujean 36, 4000 Liège.
Tél.: 04/223.18.26 - GSM : 0494/600.772 - Fax : 04/222.31.17 - E-mail : icar@skynet.be

INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE - Section Epidémiologie, Rue J. Wytsman 14, 1050 Bruxelles
Tél.: 02/642.50.39 - Fax : 02/642.54.10 - E-mail : andre.sasse@iph.fgov.be

ENTRE 2 asbl, Rue Hydraulique 14, 1210 Bruxelles.
Tél.: 02/217.84.72 - Fax : 02/217.60.16 - E-mail : entre2bruxelles@gmail.com

MAGENTA asbl, Avenue de Cortenbergh 83, 1000 Bruxelles.
Tél.: 0478/404.314 - 02/524.42.16 - Fax : 02/524.42.16 - E-mail : magenta@contactoffice.be

MODUS VIVENDI asbl, Avenue Emile de Béco 67, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02/644.22.00 - Fax : 02/644.21.81 - E-mail : modus.vivendi@skynet.be

OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS - Facultés universitaires Saint-Louis, Boulevard du Jardin
Botanique 43, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/211.79.10/61 - Fax : 02/211.79.04 - E-mail : observatoire@fusl.ac.be

PLATE-FORME PRÉVENTION SIDA asbl, Avenue Emile de Béco 67, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02/733.72.99 - Fax : 02/646.89.68 - E-mail : preventionsida@skynet.be

SERVICE ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (SES) asbl, Chaussée de Waremmes 139, 4500 Huy.
Tél.: 085/212.576 - Fax : 085/212.576 - E-mail : ses.asblhuy@scarlet.be

SERVICE DE PRÉVENTION - VILLE DE MONS - Programme de prévention des assuétudes et programme de
Réduction des Risques liés à l'usage de drogues, Rue du Hautbois 56, 7000 Mons.
Tél.: 065/319.019 - Fax : 065/405.879 - E-mail : dominique.david@ville.mons.be

SID'ACTION PAYS DE LIÈGE asbl, Boulevard de la Constitution 19, 4020 Liège.
Tél.: 04/349.51.42 - Fax : 04/349.51.49 - E-mail : info@sidactionliege.be

SIDA-IST CHARLEROI MONS asbl, Espace santé, Boulevard Zoé Drion, 1 bte 8, 6000 Charleroi.
Tél.: 071/925.411 - Fax : 071/925.413 - E-mail : sidamst@chu-charleroi.be
Place Nervienne (Site CPAS), Bloc Glépin n°1, 1^{er} étage, 7000 Mons.
Tél.: 065/822.755 - Fax : 065/314.330 - E-mail : sidamons@skynet.be

SIREAS asbl, Rue de la Croix 22, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02/645.79.36 - Fax : 02/646.43.24 - E-mail : istsida@sireas.be

CAHIER 4 LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Auteurs : Moreau N., De Smet P., Bazelmans Ch.

Relecture : Macq J., Wanlin M.

1. INTRODUCTION

En Belgique, comme dans la plupart des pays industrialisés, la tuberculose affiche une régression progressive depuis le début du 20^{ème} siècle, excepté au moment des 2 guerres mondiales.

- *Bien que, selon l'OMS, la Belgique soit en phase d'élimination de la tuberculose^[1], on constate depuis les années 1990 un ralentissement dans la régression de la maladie. La tuberculose reste donc une maladie infectieuse importante dans notre pays, identifiée comme une problématique prioritaire du Programme quinquennal 2004-2008.*

En Communauté française, le Fonds des Affections Respiratoires (FARES) élabore chaque année un registre de la tuberculose qui rassemble les données recueillies sur la forme active de la maladie. Ce registre ainsi que d'autres documents élaborés par le FARES constituent les sources principales des informations contenues dans ce document. Les comparaisons interrégionales ont pu être réalisées grâce aux autorisations d'exploitation des données reçues gracieusement du Dienst infectieziekte-bestrijding van de Vlaamse Gemeenschap et de la Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT) pour la partie nord du pays.

Dans ce cahier consacré à la tuberculose, nous aborderons les thèmes suivants :

- La maladie, les facteurs de risque, les formes contagieuses de la maladie
- La politique de prise en charge mise en œuvre en Communauté française
- L'état de santé de la population en Communauté française par rapport à la tuberculose
- Les politiques de dépistage mises en œuvre en Communauté française
- Le traitement de la maladie et ses différentes issues
- Les intervenants impliqués dans le programme d'élimination de la tuberculose
- La mise en lien avec le PCO
- Les perspectives.

La tuberculose est une maladie qui se transmet, chez l'homme, essentiellement par voie aérienne. Dans 50 % des cas, lorsqu'une personne inhale des bacilles tuberculeux, ceux-ci seront détruits par ses propres mécanismes de défense (les cils vibratiles ou l'immunité naturelle); dans 50 % des cas, les bacilles resteront dans son organisme.

Parmi ces 50 %, 90 % des personnes contaminées ne développeront pas la maladie (Infection tuberculeuse latente). Parmi les 10 % restant, la moitié des personnes contaminées développeront une tuberculose active dans les deux premières années suivant l'infection et l'autre moitié développera une tuberculose active après un intervalle de plusieurs années (à l'occasion d'un affaiblissement du système immunitaire dû à l'âge, aux infections virales, ...).

1. *Pays où l'incidence de la tuberculose est inférieure à 20 patients pour 100 000 habitants par an.*

Si la tuberculose a tendance à se localiser principalement dans les poumons, elle peut également se développer au niveau d'autres organes (de la trachée et du larynx, des os et des articulations, de la colonne vertébrale (mal de Pott), des intestins, des reins et des voies uro-génitales, des ganglions (intra et extra-thoraciques), des méninges, du péricarde, de la plèvre, de la peau, ... Lorsqu'elle touche plusieurs organes, on parlera de tuberculose disséminée.

En 2006, la forme pulmonaire est la plus fréquente (69 %), tous âges confondus, suivie des localisations ganglionnaires extrathoraciques (10 %) et pleurales (6 %). (1)

Les facteurs de risque d'exposition/infection sont essentiellement liés à des causes externes (nombre de cas contagieux dans la communauté, exigüité des logements, importance des contacts sociaux dans les groupes à haute prévalence) ou à des facteurs associés à la prévalence de l'infection (facteurs sociodémographiques). Les facteurs de risque de développer la maladie sont quant à eux essentiellement liés à des caractéristiques propres à l'individu (déficience immunitaire, diabète, malnutrition, ...) (2).

Toutes les formes de tuberculose ne sont pas contagieuses. Les cas contagieux correspondent aux sujets dont un foyer infectieux est localisé au niveau des poumons, de l'arbre trachéo-bronchique ou des voies respiratoires supérieures et dont un spécimen de sécrétions respiratoires (expectorations, lavage broncho-alvéolaire, ...) révèle la présence du bacille de Koch lors de l'examen direct microscopique (ce qui signale une charge bacillaire importante sans l'effet amplificateur de la mise en culture).

La combinaison de deux conditions est donc nécessaire pour appartenir à ce groupe.

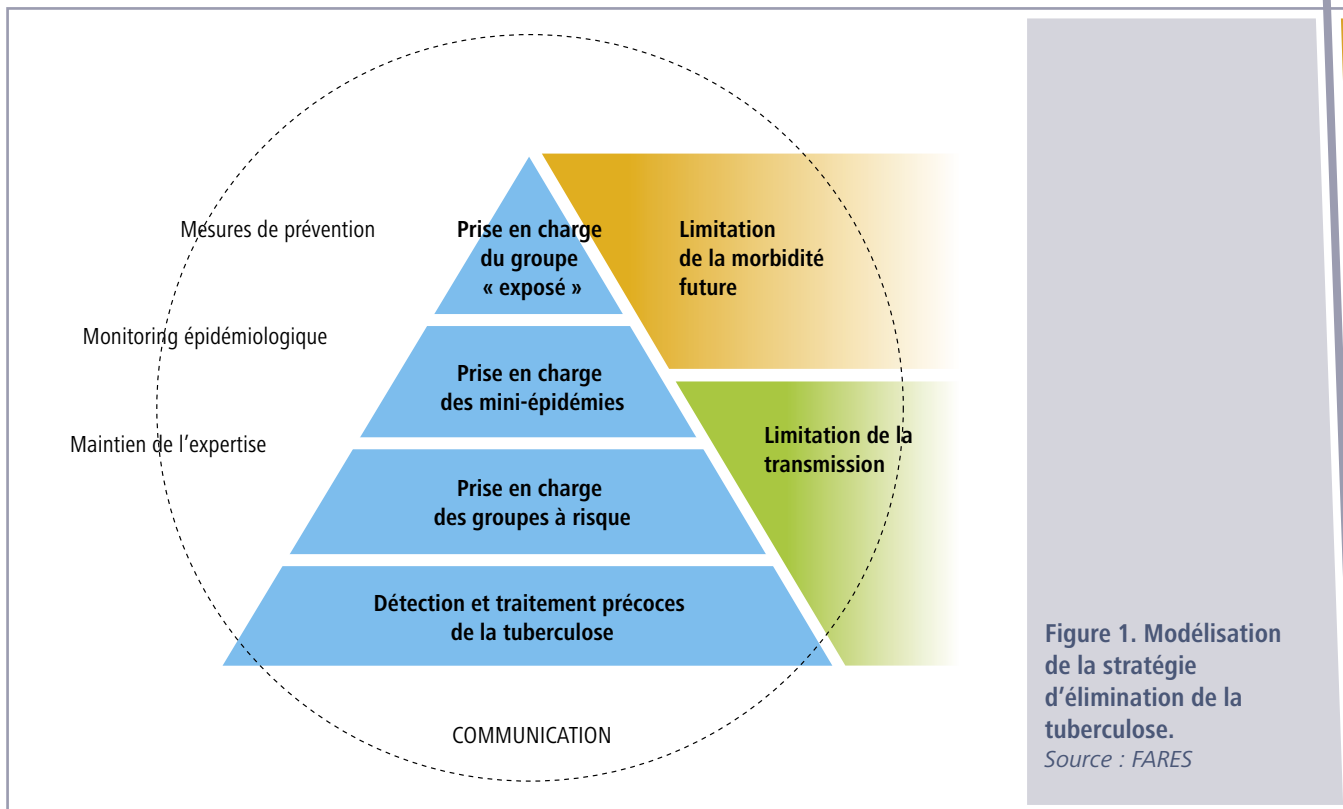
Toutefois, le FARES estime qu'en termes de prévention, la définition des cas potentiellement contagieux doit être étendue à tous les malades présentant une localisation au niveau des poumons et des voies respiratoires inférieures et supérieures.

2. POLITIQUES ET STRATÉGIES

2.1. PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE

Bien qu'étant dans la phase d'élimination de la maladie, il est important que l'incidence de la maladie continue de diminuer en Belgique. En 2002, la stratégie de contrôle et d'élimination de la tuberculose dans les pays à basse incidence a été redéfinie au niveau européen. Cette stratégie se décline sur deux niveaux. Il s'agit de limiter la transmission de la maladie au travers du diagnostic précoce et du traitement des patients tuberculeux contagieux jusqu'à leur guérison. Il importe également de veiller à limiter le réservoir de personnes infectées (tuberculoses latentes) pouvant développer la maladie dans le futur.

La figure 1 illustre la mise en œuvre de cette stratégie.



- La base de cette stratégie vise à détecter et à traiter précocement les patients atteints d'une tuberculose active. C'est essentiellement le secteur curatif qui intervient à ce niveau.
- Lorsque l'incidence d'une maladie est faible dans un pays, comme c'est le cas de la tuberculose en Belgique, on observe une concentration de la maladie dans certains groupes de la population (les groupes à risque). Le deuxième «pilier» de cette stratégie concerne l'approche spécifique et adaptée de ces groupes qu'il convient donc d'identifier.
- Le troisième «pilier» vise à prévenir et/ou contrôler dans des délais très courts les mini-épidémies qui pourraient survenir autour d'un patient contagieux en favorisant le dépistage des contacts.
- Enfin, le quatrième «pilier» a pour objectif le contrôle de la tuberculose chez les sujets soumis à un haut risque de contamination par le bacille tuberculeux. Les Services de Prévention et de Protection sur le lieu du Travail (SPPT) sont les acteurs principaux qui interviennent à ce niveau.

Les 2 premiers «piliers» visent à limiter la transmission de la maladie, les 2 derniers à réduire le réservoir des formes latentes de la tuberculose.

2. www.health.fgov.be/CSS_HGR/

2.2. CADRE LÉGISLATIF ET RECOMMANDATIONS

Socioprophyllaxie

En Communauté française, l'A.R. du 1^{er} mars 1971 relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles stipule que tout cas suspect ou avéré de tuberculose doit être obligatoirement déclaré aux autorités compétentes. Les doubles des documents sont transmis au FARES qui, sur base de ces déclarations, établit le registre de la tuberculose. L'objectif essentiel de cette déclaration obligatoire est de permettre une bonne prophylaxie. Dans ce but, l'Inspection d'Hygiène collabore étroitement avec le FARES, dont les infirmières assurent une coordination des examens de dépistage dans l'entourage des tuberculeux. A la demande du médecin traitant, celles-ci peuvent informer le patient et les personnes de son entourage (sujets-contact) sur la maladie et son traitement, exécuter les tests tuberculiniques, et, éventuellement, contrôler l'observance du traitement par le patient. Le dépistage des contacts peut être assuré gratuitement par le FARES.

Pour la Communauté flamande, le décret du gouvernement flamand du 5 avril 1995 prévoit lui aussi une déclaration obligatoire. Les Inspections d'Hygiène prennent en charge la socioprophyllaxie en général; la VRGT la prend en charge dans les groupes à risque dont elle s'occupe.

Pour la Région de Bruxelles-Capitale, l'A.R. du 1^{er} mars 1971 relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles a été modifié. Actuellement, l'Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale du 19 février 2004 est toujours d'application. Une Ordonnance a été promulguée le 19 juillet 2007 (Moniteur du 24 août 2007) mais elle n'est pas encore d'application. Le FARES et la VRGT collaborent étroitement tant pour le registre que pour la socioprophyllaxie.

Prise en charge de la tuberculose dans les institutions de soins

En 1997, le Conseil Supérieur de la Santé publiait des recommandations pour la prévention des infections tuberculeuses dans les institutions de soins^[2].

Elles couvraient les mesures d'isolement, l'hygiène de la toux et recueil des expectorations, le port et les différents types de masques (pour le patient, le personnel et les visiteurs), les autres mesures assurant la prévention de la transmission aérienne de l'infection, les mesures de nettoyage et de désinfection, les mesures préventives pour la tuberculose au laboratoire de microbiologie, la surveillance du personnel et la déclaration de la tuberculose.

Elles ont été mises à jour par le FARES en 2005, dans ses recommandations portant sur le dépistage et la prévention de la tuberculose dans le milieu du travail.

Dépistage et prévention de la tuberculose dans le milieu scolaire

En 2007, le FARES a élaboré une stratégie de contrôle de la tuberculose en milieu scolaire pour la période de 2007-2012 (3). Cette stratégie est fondée sur l'évaluation de la précédente, mise en place de 2002 à 2007. Les différentes législations abordant le dépistage et la prévention de la tuberculose en milieu scolaire sont :

- Le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école
- Le décret du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités
- L'Arrêté du gouvernement de la Communauté française de Belgique du 17 juillet 2002 relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles dans le milieu scolaire et étudiant.

Dépistage et prévention de la tuberculose dans le milieu du travail

En janvier 2005, le FARES a émis des recommandations en matière de dépistage et de prévention de la tuberculose dans le milieu du travail. (4) Ces recommandations se basent sur la loi du 4 août 1996 portant sur le bien-être des travailleurs et ses différents arrêtés d'application, celui du 4 août 1996 relatif à l'exposition aux agents biologiques sur le lieu de travail, celui du 27 mars 1998 concernant la politique de gestion du risque et celui, plus récent, du 28 mai 2003 concernant la surveillance de la santé des travailleurs.

Prise en charge des patients tuberculeux

Le traitement doit également faire l'objet d'une attention soutenue de la part du médecin et du patient afin de prévenir le développement d'une résistance aux antibiotiques antituberculeux. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande la supervision de la prise des médicaments en cas de non-observance.

Enfin, depuis 2005, un projet (initié par le FARES et la VRGT) financé par l'INAMI (BELTA-TBnet) permet la prise en charge des frais liés au diagnostic, au traitement ainsi qu'au suivi des patients qui ne disposent d'aucune couverture sociale ou qui sont atteints de tuberculose multirésistante. (5) (A.R. du 10 mars 2005)

3. ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

3.1. NOMBRE DE CAS ET INCIDENCE

En 2006, 374 patients tuberculeux ont été déclarés en Région bruxelloise et 306 en Région wallonne. (1) L'incidence de la tuberculose à Bruxelles est 4 fois plus élevée que celle enregistrée en Wallonie et près de 5 fois plus élevée qu'en Flandre.

Tableau 1. Incidence de la tuberculose dans les 3 régions et en Belgique, 2006

	n	%	Incidence/100 000 habitants
Région flamande	447	40	7,4
Région bruxelloise	374	30	36,7
Région wallonne	306	27	9,0
Belgique	1 127	100	10,7

Source : FARES, Registre belge de la tuberculose 2006, à paraître

Le tableau 2 présente la distribution des cas de tuberculose déclarés en 2006. Tant en Wallonie qu'à Bruxelles, la majorité des patients sont âgés de 25 ans et plus avec toutefois une population plus âgée en Wallonie. Dans les deux régions, près de deux tiers des patients tuberculeux sont de sexe masculin.

En ce qui concerne la nationalité, on observe des différences dans les deux régions. A Bruxelles, sur l'ensemble des patients enregistrés en 2006, 3/4 sont de nationalité étrangère contre 32 % en Wallonie.

Tableau 2. Patients tuberculeux (%) en fonction de l'âge, du sexe et de la nationalité, 2006

		Région bruxelloise	Région wallonne	Région flamande	Belgique
Age	0-24 ans	21,7	16,0	21,7	20,1
	25-44 ans	48,4	27,8	34,9	37,4
	45-64 ans	19,3	31,4	24,6	24,7
	65 et +	10,7	24,8	18,8	17,7
Sexe	Homme	63,6	63,1	62,4	63,0
Nationalité	Non Belge	76,7	32,0	42,5	51,0

Source : FARES, Registre belge de la tuberculose 2006, à paraître

Les non-Belges présentent une incidence plus élevée dans les deux régions, quel que soit l'âge. L'incidence chez les Belges est plus élevée à Bruxelles qu'en Wallonie et en Flandre.

L'incidence évolue de manière différente en Wallonie et à Bruxelles (figure 2). A Bruxelles après une diminution entre 1980-1986, l'incidence de la tuberculose se stabilise. En Wallonie, la tuberculose diminue progressivement jusqu'en 1995 et se stabilise par la suite.

Figure 2. Evolution de l'incidence de la tuberculose (1980-2006).

Source : FARES

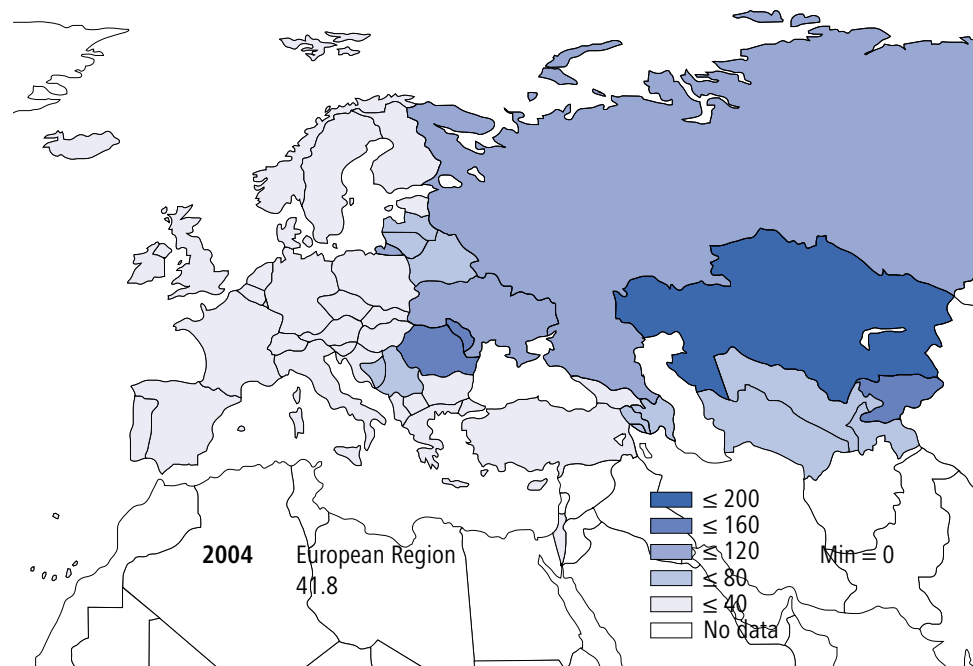
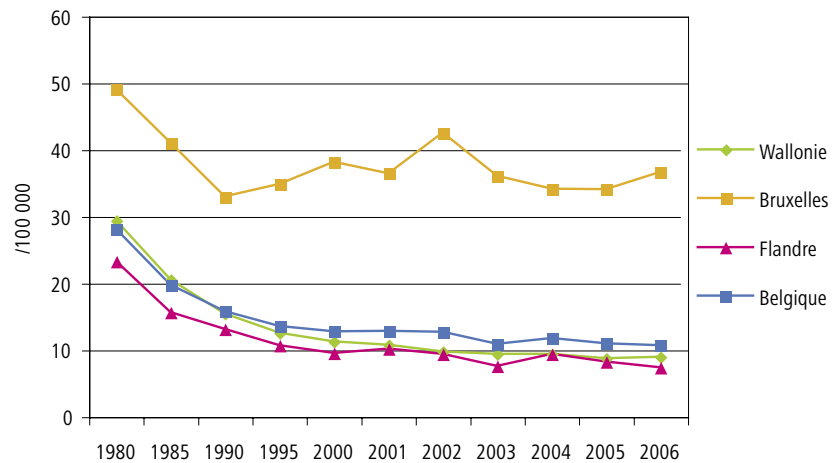


Figure 3. Incidence de tuberculose dans les pays de la région Europe OMS en 2004 (pour 100 000).

Source : European Health for all database WHO/ Europe

- En comparaison avec les pays de la région Europe OMS, l'incidence de la tuberculose observée en Belgique est proche ou comparable à celle observée dans la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest ($<20/100\ 000$ habitants). Les pays de l'Europe centrale ont une incidence moyenne de 20 à 50/100 000 habitants, alors que celle des pays de l'Europe de l'Est est la plus élevée (au-delà de 50/100 000 habitants).

3.2. MORTALITÉ

Selon les dernières statistiques de décès (1997), 15 personnes sont décédées de la tuberculose dans la Région bruxelloise et 44 dans la Région wallonne (soit respectivement un taux de décès de 1,58/100 000 et 1,32/100 000 habitants).

Dans les deux régions, la mortalité par tuberculose est plus élevée chez les personnes de plus de 64 ans et chez les hommes. Par contre, les taux de mortalité par tuberculose diffèrent peu entre Belges et non-Belges.

Tableau 3. Taux de décès par tuberculose (/100 000) en fonction de l'âge, du sexe et de la nationalité dans la Région wallonne et la Région bruxelloise, 1997

		Région bruxelloise	Région wallonne
Age	40-64 ans	0,4	0,4
	65 et +	7,6	6,7
Sexe	Homme	2,0	2,1
	Femme	1,2	0,7
Nationalité	Belge	1,3	1,6
	Non Belge	1,5	1,4

Source : Statistiques de décès, INS 1997

Comme le montre la figure 4, la mortalité liée à la tuberculose reste très faible. Elle évolue différemment dans les deux régions et en fonction du sexe. En Wallonie, la mortalité par tuberculose chez les hommes est plutôt stable entre 1987 et 1992. Elle connaît ensuite une recrudescence entre 1992 et 1994, pour revenir, après 1994, à son niveau de 1987. Chez les femmes, la mortalité reste stable.

A Bruxelles, la mortalité par tuberculose a globalement diminué chez les hommes avec toutefois régulièrement des pics de mortalité. Chez les femmes, la mortalité est stable avec des pics de mortalité en 1988, 1990 et en 1994.

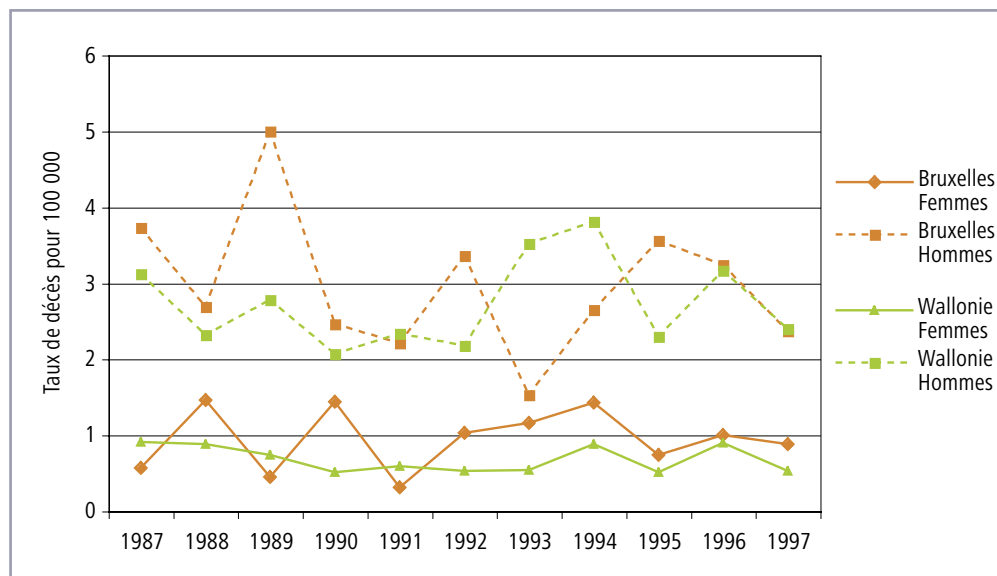


Figure 4. Evolution de la mortalité par tuberculose (pour 100 000 habitants) en Wallonie et en Région bruxelloise en fonction du sexe.

Source : Statistiques de décès, INS 1997

4. DÉPISTAGE

Les activités liées au diagnostic précoce tiennent une place prépondérante dans la stratégie visant à contrôler et à éliminer la maladie. Ces activités sont en général prises en charge par le secteur curatif.

En 2005, le résultat des examens microscopiques est disponible pour 1 106 personnes parmi les 1 144 malades. Si on considère que les cas contagieux sont les patients atteints d'une forme de tuberculose pulmonaire positive à l'examen microscopique, on constate que seulement un peu plus d'1/3 des personnes atteintes de tuberculose sont atteintes d'une forme contagieuse. Ce taux est plus élevé en Wallonie où près d'un malade sur deux est atteint d'une forme contagieuse. Ceci peut s'expliquer en partie par l'âge médian plus élevé chez les malades résidant en Wallonie que dans les autres régions et par le fait que les formes pulmonaires de la tuberculose sont plus fréquentes chez les malades plus âgés.

Tableau 4. Proportion des malades contagieux parmi les malades tuberculeux par région en 2005

	Contagieux (%)*	Non contagieux (%)**	Total (%)
Région flamande	32,1	67,9	100,0
Région bruxelloise	34,0	66,0	100,0
Région wallonne	45,8	54,2	100,0
Belgique	36,3	63,7	100,0

* Tuberculose pulmonaire positive à l'examen microscopique

** Tuberculose pulmonaire négative à l'examen microscopique ou autres formes de tuberculose

Source : FARES, *Registre belge de la tuberculose 2005; résultats non publiés*

En ce qui concerne la localisation pulmonaire, celle-ci est plus fréquemment rencontrée chez des sujets tuberculeux belges, adultes, de sexe masculin. Les sujets étrangers (particulièrement les sujets étrangers «établis») les femmes et/ou les enfants vont plus fréquemment présenter une forme «ganglionnaire» non contagieuse.

- *On relève deux types de dépistage pour la tuberculose, le dépistage passif et le dépistage actif. Le premier se réalise lors d'une visite spontanée d'un individu présentant une plainte auprès d'un médecin. Le second relève d'une procédure organisée auprès de tous les individus appartenant aux groupes identifiés comme étant à risque.*

Tableau 5. Association entre le fait de présenter une forme contagieuse^[3] de la maladie et différents prédicteurs (registres de la tuberculose 2001-2005, n=5 818 : 7 % de résultats inconnus pour l'examen direct parmi les cas pulmonaires)

		%	OR	IC95 %	p
Sexe	Femmes	31,0	1,0		
	Homme	40,7	1,5	(1,3;1,6)	0,0000
Âge	0-14 ans	15,2	1,0		0,0000
	15-29 ans	36,5	3,5	(2,5; 4,8)	0,0000
	30-44 ans	40,2	3,7	(2,7; 5,1)	0,0000
	45-59 ans	44,0	3,6	(2,6; 5,1)	0,0000
	60-74 ans	34,1	2,4	(1,7; 3,3)	0,0000
	≥75 ans	36,6	2,5	(1,8;3,5)	0,0000
Antécédents	Pas d'antécédents	37,6	1,0		0,7282
	Antécédents	38,7	1,0	(0,8; 1,2)	0,9288
	Antécédents inconnus	35,1	0,9	(0,8; 1,1)	0,4261
Origine	Etrangers résidents	34,2	1,0		0,0000
	Etrangers non établis	32,7	0,8	(0,7; 1,0)	0,0211
	Belges	40,8	1,3	(1,2; 1,5)	0,0001
Région	Région flamande	34,6	1,0		0,0000
	Région bruxelloise	34,6	1,1	(0,9; 1,2)	0,3442
	Région wallonne	44,4	1,5	(1,3; 1,7)	0,0000

Source : FARES, Registre belge de la tuberculose 2005; résultats non publiés

On observe également que la proportion de malades contagieux (avec examen microscopique positif) est stable au cours du temps avec toujours un excédent de sujets de ce type en Région wallonne (cet excédent est significatif par rapport à la Région flamande et non significatif par rapport à la Région de Bruxelles).

3. On considère que les cas contagieux sont les patients atteints d'une forme de tuberculose pulmonaire positive à l'examen microscopique.

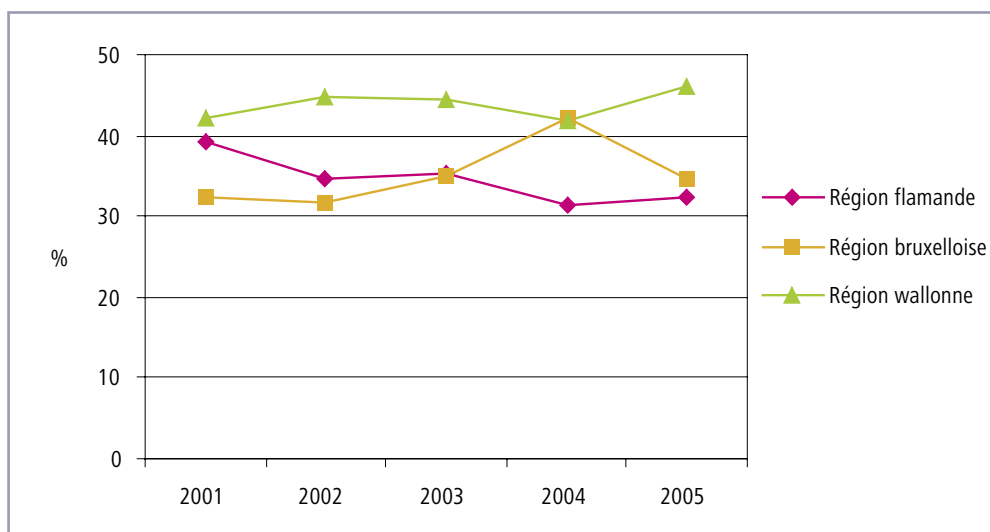


Figure 5. Evolution de la proportion de cas contagieux parmi les malades dans les 3 régions.

Source : FARES, Registre belge de la tuberculose 2005; résultats non publiés

Les maladies qui présentent de faibles taux d'incidence dans la population générale, comme c'est le cas de la tuberculose en Belgique, ont tendance à se concentrer dans certains groupes dits «à risque» (6). Il est donc nécessaire de mettre en place, parallèlement au dépistage passif, des procédures de dépistage «actif» et «ciblé».

4. Cette stratégie est également appliquée en Hollande.

En Communauté française de Belgique, on considère que les groupes de population qui présentent un taux de détection/prévalence de la maladie d'au moins 50/100 000 sont à haut risque de tuberculose et qu'un dépistage doit être organisé. Ce dépistage est actuellement organisé parmi les groupes à risque suivants :

- les demandeurs d'asile
- les prisonniers
- les primo-arrivants de pays à haute prévalence de tuberculose
- les personnes socio-économiquement défavorisées (dont les sans-abri)
- les personnes toxicomanes par voie intraveineuse
- l'entourage de patients contagieux
- les personnes soumises à un risque élevé de contamination par le bacille tuberculeux (les professionnels en contact avec des malades, avec des groupes à haut risque, ...).

- En Wallonie comme à Bruxelles, plus de 85 % des patients tuberculeux déclarés en 2006 ont été diagnostiqués à l'occasion d'une consultation spontanée (tableau 6). Près de 10 % ont été détectés lors d'un dépistage actif organisé dans des groupes à risque et moins de 6 % lors de dépistage des contacts autour d'un patient contagieux. (1)

Tableau 6. Type de diagnostic de la tuberculose en % (2006)

	Région flamande (n=502)	Région bruxelloise (n=343)	Région wallonne (n=299)	Belgique (n=1 144)
Consultation spontanée	81,9	87,7	86,3	85,0
Dépistage des contacts	8,1	3,7	4,2	5,6
Dépistage actif dans des groupes à risque	8,9	8,0	9,2	9,6
Inconnu	1,1	0,5	0,3	0,7

Source : FARES, Registre belge de la tuberculose 2006, à paraître

L'intérêt du dépistage est toutefois conditionné à l'opportunité réelle pour les personnes dépistées d'avoir accès à un diagnostic et un traitement et ce, quelle que soit leur situation en termes de couverture sociale.

4.1. LES DEMANDEURS D'ASILE

La stratégie de dépistage actif mise en place pour les demandeurs d'asile (7) comporte deux étapes :

A l'arrivée en Belgique

Pour les adultes et les enfants âgés de 5 ans et plus, la « cellule dépistage » de l'Office des Etrangers réalise une radiographie du thorax.

Pour les enfants âgés de moins de 5 ans et les femmes enceintes, un test cutané tuberculique (TCT) est réalisé dans les structures d'accueil vers lesquelles ces personnes sont dirigées.

Au cours des deux premières années de séjour en Belgique

Dans la mesure où les personnes provenant de pays à haute prévalence de tuberculose conservent un risque élevé de développer la maladie après leur arrivée, un dépistage actif est également réalisé tous les 6 mois au cours des deux premières années suivant l'arrivée du demandeur d'asile en Belgique^[4]. Les radiographies du thorax sont réalisées la plupart du temps par les Unités Mobiles Radiologiques (UMR). Le test tuberculique

est réalisé dans les mêmes conditions qu'à l'arrivée. Au niveau des régions, ce dépistage est mis en place en Flandre et en Région bruxelloise depuis 2002 et en Région wallonne depuis 2004.

Il faut également souligner que le risque perdure au-delà de ces deux premières années mais que des raisons pratiques imposent de limiter le dépistage dans le temps.

Depuis plusieurs années, le FARES réalise, en étroite collaboration avec la VRGT, l'évaluation annuelle du dépistage actif réalisé parmi les demandeurs d'asile. Les principaux résultats de l'évaluation de 2004 sont présentés ci-après.

Evolution de la couverture du dépistage actif des demandeurs d'asile en Belgique

Comme le montre le tableau ci-dessous, la couverture du dépistage actif des demandeurs d'asile à l'arrivée a suivi une évolution très favorable depuis 1999.

Tableau 7 : Evolution du taux de couverture du dépistage actif parmi les demandeurs d'asile (≥ 5 ans) à l'arrivée en Belgique (Office des Etrangers).

	1999	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Belgique	23,6 %	77,3 %	92,0 %	95,5 %	99,8 %	99,5 %	98,4 %

Source : FARES

En termes d'**efficacité**, on notera qu'en 2004, 55,4 % des tuberculoses déclarées parmi les demandeurs d'asile et répertoriées dans le registre national de la tuberculose ont été détectés au travers du dépistage actif. Ce taux constitue une nette augmentation par rapport à 1999 (25,3 %).

Au niveau des perspectives pour les prochaines années, le FARES met l'accent sur la nécessité :

- de maintenir un taux de couverture optimal lors du dépistage réalisé parmi les demandeurs d'asile à leur arrivée (Office de l'Etranger) et de veiller à ne pas dépasser un taux de 10 % de «perdus de vue» parmi les personnes présentant des anomalies radiologiques pulmonaires nécessitant une mise au point,
- de déterminer le taux de couverture du dépistage périodique,
- de dépister radiologiquement (tous les 6 mois) la plupart des demandeurs d'asile chez qui des lésions tuberculeuses inactives ont été mises en évidence à l'arrivée en Belgique afin de détecter dans les plus brefs délais le développement d'une tuberculose active,
- de sensibiliser le personnel médico-social travaillant avec les demandeurs d'asile afin qu'il soit attentif à orienter rapidement les personnes présentant des symptômes de tuberculose vers le système curatif,
- d'optimiser la supervision du traitement des demandeurs d'asile tuberculeux afin de réduire le nombre de patients «perdus de vue» avant la fin du traitement,
- d'adapter la stratégie en fonction de l'évolution de la politique d'accueil des demandeurs d'asile.

4.2. LES DÉTENUS

Parmi la population, les prisonniers sont identifiés comme représentant un des groupes à haut risque de tuberculose (8). Grâce au financement des Communautés française et flamande, le FARES et la VRGT réalisent depuis une quinzaine d'années un dépistage actif parmi les détenus. L'objectif visé au travers de ce dépistage actif est d'identifier dans les plus brefs délais tout détenu atteint d'une tuberculose active, de le soigner et de limiter ainsi la propagation de la maladie au sein de la prison.

Ce dépistage est réalisé dans la plupart des cas au travers d'une radiographie du thorax à l'entrée dans la prison et annuellement pour les détenus incarcérés pour une période prolongée. De façon plus marginale, ce dépistage s'effectue au moyen d'intradermo-réactions dans quelques prisons francophones.

Depuis 2002, le FARES et la VRGT procèdent à l'évaluation de ce dépistage actif. Les principaux résultats de cette évaluation sont présentés ci-après.

5. Les dépistages par intradermo-réaction ne sont donc pas comptabilisés.

6. En Belgique, une population présentant un taux de détection $\geq 50/100\ 000$ est considérée à haut risque de tuberculose et nécessite la mise en place d'un dépistage actif.

Evolution du taux de couverture radiologique

Bien qu'on observe une amélioration du taux de couverture radiologique^[5] parmi les détenus en Belgique (65 % en 2005), le FARES souligne que celui-ci reste néanmoins insuffisant.

Au niveau des Régions, en 2005, les taux de couverture radiologique étaient de 57 % en Région bruxelloise, 75 % en Flandre et 57 % en Wallonie. En termes d'évolution, on constate que la situation de la Flandre est nettement plus favorable. Pour la Région bruxelloise, la tendance est à la hausse mais l'évolution est plus difficilement appréciable étant donné que la prison de Saint-Gilles n'a été prise en compte qu'à partir de 2004.

En Région wallonne, on observe en 2005 une baisse du taux de couverture radiologique par rapport à 2004. Cette baisse s'explique en partie par le passage à l'intradermo-réaction systématique à l'entrée à la prison de Mons, tests qui ne sont pas comptabilisés dans le taux de couverture radiographique. En 2006, le taux de couverture radiologique progresse en Région flamande (80,7 %) et reste faible en Région wallonne (56,4 %), Pour la Région bruxelloise, seule la couverture sans la prison de St-Gilles est connue (58,1 %). (1)

Tableau 8. Evolution du taux de couverture du dépistage parmi les détenus en Belgique et dans les trois Régions 2002-2006, en %.

	2002	2003	2004	2005	2006
Région bruxelloise	34,0	47,0	39,0 (55)*	57,0	ND (58)*
Région flamande	56,8	60,0	63,5	75,0	80,7
Région wallonne	52,8	56,2	65,0	57,0	56,4
Belgique	52,0	58,0	58,0 (63)*	65,0	ND

*Prison de St-Gilles non comprise comme en 2002 et en 2003 : dans ce cas le taux de couverture est plus élevé.

Source : FARES

En termes d'**efficacité**, on notera qu'en 2005, 86 % des tuberculoses déclarées en Belgique parmi les prisonniers ont été détectés au travers du dépistage actif. Ce taux est en nette progression par rapport à celui de 2002 (67 %).

Dans ses conclusions, le FARES souligne que les résultats du dépistage actif organisé parmi les détenus en 2005 (taux de détection de 79/100 000 en Belgique) confirment que cette population présente un risque plus élevé de développer la tuberculose^[6] et qu'il est nécessaire, dès lors, de poursuivre l'organisation d'un dépistage actif parmi les détenus.

En termes de perspectives pour les prochaines années, le FARES relève qu'il faudrait veiller à l'amélioration :

- de la couverture du dépistage qui est encore trop faible en 2005 (65 %),
- de la collecte des données et de leur fiabilité,
- de l'information dans le milieu carcéral (professionnels et détenus) à propos de la tuberculose et de son contrôle,
- du suivi des cas radiologiquement suspects et des malades tuberculeux sous traitement.

Si le dépistage actif de la tuberculose dans les prisons représente un des éléments importants de la stratégie de contrôle et d'élimination de la tuberculose en Belgique, le FARES souligne que l'optimisation du contrôle de la tuberculose à ce niveau nécessitera la mise à disposition de moyens suffisants en personnel et en matériel et que le problème de la surpopulation carcérale devra également être abordé.

Le FARES a rédigé récemment de nouvelles recommandations sur le contrôle de la tuberculose dans les prisons^[7]. Celles-ci seront d'application en 2008. Le FARES recommande notamment la réalisation d'un test cutané tuberculique chez les détenus dont le séjour en détention est supérieur à 3 mois^[8]. Ce test devrait être organisé annuellement en lieu et place de la radiographie du thorax qui serait réservée aux détenus tuberculino-positifs ayant des antécédents de tuberculose ou d'infection tuberculeuse latente. L'objectif visé par ces tests cutanés tuberculiques répétés est de détecter les éventuels virages parmi les détenus alors que celui visé par la radiographie du thorax est de diagnostiquer prioritairement les cas de tuberculose active. Ces recommandations définissent également les mesures de prévention qui doivent être mises en place dans la prison pour limiter la transmission de la maladie (isolement du détenu, nettoyage et décontamination de la cellule, ...). Elles définissent aussi les mesures à prendre en cas de mini-épidémies et celles en matière de dépistage et de prévention de la tuberculose parmi le personnel du système pénitentiaire. Enfin, le FARES souligne la nécessité de former le personnel de soins dans les prisons afin de garantir un niveau de compétence adéquat et actualisé. L'accent est également mis sur l'importance d'assurer un suivi adéquat des détenus tuberculeux en dehors de la prison afin de protéger la société civile.

4.3. LE MILIEU SCOLAIRE

En milieu scolaire, la politique de dépistage vise en priorité à détecter l'infection tuberculeuse latente afin de préconiser éventuellement par la suite un traitement préventif (9). Cette politique vise les personnes présentant un risque plus élevé d'être contaminées par le bacille tuberculeux et/ou de développer une tuberculose maladie. Alors que jadis toute la population scolaire était dépistée systématiquement par cuti-réaction, la procédure actuelle est de cibler les élèves à dépister (3).

La stratégie de dépistage a été revue en 2002 par un groupe de concertation et a donné lieu à un programme de dépistage scolaire d'une durée de 5 ans (2002-2007) (9). Selon le document du FARES décrivant cette stratégie de contrôle, les axes principaux sont les suivants :

- l'organisation d'un dépistage systématique auprès des primo-arrivants
- l'organisation d'un dépistage au cas par cas chez les élèves identifiés comme étant à risque
- le maintien du dépistage prophylactique
- l'optimisation du suivi après le dépistage
- le maintien d'un degré de vigilance par la formation et l'information
- la collecte informatisée d'informations sanitaires et l'optimisation de leur diffusion
- la mise en place d'un comité de pilotage.

Il a été également décidé de confier l'organisation du dépistage des élèves stagiaires et personnel scolaire aux services de la médecine du travail selon les législations en vigueur.

En 2005-2006, une enquête d'évaluation a été réalisée (10); elle a mis en évidence un taux de couverture relativement bas parmi les primo arrivants et la difficulté importante d'identifier les élèves à risque. A cela viennent s'ajouter les problèmes de coût du dépistage lorsque le test tuberculique est réalisé parmi un petit nombre d'élèves, les difficultés de référer les élèves vers les structures préventive ou curative, le manque de collaboration des médecins. Le maintien de l'expertise parmi le personnel des services PSE (Promotion Santé à l'École) ou CPMS (Centre Psycho Médico Social) est également un défi majeur pour l'avenir étant donné qu'un tiers des services n'a pas été concerné par le dépistage en 2005-2006.

L'objectif général de la nouvelle stratégie de dépistage en milieu scolaire (2007-2012) (3) est de limiter la transmission de la tuberculose en diminuant le délai de diagnostic. Pour y parvenir, 4 axes ont été définis :

1. l'organisation d'un bilan de santé au cours de l'année d'arrivée en Belgique pour tout élève primo-arrivant d'un pays à haute prévalence
2. la recherche de tout signe d'appel de tuberculose chez les élèves identifiés à risque lors des bilans de santé
3. l'organisation du dépistage des contacts de patients tuberculeux contagieux
4. le développement d'une stratégie d'information ciblant les élèves à risque par les services PSE et CPMS.

7. *Communication personnelle avec le FARES.*

8. *Ce premier test devrait servir de référence pour les tests suivants.*

Les principaux partenaires de cette stratégie de contrôle de la tuberculose en milieu scolaire sont les services PSE et CPMS, le FARES, les directions d'école, le comité de pilotage mis en place en 2002 et la DG santé. L'objectif pour le futur est de renforcer la collaboration entre les services de santé scolaires et les instances locales pour la prise en charge de ce dépistage.

4.4. LE MILIEU PROFESSIONNEL

L'objectif visé par le dépistage dans le milieu du travail consiste prioritairement à détecter l'infection tuberculeuse latente plutôt que la tuberculose maladie. (4) Un traitement précoce d'une infection tuberculeuse latente permet de réduire de façon appréciable le risque de développer ultérieurement une maladie tuberculeuse.

En janvier 2005, le FARES a émis des recommandations en matière de dépistage et de prévention de la tuberculose dans le milieu du travail. Ces recommandations se basent sur la loi du 4 août 1996 portant sur le bien-être des travailleurs et ses différents arrêtés d'application, celui du 4 août 1996 relatif à l'exposition aux agents biologiques sur le lieu de travail, celui du 27 mars 1998 concernant la politique de gestion du risque et celui, plus récent, du 28 mai 2003 concernant la surveillance de la santé des travailleurs.

Conformément à la législation, le risque sur le lieu du travail doit être évalué de manière concertée par l'employeur et le médecin du travail. Cette évaluation déterminera la politique de gestion du risque à mettre en œuvre. Cette politique devra être retranscrite dans le plan global de prévention de l'entreprise. C'est également ce plan qui définit les travailleurs qui doivent se soumettre à un dépistage de la tuberculose et à quelle fréquence celui-ci doit être réalisé.

Actuellement, en l'absence de données sur le risque réel d'infection tuberculeuse sur le lieu de travail en Belgique, une division arbitraire des travailleurs en trois groupes est proposée. Cette division s'opère sur le risque d'infection en fonction du type d'activité :

- **Groupe A** : les travailleurs à haut risque d'infection tuberculeuse car ils poursuivent des activités les mettant régulièrement en contact direct avec de nombreux patients tuberculeux, produits contaminés, groupes à risque (le personnel hospitalier des urgences, soins intensifs, maladies infectieuses ..., le personnel des laboratoires de microbiologie et des salles d'autopsie, les gardiens de prison, le personnel des centres d'accueil pour demandeurs d'asile, illégaux ou sans-abri, ...)
- **Groupe B** : les travailleurs présentant un risque moyen d'infection tuberculeuse car leurs activités les mettent en contact de façon sporadique avec des groupes identifiés à risque (le personnel hospitalier des services non repris dans la catégorie A, le personnel des institutions pour personnes âgées, les infirmières à domicile, aides-familiales, ...)
- **Groupe C** : les travailleurs qui ne sont pas soumis à un risque plus élevé que celui existant en dehors du lieu de travail.

La gestion du risque sur le lieu du travail implique des mesures de dépistage adaptées en fonction du groupe auquel les travailleurs appartiennent. Les travailleurs du groupe A devront être dépistés par intradermo-réaction lors de leur engagement et ensuite deux fois par an durant la période d'exposition au risque. Ceux du groupe B devront également être dépistés lors de leur engagement et ensuite un dépistage par an est préconisé durant la période d'exposition au risque. Pour les travailleurs du groupe C, il n'est pas nécessaire d'organiser un dépistage systématique.

En général, le dépistage est réalisé au moyen du test cutané tuberculinique (TCT). Une radiographie du thorax ne sera réalisée qu'en cas de TCT positif.

Enfin, le plan global de prévention de l'entreprise détermine les mesures préventives à prendre pour limiter la transmission de la tuberculose sur le lieu de travail et prévoit une information complète des travailleurs sur la tuberculose et les risques de contamination sur le lieu du travail. Dans ses recommandations, le FARES rappelle ces différentes mesures de prévention. Parallèlement, elle insiste sur l'importance du dépistage passif et le rôle que les médecins du travail peuvent jouer en restant attentifs à tous les signes d'alerte de la maladie.

Dépistage parmi le personnel des centres d'accueil de l'Etat en Communauté française

Initié en 2003, le dépistage par test cutané tuberculique du personnel des centres d'accueil de l'Etat est organisé, depuis 2005, 2 fois par an dans tous les centres sous tutelle de l'Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile (Fedasil). Les résultats de 2006 montrent une diminution du taux de couverture global^[9] par rapport à 2005 (68,4 % vs 78,8 %) et une augmentation du risque annuel d'infection (RAI)^[10] (3,07 % en 2006 vs 0,82 % en 2005). On n'observe cependant aucun cas de tuberculose active parmi le personnel. (1)

Dépistage parmi le personnel des prisons en Communauté française

Depuis 2006, le dépistage par test cutané tuberculique du personnel des prisons est organisé 2 fois par an. Les résultats des dépistages réalisés en 2006 montrent également une baisse du taux de couverture global par rapport à 2005 (50 % vs 54 %) et une légère augmentation du RAI (3,21 % en 2006 vs 2,19 % en 2005).

Le FARES souligne les difficultés organisationnelles rencontrées dans les prisons en 2006. Les résultats confirment néanmoins la nécessité de poursuivre le dépistage systématique. Les taux de participation des travailleurs au dépistage sont faibles et la fréquence semestrielle du dépistage devra peut-être être reconsidérée en vue d'améliorer ces taux de participation. (1) (8)

4.5. SOCIOPROPHYLAXIE ET DÉPISTAGE DES CONTACTS

Depuis plusieurs années, le FARES est responsable de l'organisation des activités liées à la socioprophyllaxie. Dans ce cadre, il doit s'assurer de la prise en charge des patients tuberculeux contagieux et du dépistage de son entourage afin de limiter la propagation de la maladie. Ce dépistage est plus fréquemment réalisé par une intradermo-réaction.

En termes de socioprophyllaxie, les interventions réalisées par le FARES portent sur le dépistage de l'entourage, le suivi du traitement du patient, les visites à domicile et les appuis aux patients dans des démarches d'ordre social.

En ce qui concerne le dépistage de l'entourage, plusieurs acteurs peuvent intervenir (le médecin généraliste ou spécialiste, le FARES, les services PSE/PMS, le médecin du travail). Ce dépistage peut émaner d'une démarche individuelle (les sujets-contact d'un malade se rendent dans un dispensaire du FARES pour se faire dépister) ou d'une démarche collective (dans ce cas, les infirmières du FARES se rendent dans l'institution ou l'entreprise lorsqu'un cas contagieux y a été déclaré).

En 2006, le nombre de contacts dépistés par les structures du FARES est plus élevé qu'en 2005 (6 370 vs 5 311). Le taux de détection dans ce groupe est de 110/100 000 en 2006, ce qui justifie l'organisation de ce dépistage systématique. (1)

9. Total des ID lues + des RX initiales effectuées en 2006/total des travailleurs à dépister.

10. Proportion de virages au cours de l'année.

11. *Isolée ou combinée à d'autres résistances.*

5. TRAITEMENT

En général, le traitement de la tuberculose nécessite une prise journalière de 3 ou 4 médicaments durant 2 mois (période «d'attaque») et de 2 médicaments durant 4 à 6 mois (période de continuation).

Pour être efficace, ce traitement ne doit pas être interrompu. Hormis les chances de guérison qui diminuent en cas d'interruption du traitement, le patient risque également de développer une résistance à l'égard d'un ou de plusieurs des médicaments utilisés.

Les résultats présentés pour l'année 2006 et la cohorte des patients de 2005 proviennent du Registre belge de la tuberculose de 2006 du FARES (1).

5.1. RÉSISTANCE AU TRAITEMENT

Il existe différents types de tuberculose :

- la tuberculose dite «sensible» : lorsque les bacilles tuberculeux répondent à tous les médicaments du traitement,
- la tuberculose «monorésistante» : lorsque les bacilles tuberculeux résistent à un des médicaments antituberculeux de première ligne prescrits,
- la tuberculose «polyrésistante» : lorsque les bacilles tuberculeux résistent à au moins deux médicaments antituberculeux, autres que l'isoniazide et la rifampicine
- la tuberculose «multirésistante» : selon l'OMS, on parlera de multirésistance en cas de résistance à au moins 2 médicaments de première ligne essentiels dans le traitement, l'isoniazide et la rifampicine. (11)

La présence d'une résistance à plusieurs médicaments antituberculeux de première ligne peut entraîner le recours à des médicaments de deuxième ligne, ce qui peut entraîner des effets secondaires plus importants, un allongement la durée du traitement, une efficacité moindre et un coût plus élevé du traitement.

En 2006, le Registre de la tuberculose du FARES a enregistré 18 cas de tuberculoses multirésistantes en début de traitement (2,2 %). Ce taux est plus élevé qu'en 2005 (1,4 %) mais la différence n'est pas significative. Entre 2002 et 2006, la résistance globale⁽¹¹⁾ à l'isoniazide est passée de 7,7 % à 6,8 %. Ce taux de résistance est plus élevé en 2006 (6,8 %) qu'en 2005 (5,5 %) et en 2004 (5,1 %). Il reste cependant inférieur à ceux de 2003 (7,5 %) et de 2002 (7,7 %).

En 2006, la résistance globale à l'isoniazide est trois fois plus élevée parmi les non-Belges (9,9 %) que parmi les Belges (3,4 %), et les cas de multirésistance sont plus fréquents parmi les non-Belges (3,7 %) que parmi les Belges (0,5 %). (1)

5.2. ISSUES DU TRAITEMENT

Le registre de la tuberculose comprend un volet de suivi à 12 mois des patients pulmonaires confirmés par la culture. La cohorte de 2005 est constituée de 673 patients dont la tuberculose pulmonaire a été confirmée par une culture. Pour 15 de ces patients, le diagnostic de tuberculose a été revu, pour 33 aucune donnée de suivi n'était disponible et 16 étaient encore sous traitement en 2006. (1)

Les issues du traitement les plus fréquemment rencontrées peuvent être regroupées en 3 grandes catégories : guéris, décédés et abandon.

Guérison

Après les 12 mois de suivi, seulement 125 patients en Région bruxelloise (72 %) et 144 en Wallonie (77 %) ont été considérés comme guéris en 2006.

Le nombre de guérisons observé dans ces deux régions est plus élevé que celui lui observé en Flandre (66,7 %) au cours de cette année. Les résultats de la Région bruxelloise sont légèrement meilleurs qu'en 2005 (69 %) mais ils restent inférieurs à ceux observés en 2004 (83 %). (1)

Létalité

A Bruxelles, la mortalité parmi les personnes traitées est de 8 %. Ce taux est inférieur à la moyenne nationale (12 %) et au taux observé en Flandre. En Wallonie, la mortalité est particulièrement élevée (16 %). Ces chiffres de mortalité doivent toutefois être relativisés. La majorité des patients sont **décédés d'une autre cause** soit avant le début du traitement, soit avant la fin du traitement. Les différences observées entre régions peuvent être mises en relation avec la structure d'âge dans chacune des régions : à Bruxelles, la population est plus jeune ce qui se traduit par une mortalité plus faible. A l'inverse, en Wallonie, la population est plus âgée et meurt plus d'autres comorbidités.

Parmi la cohorte 2005, le **taux de décès dus à la tuberculose** (taux de létalité) avant la fin du traitement est de 2,9 % à Bruxelles, 2,2 % en Wallonie et 3,6 % en Flandre. (1)

Abandon

Le taux d'abandon du traitement est de 21 % à Bruxelles et 7 % en Wallonie.

Les «abandons» sont essentiellement des patients qui ont été perdus de vue avant la fin du traitement.

Les malades ayant dû quitter la Belgique avant la fin de leur traitement représentent également une part non négligeable de ces abandons, particulièrement à Bruxelles. Le nombre d'abandons plus élevé à Bruxelles peut s'expliquer notamment par une proportion plus importante d'étrangers (demandeurs d'asile), de marginaux, de toxicomanes, de sans-abri, etc. (1)

- *Après les 12 mois de suivi, seulement 125 patients en Région bruxelloise (72 %) et 144 en Wallonie (77 %) ont été considérés comme guéris en 2006.*
- *Parmi la cohorte 2005, le taux de décès dus à la tuberculose avant la fin du traitement est de 2,9 % à Bruxelles, 2,2 % en Wallonie et 3,6 % en Flandre. (1)*
- *Le taux d'abandon du traitement est de 21 % à Bruxelles et 7 % en Wallonie.*
- *Les «abandons» sont essentiellement des patients qui ont été perdus de vue avant la fin du traitement.*

12. Patients pour lesquels des informations sont disponibles sur le suivi.

13. Patients pour lesquels des informations sont disponibles sur le suivi.

Tableau 9. Issue du traitement pour la cohorte des patients de 2005 atteints de TBC pulmonaire confirmée

2005	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Résultat favorable	166	66,7	125	71,8	144	77,4	435	71,4
Guérison bactériologiquement prouvée	37	14,9	42	24,1	51	27,4	130	21,3
Traitement complet sans confirmation bactériologique de la guérison	129	51,8	83	47,7	93	50,0	305	50,1
Mortalité	30	12,0	13	7,5	30	26,1	73	12,0
Décédé de tuberculose avant la fin du traitement	9	3,6	5	2,9	4	2,2	18	3,
Décédé d'une autre cause avant la fin du traitement	2	0,8	0	0,0	9	4,8	11	1,8
Décédé d'une autre cause avant le début du traitement	19	7,6	8	4,6	17	9,1	44	7,2
Echec du traitement								
(culture encore ou à nouveau positive après 5 mois de traitement)	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Abandon du traitement	52	20,9	36	20,7	12	6,5	100	16,4
Perdu de vue avant la fin du traitement	45	18,1	26	14,9	10	5,4	81	13,3
Traitement interrompu plus de 2 mois	5	2,0	0	0,0	0	0,0	5	0,8
A quitté la Belgique avant la fin du traitement	1	0,4	9	5,2	2	1,1	12	2,0
Non compliance au traitement	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Traitement interrompu, raison inconnue	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,2
Total	249		174		186		609	
Encore sous traitement à la fin de l'année considérée	6		5		5		16	

Source : FARES, Registre de la tuberculose 2006, à paraître.

De façon plus spécifique, au niveau des demandeurs d'asile, on notera qu'en 2004, 42,4 % des patients^[12] (n=42) ont été guéris (avec ou sans preuves bactériologiques), que 42,4 % étaient encore sous traitement 12 mois après le diagnostic, que 6,1 % des patients ont été perdus de vue et que 7,6 % ont quitté la Belgique avant la fin de leur traitement.

Le FARES souligne que si le pourcentage des patients dont on ignore s'ils ont pu mener leur traitement à terme est en nette diminution (13,7 % en 2004 versus 21 % en 2003), l'expulsion précoce des demandeurs d'asile sous traitement constitue un problème non négligeable. Les arrêts en cours de traitement sont en effet préjudiciables pour le patient dont la guérison est remise en cause mais ils ne sont pas non plus sans conséquence en termes de santé publique (risque de propagation de la maladie, développement de tuberculoses multirésistantes) (7).

En ce qui concerne les détenus, on notera qu'entre 2002 et 2004, 74 % des patients incarcérés^[13] (n=42) ont été guéris (avec ou sans preuves bactériologiques). On constate également un taux élevé (24 %) de patients qui ont été perdus de vue avant la fin du traitement (8).

6. LES INTERVENANTS

En Belgique, les secteurs curatif et préventif intègrent les activités liées au contrôle et à l'élimination de la tuberculose. En Communauté française, étant donné le nombre considérable d'intervenants impliqués dans le programme d'élimination de la tuberculose, la définition de leurs tâches spécifiques et la coordination de celles-ci sont deux éléments majeurs pour s'assurer de la cohérence des actions et de la standardisation des pratiques. (1)

Dans son rapport d'activités de 2006 (1), le FARES répertorie les différents acteurs impliqués dans le programme d'élimination de la tuberculose comme suit :

Pôle de décision et administration

- **Niveau fédéral** : Ministre de la santé/affaires sociales, SPF santé publique, INAMI, Conseil Supérieur de la Santé, Service Commun de Protection et de Prévention au travail (SCPPT), Fonds des maladies professionnelles, Ministres de la justice, intégration sociale, intérieur, Administrations dépendant de ces ministres et plus particulièrement le Service de la Santé Pénitentiaire, Fedasil, Office des Etrangers, Ministre du travail et son administration
- **Communauté française** : Ministre de la santé, Administration Générale de la Santé, Inspections d'hygiène, Ministre de l'enseignement et son administration, Conseil Supérieur de Promotion de la Santé
- **COCOM** : Ministres ayant la santé dans leurs attributions et leur administration, Inspection d'hygiène
- **Communauté germanophone** : Ministres ayant la santé dans leurs attributions et leur administration.

Acteurs concernés par le dépistage actif

- FARES (Unité de Secteur)
- O.N.E. (En collaboration avec FARES)
- Services de médecine du travail
- SPSE/CPMS
- Médecins généralistes ou spécialistes
- Instances de prise en charge des groupes à risque
- Services itinérants provinciaux de Namur et de Liège
- Services de radiologie privés ou publics
- Econophar SPRL.

Acteurs concernés par le diagnostic de tuberculose

- Secteurs curatif (Médecins généralistes, maisons médicales, spécialistes, projet MSF Belgique, Projet Médecins du Monde, services médicaux attachés à des institutions, services de radiologie, hôpitaux ...)
- Secteur préventif
- Laboratoires de microbiologie
- Laboratoires de référence pour les mycobactéries : Institut Pasteur – Bruxelles et IMT Anvers
- Service de biologie clinique de l'ISP.

Acteurs concernés par le traitement de la tuberculose/Latent Tuberculosis Infection (LTBI)

- BELTA-TBnet
- Curatif : médecins généralistes ou spécialistes
- Pharmaciens d'officine ou hospitaliers
- Agence du médicament
- Association Pharmaceutique Belge (APB)
- INAMI
- Banque Carrefour de la sécurité sociale
- Mutuelles
- FARES
- CPAS
- Fedasil
- Econophar SPRL.

Acteurs concernés par la déclaration de tuberculose

- Secteur préventif (FARES, SPPT, SPSE/CPMS, O.N.E.)
- Secteur curatif (médecins, labos)
- Mutuelles
- Inspections d'hygiène (Communauté française/COCOM).

Autres professionnels, associations, institutions concernés par le programme

- Associations représentatives de professionnels ou de secteurs particuliers impliqués dans le contrôle de la tuberculose
- Observatoires de la santé
- CLPS
- Centres Universitaires de Médecine Générale (CUMG), dodécagroupes, Groupes Locaux d'Evaluation Médicale (GLEM's)
- Ecoles supérieures, universités.

7. MISE EN PERSPECTIVE AVEC LE PCO

Au travers de ses activités, le FARES touche des publics précarisés ayant un accès limité aux soins. L'aspect social est fortement pris en compte sur le terrain notamment dans la supervision du traitement.

Pour le programme d'élimination de la tuberculose, les objectifs du PCO portent sur les interventions réalisées auprès des groupes cibles (les malades, les groupes à haut risque, l'entourage des malades contagieux) ainsi que sur des interventions plus transversales visant à améliorer la qualité du programme.

Les principaux résultats des actions menées par le FARES et qui sont en lien avec les objectifs du PCO sont présentés ci-après.

7.1. LES MALADES

L'hétérogénéité de la maladie, que ce soit au niveau géographique (concentration dans les grandes villes, incidence plus élevée à Bruxelles, ...), au niveau de l'âge (population plus âgée parmi les malades belges, plus jeune parmi les malades non belges), du sexe (les hommes sont plus à risque), ou de la nationalité (risque plus élevé parmi les personnes non belges de développer une tuberculose) confirme la nécessité de développer et de poursuivre des stratégies ciblées, tant au niveau du dépistage qu'au niveau de la prise en charge des malades.

Au niveau de l'issue du traitement, pour la cohorte de 2004, on constatait que le taux de guérison était meilleur en Flandre (85 %) qu'en Wallonie (70 %) et qu'à Bruxelles (69 %). Pour la cohorte de 2005, cette tendance s'inverse et les résultats de Bruxelles (72 %) et de la Wallonie (77 %) sont meilleurs que ceux de la Flandre (66,7 %). Les résultats de Bruxelles en 2006 (72 %) restent cependant inférieurs à ceux de 2004 (83 %).

Pour la cohorte de 2005, les taux d'abandon en cours de traitement sont particulièrement élevés à Bruxelles (21 %) et en Flandre (21 %). En Wallonie, ce taux s'élève à 6,5 %. Ces abandons se constituent essentiellement (81 %) de patients perdus de vue ou ayant dû quitter la Belgique avant la fin du traitement.

7.2. LES GROUPES À HAUT RISQUE

Parmi **les demandeurs d'asile**, le taux de couverture du dépistage actif à l'Office des Etrangers s'élève à environ 98 % en 2006, ce qui constitue un résultat optimal. En termes de traitement, les résultats du rapport du FARES (7) montrent que le taux de malades perdus de vue avant la fin du traitement a diminué (13,7 % en 2004 vs 21 % en 2003) mais que l'expulsion précoce des demandeurs d'asile sous traitement reste un problème non négligeable entraînant des conséquences pour la santé du malade mais également pour la collectivité.

L'évaluation du dépistage actif de la tuberculose parmi **les détenus** en Belgique réalisée par le FARES en 2005 (8) souligne un taux de couverture radiologique de 65 %. Ce taux de couverture, bien qu'en augmentation, reste insuffisant, particulièrement en Régions bruxelloise et wallonne (57 %) par rapport à la Flandre (75 %). Au niveau du traitement, les résultats de l'évaluation montrent également un taux élevé de malades perdus de vue avant la fin du traitement (24 %). En 2006, le taux de couverture radiologique s'améliore en Flandre (80,7 %) et reste plus faible à Bruxelles (58 %, la prison de Saint-Gilles non comprise) et en Wallonie (56,4 %).

Sur base de l'évaluation du programme de dépistage de la tuberculose **en milieu scolaire** 2002-2007 (10), le FARES a élaboré un nouveau programme pour la période 2007-2012. (3) L'objectif principal de ce nouveau programme est de limiter la transmission de la tuberculose en diminuant le délai de diagnostic. Ce programme prévoit également le renforcement de la collaboration entre les services de santé scolaires et les instances locales dans la prise en charge de ce dépistage.

Le milieu professionnel fait l'objet de recommandations élaborées par le FARES (4) dont l'objectif prioritaire est de détecter les infections tuberculeuses latentes et les virages. Le FARES rappelle néanmoins le rôle majeur des médecins du travail dans le dépistage passif.

En ce qui concerne le dépistage des **sujets-contacts**, on constate qu'en 2006, le nombre de dépistages réalisés par les structures du FARES est plus élevé qu'en 2005 (6 370 vs 5 311). Le taux de détection dans ce groupe est de 110/100 000 en 2006, ce qui justifie l'organisation de ce dépistage systématique. (1)

7.3. LES OBJECTIFS TRANSVERSAUX POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DU PROGRAMME

Au niveau de l'information, il semble que celle-ci pourrait être améliorée de manière générale et particulièrement dans les groupes à haut risque.

Les professionnels en contact avec les groupes ciblés devraient également être plus sensibilisés sur le rôle qu'ils peuvent jouer au niveau de l'identification des personnes présentant des symptômes de la maladie et leur orientation rapide vers le système curatif.

La collecte des données et l'amélioration de leur fiabilité devraient également faire l'objet d'un effort accru, particulièrement dans le milieu carcéral.

14. *Le lecteur trouvera plus de détails à ce sujet dans le mémoire de fin d'études «Adhérence au traitement de la tuberculose : les représentations sociales des personnes atteintes de la tuberculose au cours de leur hospitalisation», FOPES UCL, 2006.*

8. PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

Les résultats en termes d'incidence présentés dans le Registre du FARES pour 2006 (10,7/100 000) permettent d'espérer que le seuil des 10 cas pour 100 000 habitants sera atteint très prochainement. (1)

Toutefois, la relative stabilisation constatée dans l'évolution de la tuberculose et la concentration de celle-ci dans certains groupes de la population confortent la nécessité de poursuivre et de renforcer les efforts entrepris.

Les résultats soulignent également la nécessité de développer des stratégies ciblées prenant en compte l'hétérogénéité de distribution de la maladie (au niveau géographique, de l'âge, du sexe, des modes de vie, ...).

Les stratégies actuellement mises en place pour les demandeurs d'asile, les illégaux, les enfants originaires de pays à haute prévalence, les personnes précarisées, les détenus et les sujets-contacts de malades tuberculeux contagieux doivent être renforcées en collaboration avec tous les acteurs impliqués.

En ce qui concerne les demandeurs d'asile, les efforts doivent être concentrés pour maintenir le taux de couverture optimal du dépistage réalisé à l'Office des Etrangers. Au-delà de ce dépistage à l'entrée, il est également important de disposer des moyens nécessaires pour pouvoir réaliser un suivi tous les 6 mois des demandeurs d'asile afin de détecter précocement le développement éventuel de la maladie. Le personnel impliqué dans la prise en charge des demandeurs d'asile doit également être sensibilisé à la nécessité de diriger vers le secteur curatif toute personne présentant des symptômes de tuberculose.

Le suivi des cas suspects et des malades sous traitement doit également faire l'objet d'efforts accrus afin que le nombre de perdus de vue poursuive sa régression (7).

Au niveau du milieu carcéral, les derniers résultats du FARES montrent que des efforts doivent être investis en matériel et en personnel pour améliorer la couverture du dépistage, la collecte des données, la diffusion de l'information dans le milieu pénitentiaire sur la maladie et son contrôle, le suivi des cas suspects et des malades sous traitement même en dehors du milieu carcéral (8).

Les interventions du FARES en termes de socioprophylaxie sont en hausse en 2006. En ce qui concerne les sujets-contacts, le nombre de dépistages réalisés par les structures du FARES est également plus élevé en 2006 qu'en 2005 (6 370 vs 5 311). Le taux de détection dans ce groupe (110/100 000 en 2006) confirme la nécessité d'organiser ces dépistages. (1)

Au niveau du traitement, les résultats de la cohorte de 2005 montrent une amélioration du taux de guérison en Wallonie par rapport à la cohorte de 2004 (77,4 % vs 70,4 %) et de façon plus légère à Bruxelles (71,8 % vs 68,6 %). Le taux de guérison en Flandre présente une diminution importante entre les deux cohortes (84,5 % pour la cohorte de 2004 vs 66,7 % pour la cohorte 2005). On observe également une augmentation du nombre de malades perdus de vue avant la fin du traitement en Flandre (3,6 % pour la cohorte de 2004 vs 18,1 % pour la cohorte de 2005). A Bruxelles, ce taux reste très important dans les 2 cohortes (17 % et 15 %). En Wallonie, si 8 % des patients de la cohorte de 2004 avaient été perdus de vue, ils ne sont plus que 6,5 % de la cohorte de 2005. (1) Des efforts importants doivent donc être développés pour améliorer le suivi des patients. On peut également s'interroger sur les raisons qui peuvent parfois conduire certains patients à abandonner leur traitement. Il existe, en effet, très peu de données sur les difficultés que peuvent rencontrer les malades à intégrer la maladie et son traitement dans leur vie professionnelle, sociale et affective^[14].

- *Les résultats en termes d'incidence de la maladie en Belgique pour 2006 (10,7/100 000) permettent d'espérer que le seuil des 10 cas pour 100 000 habitants sera atteint très prochainement. Toutefois, la relative stabilisation constatée dans l'évolution de la tuberculose et la concentration de celle-ci dans certains groupes de la population confortent la nécessité de poursuivre et de renforcer les efforts entrepris.*

- *Des efforts importants doivent également être développés pour améliorer le suivi des patients. On peut s'interroger sur les raisons qui peuvent parfois conduire certains patients à abandonner leur traitement.*

9. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. FARES. Rapport d'activités 2006 – Perspectives 2007. A paraître.
2. Raviglione M.C., O'Brien R.J. Tuberculosis. In Harrison's principles of Internal Medicine. Fauci A.S., Braunwald E., Isselbacher K.J., Wilson J.D., Martin J.B., Kasper D.L., Hauser S.L., Longo D.L. Editors, 14th ed., McGraw Hill New York, 1998.
3. FARES. Stratégie de contrôle de la tuberculose en milieu scolaire 2007-2012.
4. FARES. Dépistage et prévention de la tuberculose dans le milieu du travail 2005.
5. FARES. Registre de la tuberculose 2005.
6. Broekmans J.F., Migliori G.B., Rieder H.L., Lees J., Ruutu P., Loddenkemper R. et Raviglione M.C. European framework for tuberculosis control and elimination in countries with a low incidence. Eur Respir J 2002; 19 :765-75.
7. FARES. Résultats du dépistage organisé chez les demandeurs d'asile en Belgique. 2004.
8. FARES. Evaluation du dépistage actif de la tuberculose parmi les détenus en Belgique. 2005.
9. FARES. Programme de dépistage de la tuberculose en milieu scolaire (2002-2007).
10. FARES. Evaluation de la stratégie de dépistage de la tuberculose en milieu scolaire 2002-2007.
11. Surveillance des Maladies Infectieuses par un Réseau de Laboratoires de Microbiologie 2000. Tendances Epidémiologiques 198-1999. Institut Scientifique de Santé Publique, Section d'Epidémiologie, Janvier 2002 - Rapport : D/2001/2505/27.

10. SITES À CONSULTER

FARES Fonds des Affections Respiratoires. Organisme officiel pour la prévention de la tuberculose en Communauté française. www.fares.be

Les sites suivants sont ceux repris sur le site du FARES :

VRGT La Vlaamse Vereniging voor Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding est l'organisme officiel pour la prévention de la tuberculose en Flandre. www.vrgt.be

ISP - Morbidat Programme de l'Institut de Santé Publique, qui présente des banques de données de morbidité en Belgique, dont celle de la tuberculose. www.iph.fgov.be/epidemiolo/morbidat/

Fondation Damien La Fondation se consacre à lutter contre deux maladies : la lèpre et la tuberculose. www.fondationdamien.be

KNCV Le site hollandais de la Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose contient des informations en néerlandais et en anglais. www.tuberculose.nl

Euro TB Programme de surveillance épidémiologique de la tuberculose en Europe, dont les objectifs sont de collecter, analyser et publier des données dans le but d'améliorer le contrôle de la tuberculose. Comprend des communications, publications, congrès, ainsi que des fiches épidémiologiques téléchargeables par pays. Publie un rapport annuel. Financé par la Commission des Communautés Européennes et coordonné par l'Institut de Veille Sanitaire (INVS, Saint-Maurice, France) en collaboration avec l'Association Royale des Pays-Bas contre la Tuberculose (KNCV, La Haye). www.eurotb.org

UICTMR Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires. www.uitd.org Visitez www.ingentaconnect.com pour consulter The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease – maintenant en accès libre pour les années 1997-2004!

RHAC Public Health Agency of Canada est un site avec une fiche d'information en français sur la tuberculose très complète. www.phac-aspc.gc.ca/publicat/tbfs-fitb/index_f.html

OMS Site de l'Organisation Mondiale de la Santé. Beaucoup d'informations notamment sur la journée mondiale de la tuberculose. www.who.int/topics/tuberculosis/fr/index.html

Stop TB Global Stop TB Partnership. www.stoptb.org

ALA American Lung Association. www.lungusa.org

NTC National Tuberculosis Center. www.nationaltbcenter.edu

ATS American Thoracic Society. www.thoracic.org

CDC Centers for Disease Control and Prevention/Division of Tuberculosis Elimination. www.cdc.gov/nchstp/tb/default.htm

GFATM Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a été créé pour augmenter considérablement les ressources visant à lutter contre trois des maladies les plus dévastatrices du monde, et pour diriger ces ressources vers les régions les plus nécessiteuses. www.theglobalfund.org/fr/

ERS The European Respiratory Society. Organisation médicale internationale créée en 1990. www.ersnet.org

CAHIER 5 TRAUMATISMES

Auteurs : Christine BAZELMANS, Martine BANTUELLE, Alain LEVÊQUE,
Christelle SENTERRE, Marie-Christine VAN BASTELAER

1. INTRODUCTION

Les traumatismes représentent un problème majeur de santé publique en Europe, les groupes les plus affectés étant les jeunes et les personnes âgées. Il s'agit souvent cependant d'un problème dont la gravité est sous-évaluée. Or, les traumatismes sont souvent évitables; ils peuvent être prévenus ou atténués. Les traumatismes sont causés par des facteurs multiples interdépendants, et les mesures de lutte doivent donc toucher simultanément différents domaines.

Dans l'Union Européenne des 25, les traumatismes représentent la principale cause de décès parmi les moins de 40 ans : ils représentent 27 % des décès parmi les moins de 20 ans et 38 % dans le groupe d'âge 20-40 ans. Les principaux traumatismes mortels sont les accidents de la route et les suicides (1).

Bien que les accidents touchent tous les individus, il existe des différences entre les sexes, les âges et les régions. Dans la population, la mortalité par accident est généralement deux à trois fois plus élevée chez les hommes que les femmes. Les jeunes et les personnes âgées sont plus particulièrement touchés. Les pays de l'Europe de l'Est (Lituanie, Lettonie) et du Sud (Portugal, Grèce) présentent les taux de décès par cause externe les plus élevés. Les pays du Nord (Suède, Finlande, Pays-Bas et Royaume-Uni) présentent les taux les plus bas (1).

Les traumatismes ont un impact économique et social important. Les décès ou les incapacités liés aux accidents peuvent entraîner une diminution de la qualité de vie et une aggravation de la pauvreté. Sur un plan purement économique, les coûts liés aux soins, à une hospitalisation prolongée, à la réadaptation des victimes et la perte de productivité peuvent être énormes.

De nombreuses stratégies pour prévenir les traumatismes ont déjà été mises en place et ont montré leur efficacité : port de la ceinture de sécurité, port du casque, l'application de politique contre l'alcool au volant et les excès de vitesse, les emballages spéciaux pour éviter les intoxications, le matériel de protection sur le lieu de travail, etc.

Depuis 2005, la Communauté française de Belgique a décidé d'inscrire cette problématique dans ses priorités de santé publique.

- *La sécurité est un préalable à l'amélioration et au maintien du bien-être et de la santé de la population.*
- *Les traumatismes sont souvent évitables; ils peuvent être prévenus ou atténués.*

2. LES ACCIDENTS EN GÉNÉRAL

2.1. LA MORTALITÉ

En 1997, les traumatismes étaient responsables de 2 419 (72,8/100 000) décès en Région wallonne et de 658 décès en Région de Bruxelles-Capitale (69,2/100 000). Ces taux sont supérieurs au taux observé en Flandre (54,4/100 000).

L'âge et le sexe

Quel que soit l'âge, la mortalité par traumatisme est plus élevée chez les hommes, et ce dans les deux Régions.

On observe dans la figure 1 que le taux de décès par traumatisme augmente en fonction de l'âge avec des taux particulièrement plus élevés dans la catégorie des 65 ans et plus.

Figure 1. Taux de mortalité (/100 000) en fonction de l'âge et du sexe à Bruxelles et en Wallonie.

Source : INS, 1997

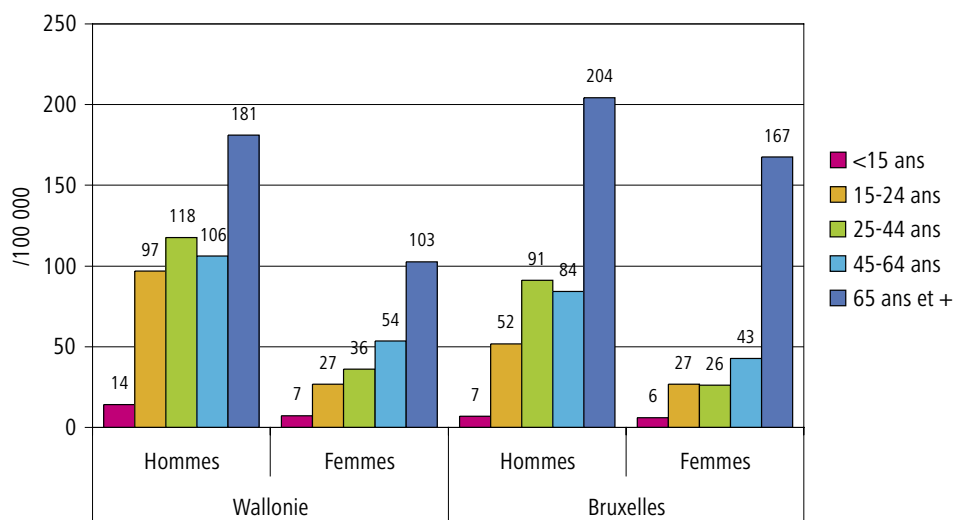
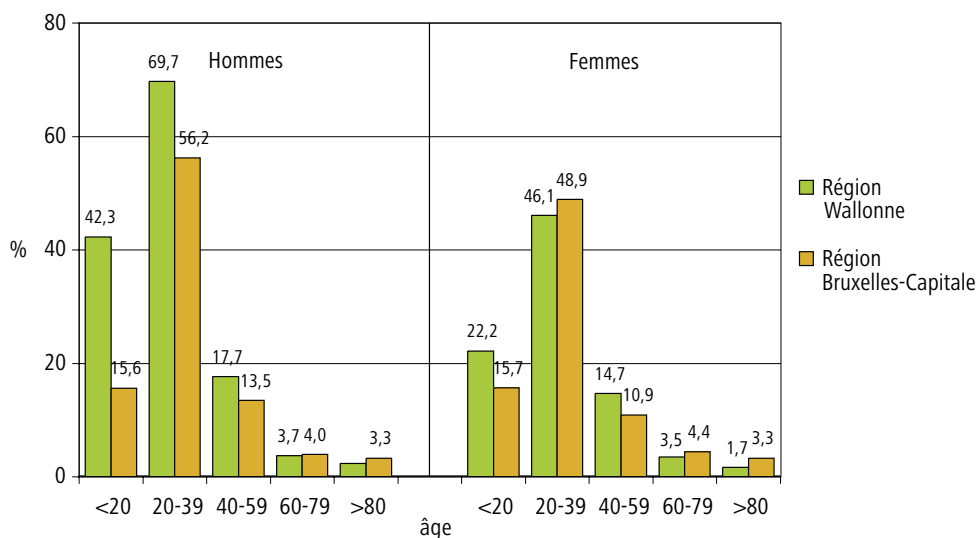


Figure 2. Proportion de décès attribuables aux traumatismes chez les hommes et les femmes en Région wallonne et à Bruxelles, par catégorie d'âge.

Source : INS, 1997



La figure 2 présente la proportion des décès observés en 1997 attribuables à un traumatisme. Les traumatismes constituent la première cause de mortalité chez les personnes âgées de 20 à 39 ans et plus particulièrement dans la population masculine : dans cette dernière catégorie d'âge, ils sont responsables de plus de 50 % des décès observés en 1997, tant en Région wallonne et qu'en Région bruxelloise.

La nationalité

Les bulletins statistiques de décès ne nous donnent pas réellement d'information sur la culture d'origine des personnes décédées. Le seul indicateur culturel dont nous disposons est la nationalité. Pour des raisons méthodologiques, nous ne pouvons analyser les taux de décès par traumatisme pour chaque nationalité ou groupe de nationalités représentées à Bruxelles et en Wallonie. Nous avons distingué les personnes de nationalité «belge» des «non-belges».

Tant à Bruxelles qu'en Wallonie, les non-Belges ont des taux de décès par traumatisme plus faibles que les Belges : 30,5/100 000 contre 85,4/100 000 à Bruxelles et 58,7 contre 74,4/100 000 en Wallonie.

Evolution de la mortalité

Sur les 10 dernières années disponibles (1986-1997), on peut observer une diminution de la mortalité par traumatisme dans les différentes régions du pays. L'analyse des statistiques plus récentes de mortalité devra confirmer ou infirmer cette tendance. La figure 3 indique que ce taux en Flandre est en deçà de ceux qui sont observés à Bruxelles et en Wallonie.

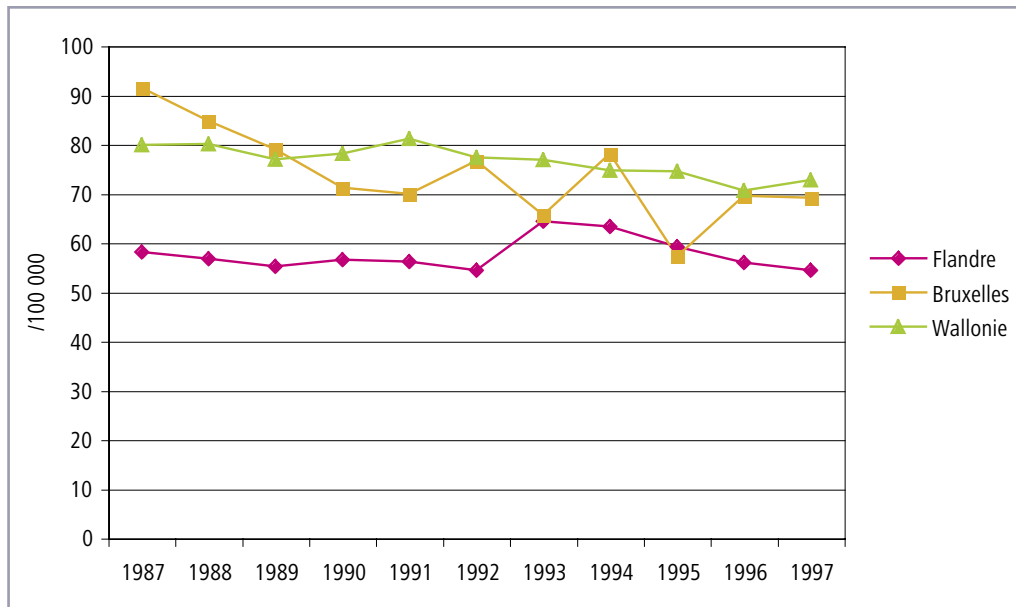


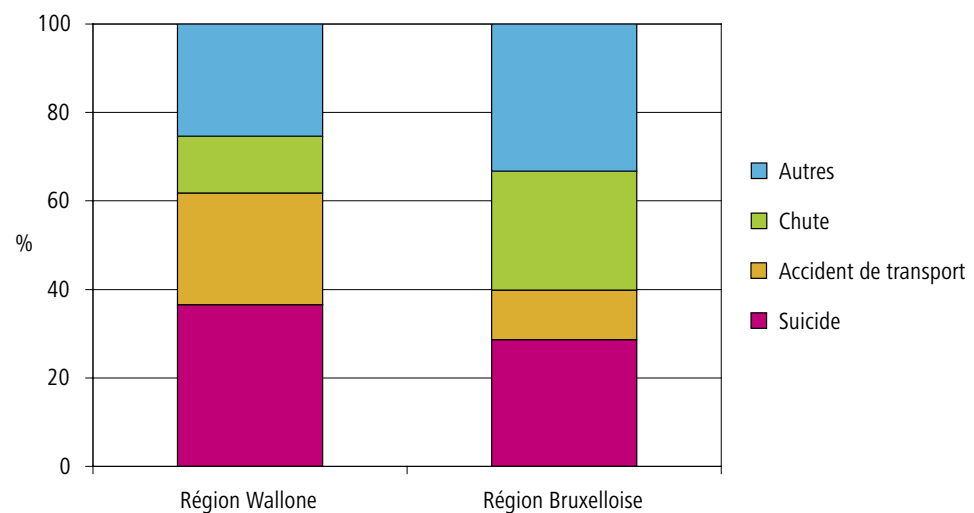
Figure 3. Evolution du taux de mortalité par traumatisme entre 1987 et 1997 (/100 000).
Sources : SPMA (2)

2.2. PRINCIPAUX TRAUMATISMES MORTELS EN BELGIQUE

En Wallonie comme à Bruxelles, les principaux traumatismes mortels sont par ordre décroissant les suicides, les accidents de la route et les chutes. Ensemble, ces trois traumatismes sont responsables de plus de deux tiers des décès par traumatisme enregistré en 1997.

Figure 4. Principaux traumatismes mortels en Région wallonne et à Bruxelles.

Source : INS, 1997



L'étude des principales causes de traumatisme mortel en fonction de l'âge et du sexe montre également de nettes différences (tableau 1). Les accidents liés aux transports apparaissent plus souvent comme causes de décès par traumatisme dans les populations les plus jeunes, tandis que ce sont le suicide et les chutes qui prennent plus d'importance au fur et à mesure que l'âge avance.

Tableau 1. Principales causes de traumatisme mortel en fonction de l'âge

Catégories d'âge	1 ^{ère} cause	2 ^{ème} cause
0-4 ans	Les accidents par submersions, suffocation	Les accidents liés aux transports
5-9 ans	Les accidents liés aux transports	Accidents par le feu
10-29 ans	Les accidents liés aux transports	Suicide
30-69 ans	Les suicides	Les accidents liés aux transports
70-74 ans	Les suicides	Les chutes
75 ans et +	Les chutes	Les suicides

Source : Educa Santé, 2006

La figure 5 présente la mortalité pour les principales causes de traumatisme en fonction de l'âge et du sexe en Wallonie et à Bruxelles. On observe que la mortalité suite à une chute est plus élevée chez les femmes. Les hommes présentent les taux de mortalité par suicide et accidents de la route les plus élevés. En ce qui concerne l'âge, la catégorie des 65 ans et plus se démarque particulièrement pour les chutes et les accidents de la route.

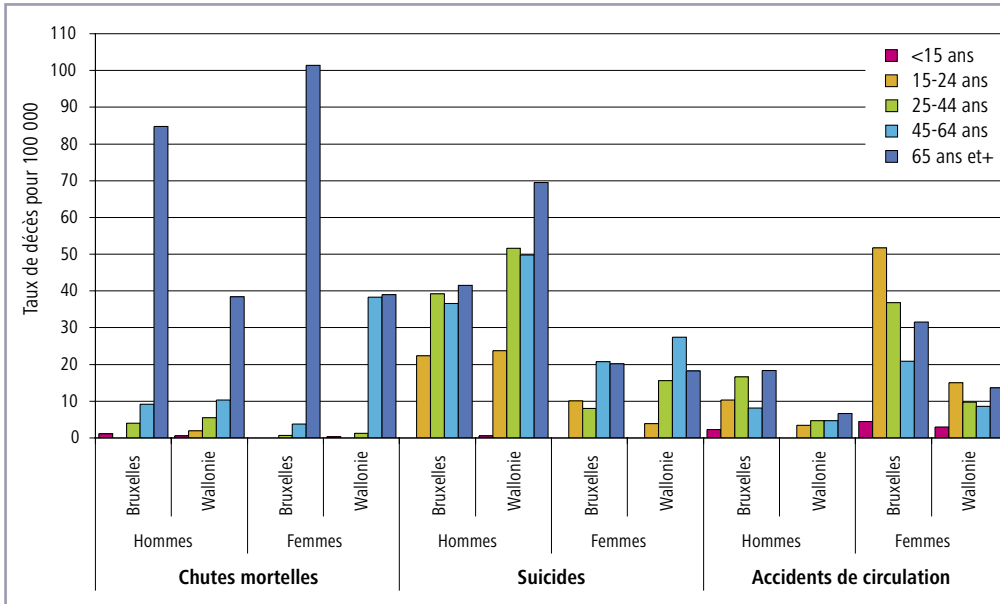


Figure 5. Taux de mortalité pour 100 000 pour les principaux traumatismes.
Source : INS, 1997.

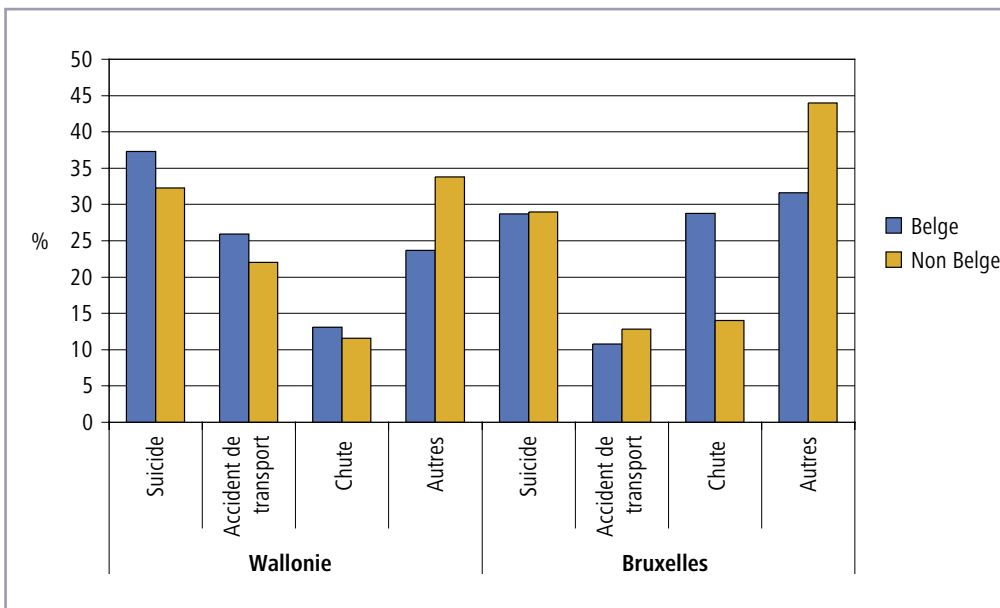


Figure 6. Principales causes de traumatisme mortel en fonction de la nationalité dans les 2 régions.
Source : INS, 1997

Chez les non-Belges, les accidents de la route, les suicides et les chutes constituent aussi les principales causes de traumatisme. On observe toutefois dans cette population, une proportion plus élevée de décès liés à un autre type de traumatisme (homicide notamment repris dans la catégorie «autres»).

- En Wallonie comme à Bruxelles, les principaux traumatismes mortels sont par ordre décroissant les suicides, les accidents de la route et les chutes. Ensemble, ces trois traumatismes sont responsables de plus de deux tiers des décès par traumatismes enregistrés en 1997.
- Grâce aux mesures de prévention, on observe une diminution de la mortalité par traumatisme dans les différentes régions du pays.

1. *La cause du traumatisme fait référence au mécanisme qui est à l'origine de la blessure (p.ex. chute). Dans l'Enquête Nationale de Santé, la question sur les causes de l'accident (l'origine principale de l'accident se réfère à l'accident le plus récent qui aurait eu lieu au cours des 12 derniers mois.*

2.3. LA MORBIDITÉ

Les données de morbidité les plus récentes proviennent de l'Enquête Nationale de Santé de 2004 (3). Cette enquête porte sur les accidents dits «majeurs», c'est-à-dire ceux ayant entraîné une hospitalisation ou une consultation médicale les deux mois précédents l'enquête. En 2004, 8 % de la population de la région wallonne et 7 % de la population bruxelloise âgée de 15 ans et plus déclarent avoir été victimes d'un accident «majeur».

Les disparités régionales

La prévalence des accidents majeurs diffère d'une région à l'autre du pays : ils sont plus fréquents en Région flamande (9 %) qu'en Région wallonne (8 %) et bruxelloise (7 %), et ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe (3).

L'âge et le sexe

En Wallonie, les accidents traumatiques affectent davantage les hommes (9 %), plus particulièrement les jeunes, que les femmes (6 %). Ainsi, les jeunes hommes wallons entre 15 et 24 ans sont le plus «à risque» d'encourir un accident majeur (18 %) et ce risque diminue avec l'âge pour atteindre moins de 5 % à partir de 55 ans. Chez les femmes, la variation avec l'âge est moindre : la prévalence des accidents est de 9 % chez les jeunes wallonnes jusqu'à 24 ans, puis tourne autour de 5 % au-delà de cet âge (à l'exception du groupe des 35-44 ans, qui compte seulement 2 % de victimes) (3).

En Région bruxelloise, le tableau des résultats est quelque peu différent de celui obtenu pour la Wallonie : on n'observe pas de différence significative dans la prévalence en fonction du sexe (6 % des femmes et 7 % des hommes) ou de l'âge (3).

2.4. LA MORBIDITÉ PAR TYPE DE TRAUMATISME

Les accidents sont classés selon le lieu ou les circonstances de leur survenue (3). En Wallonie, les traumatismes les plus fréquents sont dus aux accidents domestiques (35 % des cas), suivis des accidents sur le lieu du travail ou à l'école (32 %), les accidents de sport (25 %) et les accidents sur la route (16 %). A Bruxelles, ce sont les accidents de la route qui sont les plus fréquents (31 %) suivis des accidents domestiques (27 %) et des accidents sur le lieu du travail ou à l'école (28 %). Tant en Wallonie qu'à Bruxelles, les chutes sont responsables de plus de 50 % des traumatismes^[1] (3).

L'âge est un facteur important dans la survenue des différents types d'accident : les accidents dans ou aux abords immédiats de la maison surviennent plus particulièrement chez les moins de 5 ans et les 65 et plus (voir données supra). Les traumatismes chez les enfants de 5 à 14 ans surviennent principalement à l'école. Ainsi, les jeunes et les personnes âgées semblent être des groupes plus à risque (3).

Dans l'enquête nationale de santé, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à être impliquées dans des accidents domestiques (43 % contre 24 %). Par contre, les accidents de sport concernent plus les hommes que les femmes (24 % contre 11 %) (3).

Nous ne disposons pas de données sur la répartition des accidents en fonction de la nationalité.

En ce qui concerne la disparité entre Régions, l'enquête nationale de santé n'a pas montré de différence significative en fonction des Régions pour les différents types de traumatisme. L'enquête nationale n'a pas mis en évidence de différence en fonction du niveau d'instruction des participants. Le petit nombre de victimes enregistré dans l'enquête nationale de santé ne permet pas une analyse des accidents de la vie courante en fonction du niveau d'instruction (3).

3. DEUX POPULATIONS À RISQUE : LES JEUNES ET LES PERSONNES ÂGÉES

3.1. LA MORTALITÉ CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES

En 1997, les traumatismes représentaient 48 % des décès des moins de 24 ans en Wallonie et 32 % des décès en Région bruxelloise. En Wallonie, les garçons de moins de 24 ans sont plus à risque de décéder d'un traumatisme que les filles (53 % contre 31 %) (3). A Bruxelles, par contre, ces différences entre filles et garçons ne s'observent pas (32 % pour les garçons et 31 % pour les filles) (3).

3.2. LA MORBIDITÉ CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES

En 2005, parmi les 6 901 enfants fréquentant les consultations O.N.E., 843 enfants ont eu au moins un type d'accident domestique (chute, morsure, brûlure ou autres). Les chutes constituent le type d'accident le plus fréquent et touchent un enfant sur dix suivis à la consultation. Les chutes sont généralement des chutes de hauteur (table à langer, chaise haute, lit, escalier, ...) (4). Dans le système EHLASS (1998) (5), 95 % des accidents enregistrés chez les enfants de moins d'un an et deux tiers chez les enfants de 1 à 4 ans ont eu lieu dans la maison (figure 7). Pour une large majorité, une chute est responsable du traumatisme (tableau 2).

Dans l'étude sur la santé et le bien-être des jeunes scolarisés (enquête HBSC, 2002) (6), 33 % des jeunes disent avoir été blessés ou soignés suite à un accident. Comme dans les données du système EHLASS, l'école est le principal lieu d'accident chez les jeunes scolarisés âgés de 5 à 14 ans : un quart des traumatismes chez les filles et un cinquième chez les garçons surviennent à l'école (6).

Chez les adolescents, les accidents ont eu lieu surtout dans les aires de sport.

On observe également des variations en fonction du sexe pour le lieu et les conséquences. L'analyse des lieux d'accidents dans l'enquête HBSC montre que les garçons subissent plus fréquemment un traumatisme dans le cadre d'une activité sportive (22 % des accidentés) tandis que chez les filles, les accidents surviennent davantage à l'école (6).

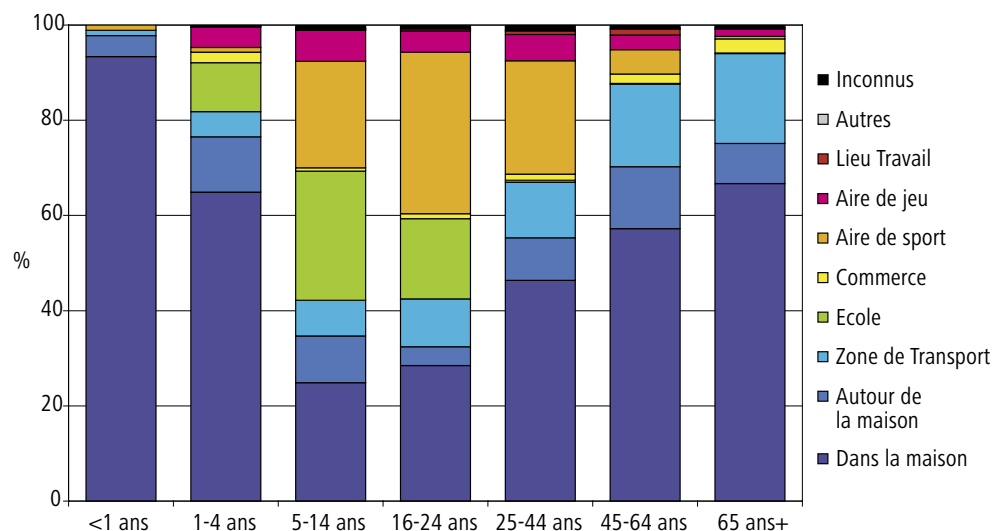


Figure 7. Les accidents enregistrés par le système EHLASS selon le lieu de l'accident (1998).
Source : EHLASS, 1998

2. Les accidents survenant en milieu scolaire doivent être déclarés auprès d'un organisme assureur.

Tableau 2. Les accidents enregistrés en fonction du mécanisme et de l'âge. Population masculine

	<1 ans n=51	1-4 n=699	5-14 n=2 009	15-24 n=1 793	25-44 n=2 347	45-64 n=827	65 et + n=382
Chutes	82,3	63,8	52,5	39,4	39,3	53,2	73,7
Entorses	0,0	1,9	6,4	14,5	13,2	5,7	2,9
Coupure	0,0	5,0	6,2	10,3	13,1	15,1	8,9
Coups	5,9	14,0	25,1	28,3	23,1	14,8	8,6
Pincement	2,0	8,2	6,9	4,4	5,0	4,1	1,8
Corps étranger	3,9	1,7	1,2	0,7	1,8	2,1	1,3
Brûlure	5,9	2,6	0,3	1,2	1,2	1,8	2,7
Autres	0,0	2,8	1,3	1,5	2,7	3,1	0,0

Source : EHLASS, 1998

Tableau 3. Les accidents enregistrés en fonction du mécanisme et de l'âge. Population féminine

	<1 ans n=40	1-4 n=515	5-14 n=1 447	15-24 n=1 167	25-44 n=1 487	45-64 n=910	65 et + n=926
Chutes	72,5	67,2	61,7	53,1	55,1	66,9	88,6
Entorses	2,5	1,6	6,8	11,7	8,3	4,0	1,9
Coupure	0,0	3,9	3,0	6,2	8,6	7,6	2,7
Coups	15,0	11,5	18,8	19,3	14,7	11,4	3,8
Pincement	2,5	8,5	7,3	5,1	6,3	4,9	1,1
Corps étranger	2,5	2,1	0,9	0,7	1,7	0,9	0,4
Brûlure	5,0	2,4	0,4	1,6	1,8	1,8	0,7
Autres	0,0	2,9	1,3	2,5	3,7	2,5	0,6

Source : EHLASS, 1998

En ce qui concerne les accidents en milieu scolaire, une étude récente (7) publiée en 2005 auprès de deux organismes assureurs^[2] donne des informations sur le lieu, le mécanisme, sur les parties du corps atteintes et les lésions observées. En ce qui concerne le lieu, cette étude a montré que les accidents scolaires ont lieu majoritairement dans la cour de récréation et dans la salle de gymnastique.

Les mécanismes à l'origine de l'accident sont les chutes (52 %), les contacts avec quelqu'un ou quelque chose (24 %), les mouvements (14 %) et autres mécanismes (10 %). La tête et le cou sont les parties du corps les plus fréquemment atteintes (41 %). Les autres sont par ordre décroissant : les membres supérieurs (32 %), les membres inférieurs (20 %), les atteintes générales ou multiples (4 %) et le tronc ou bassin (3 %).

- Les traumatismes affectent principalement les jeunes et les personnes âgées.
- Les chutes constituent le type d'accident le plus fréquent chez les jeunes enfants.
- L'école est le principal lieu d'accident chez les jeunes scolarisés.
- Les accidents de la route et les suicides sont les principales causes de traumatisme mortel chez les jeunes adultes.
- Chez les personnes âgées, ce sont les chutes et les suicides qui sont majoritairement responsables des traumatismes entraînant le décès.

3.3. LA MORTALITÉ PAR TRAUMATISME CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Sur les 6 292 décès observés par traumatisme en 1997, 37 % concernent les personnes âgées de 65 ans et plus. Chez les femmes âgées, ce sont les chutes qui sont majoritairement responsables des traumatismes entraînant le décès. Chez les hommes, ce sont les chutes et les suicides.

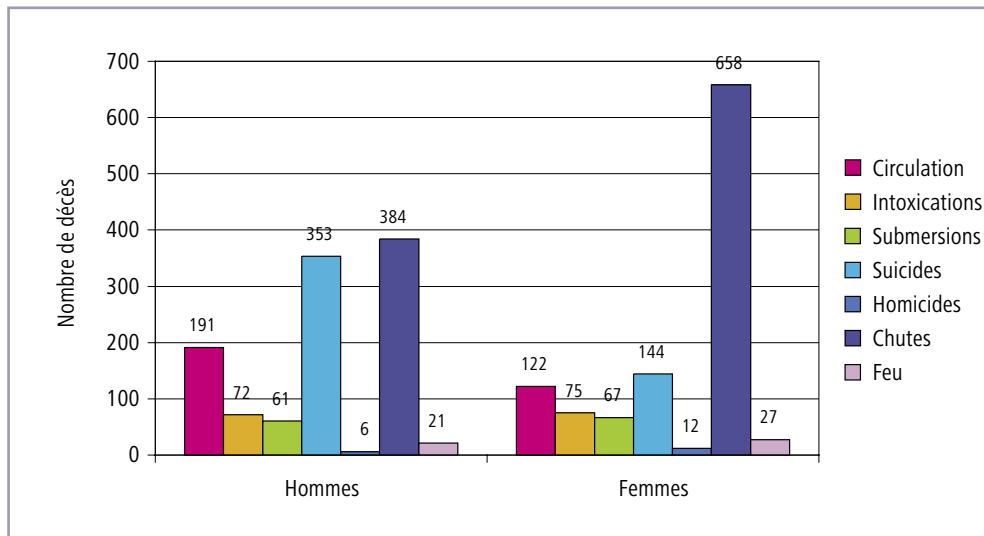


Figure 8. Répartition du nombre de décès observés chez les hommes et les femmes de 65 ans et plus en fonction du type traumatisme.
Source : INS, 1997

3.4. LA MORBIDITÉ PAR TRAUMATISME CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

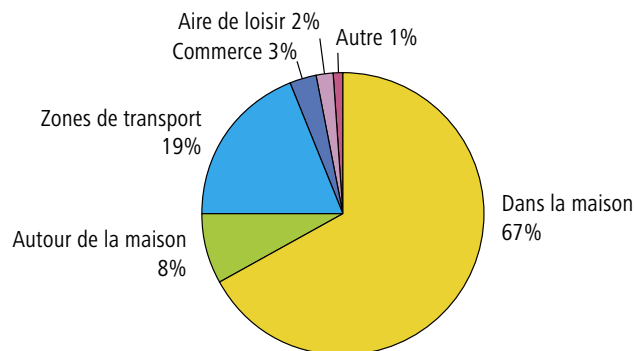
Dans l'enquête nationale de santé de 2004 (3), 5 % des personnes de 65 ans et plus en Wallonie et 7 % à Bruxelles déclarent avoir eu une blessure au cours des 12 derniers mois suite à un traumatisme. Parmi ceux-ci, trois quarts ont rapporté un accident domestique et dans plus de 80 % des cas, la cause était une chute. Les types de lésions qui surviennent suite au traumatisme sont par ordre décroissant : les fractures, les plaies, les contusions et les entorses.

Dans le système EHLASS (1998) (5), 9 % des accidents domestiques et de loisirs enregistrés concernaient des personnes âgées de 65 ans et plus. Dans cette population, 67 % des accidents (figure 9) ont eu lieu dans la maison, 20 % dans les aires de transports et 8 % autour de la maison. Ainsi, le lieu d'habitation constitue le principal lieu où surviennent les traumatismes.

- La mortalité par accident est généralement deux à trois fois plus élevée chez les hommes que les femmes.
- La mortalité suite à une chute est plus élevée chez les femmes.
- Les hommes présentent des taux de mortalité plus élevés par suicide et accidents de la route.

Figure 9. Répartition des accidents enregistrés chez les personnes âgées de 65 ans dans le système EHLASS.

Source : EHLASS, 1998



Une étude menée en 2005-2006 auprès de la population âgée de 65 et plus à Fontaine-l'Évêque (8) permet une meilleure compréhension de la problématique des chutes chez les personnes âgées. Sur les 501 personnes qui ont participé à cette étude, 168 personnes ont déclaré avoir fait au moins une chute au cours des 12 mois précédant l'enquête.

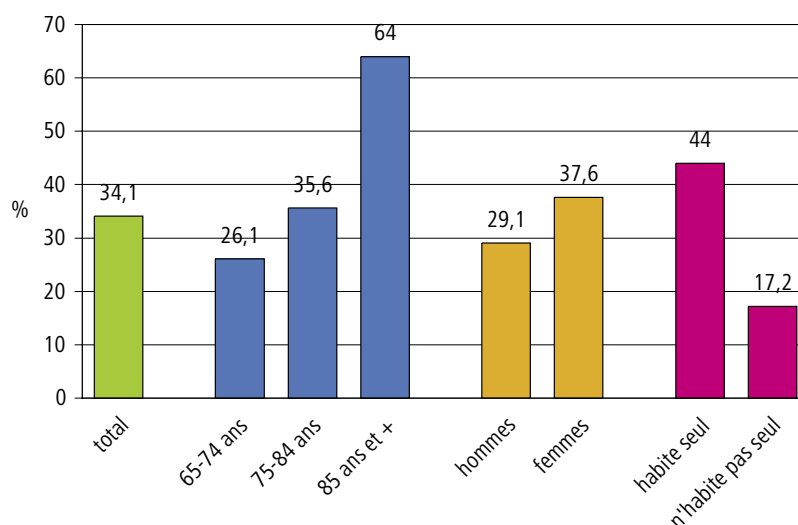
Dans l'enquête nationale de santé comme dans l'étude menée à Fontaine-l'Évêque, les femmes sont plus à risque de traumatisme que les hommes.

Dans la majorité des cas, la chute a eu lieu à l'intérieur de la maison. Les principaux lieux dans la maison sont par ordre décroissant : l'escalier (20 %), la cuisine (19 %) et la salle à manger (16 %).

Les lésions consécutives à la chute chez les personnes hospitalisées et/ou passées par les urgences sont principalement des fractures/luxations (près de 50 % des cas), des plaies (1 personne sur 4) et des ecchymoses.

Figure 10. Personnes ayant au moins une chute dans les 12 mois qui précèdent l'enquête en fonction de l'âge, du sexe et de la cohabitation (n=498).

Source : Bantuelle et al.



Dans l'enquête nationale de santé comme dans l'étude menée à Fontaine-l'Évêque, le risque de traumatisme augmente avec l'âge. Comme le montre la figure 10, les personnes âgées de 85 ans et plus sont plus nombreuses avoir fait une chute.

L'âge de la personne influence le type de lésion : les fractures sont plus fréquentes chez les personnes de 85 ans et plus (58,8 %) que chez les personnes de 65 à 74 ans (36,8 %); les commotions sont plus fréquentes chez les personnes de 65 à 74 ans (15,8 %) que chez les personnes de 85 ans et plus (5,9 %) (3)(8).

L'effet de l'âge sur le risque de traumatisme et le type de traumatisme peut s'expliquer par les effets combinés du vieillissement (diminution de la mobilité, des réflexes et de l'équilibre, baisse de la vue, etc.) et les maladies liées à l'âge (arthrose, affections neurologiques, etc.) qui rendent les déplacements plus difficiles et les risques de chute plus élevés (principale cause de traumatisme dans cette population).

Dans le courant de l'année 1995-1996, les médecins vigies ont enregistré les facteurs prédisposant aux accidents domestiques chez les personnes de plus de 65 ans (9). Neuf patients sur dix de 75 ans ou plus présentaient une prédisposition physique. Un tiers des victimes présentaient des problèmes de mobilité. Des problèmes psychologiques, principalement la démence, ont été signalés chez un cinquième des patients ayant des facteurs physiques de prédisposition. Chez des patients atteints de problèmes neurologiques, on notait principalement des problèmes d'équilibre, la maladie de Parkinson, une paralysie et une parésie. Les problèmes vasculaires enregistrés concernent surtout une insuffisance cérébrovasculaire, des séquelles d'accidents cérébrovasculaires, une hypotension et une décompensation cardiaque. Des problèmes de vues ont également été notés dans 14 % des cas.

Tableau 4. Facteurs de prédisposition dans les accidents domestiques des sexagénaires (n=673 patients) en %, avec IC à 95 %

Facteurs physiques	%	(IC 95 %)
Mobilité	34 %	(30-39)
Psychologique	23 %	(19-26)
Système nerveux	21 %	(17-25)
Vasculaire	20 %	(16-25)
Ophthalmologique	14 %	(11-17)
Problèmes endocriniens, métaboliques et nutritionnels	6 %	(4-8)
Autres	7 %	(5-9)

Source : Médecins Vigies, 1995-1996

L'Enquête Nationale de Santé a mis en évidence la présence d'un gradient socio-économique : les personnes qui ont niveau d'instruction plus élevé rapportent moins souvent un traumatisme que celles d'un niveau d'instruction plus faible. L'étude à Fontaine-l'Évêque a également mis en évidence que le fait de vivre seul augmente le risque de chute (8).

Des facteurs présents dans l'environnement de la victime peuvent être à l'origine de l'accident. Dans deux tiers des accidents chez les plus de 60 ans impliquant des facteurs d'environnement, le revêtement de sol et les escaliers étaient à l'origine de l'accident. Certaines personnes sont conscientes des dangers de l'environnement et dans l'enquête menée à Fontaine-l'Évêque auprès des personnes âgées (8), plus de 25 % des personnes interrogées ont déclaré avoir procédé à des aménagements de leur maison ou appartement. Les personnes les plus âgées sont près de 40 % à avoir réalisé ces aménagements. Les personnes ayant des antécédents de chute sont également plus nombreuses (34,9 %) que les «non-chuteurs» (23,4 %) à avoir réalisé ces aménagements. Les trois principaux lieux et/ou types d'aménagements cités sont l'installation d'une main courante, d'une rampe ou d'une poignée (48 %), l'aménagement de la maison «de plein pied» (chambre en bas, ...) (35 %) ou encore l'aménagement des douches, salle de bain, wc (13 %) (8).

4. LE SUICIDE

L'épidémiologie du suicide est radicalement différente de celle des tentatives de suicide. Ces deux problématiques sont dès lors présentées séparément. Les données concernant les suicides proviennent essentiellement du programme des statistiques d'état civil de l'Institut Scientifique de Santé Publique (3) et du Réseau des Médecins Vigies (10). Les données relatives aux tentatives de suicide sont tirées de l'Enquête Nationale de Santé (3) et du Réseau des Médecins Vigies (10,11).

4.1. LA MORTALITÉ

En 1997, 892 décès par suicide ont été enregistrés en Wallonie et 189 en Région bruxelloise. Ceci correspond à un taux de décès par suicide de respectivement 26,8/100 000 et 19,9/100 000.

L'âge et le sexe sont deux déterminants majeurs de la mortalité par suicide.

L'âge et le sexe

Les hommes se suicident plus que les femmes. En 1997, le taux de décès par suicide atteint 39,8/100 000 chez les hommes en Région wallonne contre 14,6/100 000 chez les femmes. Dans la Région bruxelloise, le taux de décès par suicide chez les hommes égale 29,4/100 000 contre 11,22/100 000 chez les femmes.

Quels que soient le sexe ou la région, les taux de suicide sont toujours plus élevés chez les personnes âgées (après 65 ans), voir figures 11 à 14.

Mais le poids du suicide sur la mortalité totale est beaucoup plus important chez les jeunes : les suicides représentent la première cause de décès chez les 25-44 ans et la deuxième chez les 15 à 24 ans.

Evolution dans le temps

Selon le Réseau des Médecins Vigies, une augmentation de l'incidence des suicides est constatée entre 1993-1995 et 2000-2001 chez les hommes, contre une diminution chez les femmes, ces variations n'étant toutefois pas significatives d'un point de vue statistique (11).

Selon les données de mortalité obtenues par le logiciel SPMA (2), il n'y a pas d'évolution sensible dans les taux bruts de mortalité entre 1987 et 1997. L'analyse des tendances par groupe d'âge chez les hommes est remarquablement stable en Wallonie, et la courbe des hommes âgés de 85 ans et plus est nettement au-delà des groupes d'âges plus jeunes. Cette séparation est un peu moins nette chez les hommes à Bruxelles. Dans la population féminine, entre 1987 et 1994, les taux de suicide des femmes les plus âgées (85 ans et plus) sont plus proches des groupes d'âges plus jeunes comparativement à ce qui est observé entre les différents groupes d'âges chez les hommes, mais à partir de 1994, ces différences entre groupes d'âges chez les femmes deviennent plus nettes, en défaveur des femmes les plus âgées. En 1997, ce qui correspond aux dernières statistiques de mortalité disponibles, les taux plus élevés de mortalité par suicide parmi les personnes les plus âgées dans notre population apparaissent très clairement, pour les hommes comme pour les femmes, en Wallonie comme à Bruxelles. Il faut toutefois prendre en considération les effectifs relativement faibles dans les tranches d'âges les plus élevées, ce qui peut expliquer la relative «instabilité» des courbes, et que nous ne disposons pas encore de données de mortalité plus récentes, ce qui nous permettrait de voir si ces tendances se confirment ou s'infirmes. Ceci constitue un message très clair de santé publique.

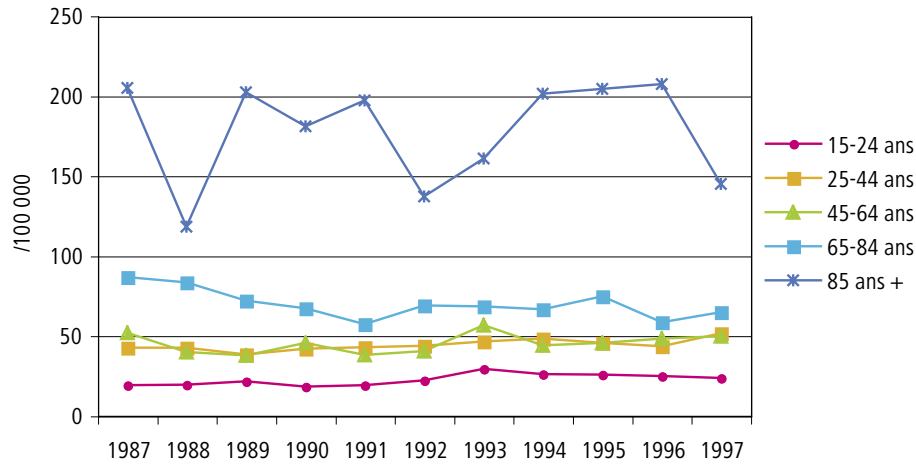


Figure 11. Evolution des taux bruts de mortalité par suicide, par groupe d'âge, hommes, Wallonie.

Source : SPMA

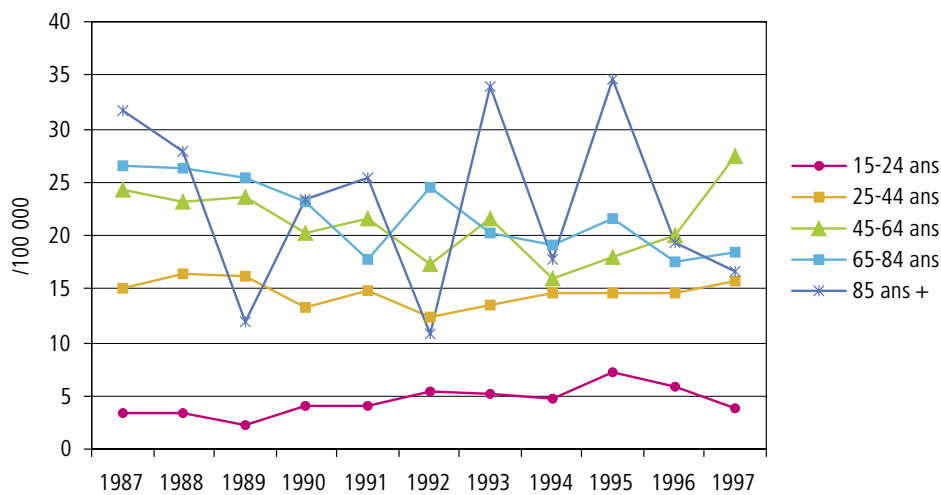


Figure 12. Evolution des taux bruts de mortalité par suicide, par groupe d'âge, femmes, Wallonie.

Source : SPMA

- L'enquête nationale de santé a mis en évidence la présence d'un gradient socio-économique : les personnes qui ont un niveau d'instruction plus élevé rapportent moins souvent un traumatisme que celles d'un niveau d'instruction plus faible.

Figure 13. Evolution des taux bruts de mortalité par suicide, par groupe d'âge, hommes, Région de Bruxelles.

Source : SPMA

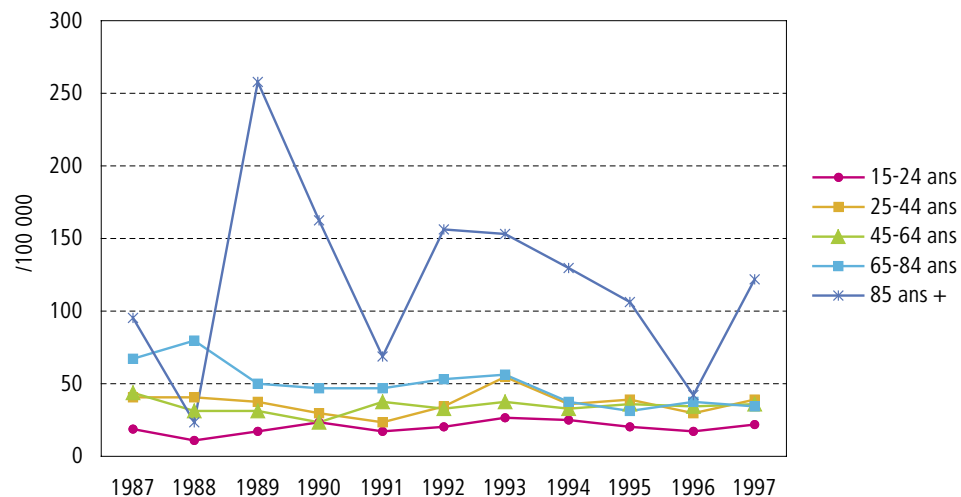
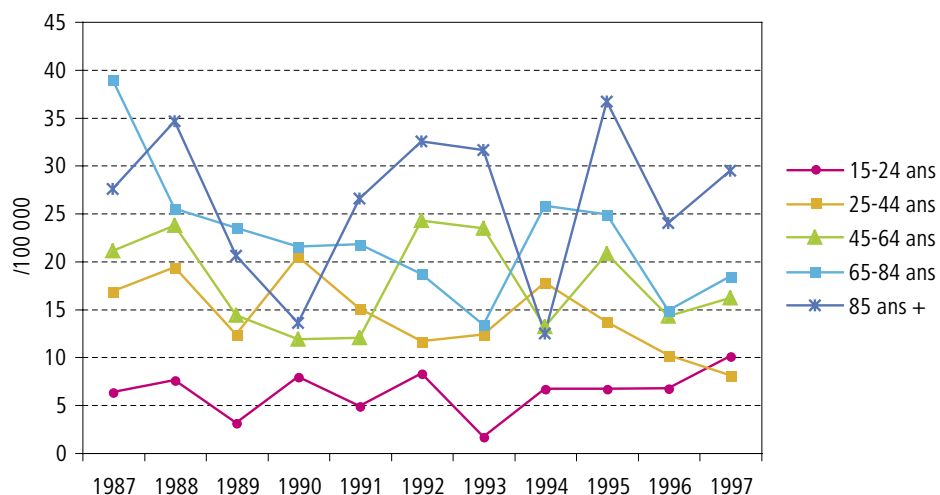


Figure 14. Evolution des taux bruts de mortalité par suicide, par groupe d'âge, femmes, Région de Bruxelles.

Source : SPMA



Comparaison géographique

Selon le Réseau des Médecins Vigies, il n'y avait pas de différence d'incidence des suicides entre la Wallonie et la Flandre en 2000-2001.

Ces différences entre les hommes et les femmes et entre les groupes d'âge sont tout à fait comparables aux données sur le suicide observées en France, où ce sont également les hommes et les seniors qui commettent le plus de suicides (13).

Avec un taux de suicide de 21/100 000 habitants, la Belgique présente, avec la France, la Finlande et le Danemark, un taux bien au-delà de la moyenne mondiale estimé à 14,5/100 000 et plus élevé que la moyenne européenne (14).

Tableau 6. Taux de suicide pour 100 000 habitants, par pays et sexe

Pays	Année	Total	Homme	Femme	Ratio Homme/femme
Finlande	1998	28,4	45,8	11,7	3,9
Belgique	1997	21,0	31,2	11,4	2,7
France	1998	20,0	31,3	9,9	3,2
Danemark	1996	18,4	27,2	10,1	2,7
Allemagne	1999	14,3	22,5	6,9	3,3
Pays-Bas	1999	11,0	15,2	7,1	2,1
Italie	1997	8,4	13,4	3,8	3,5
Canada	1997	15,0	24,1	6,1	3,9
USA	1998	13,9	23,2	5,3	4,4

Source : WHO, 2007

4.2. LA MORBIDITÉ

L'enquête nationale de santé fournit des données sur les tentatives de suicide et les idéations suicidaires (tableaux 4 et 5) (3). En Wallonie comme à Bruxelles, 6 % de la population âgée de 15 ans et plus rapportent avoir déjà posé un geste suicidaire. Ils sont 16 % de Wallons et 17 % de Bruxellois âgés de 15 ans et plus à déclarer avoir sérieusement pensé au suicide une fois au moins dans leur vie.

L'âge et le sexe

Concernant le sexe, le rapport est inversé par rapport aux suicides car il y a plus de tentatives de suicide chez les femmes que chez les hommes.

Selon le Réseau des Médecins Vigies, durant la période 2000-2001, l'incidence standardisée pour l'âge des tentatives de suicide était de 89/100 000 chez les hommes contre 214/100 000 chez les femmes en Wallonie. Cette incidence est vraisemblablement sous-estimée dans la mesure où les personnes n'ayant pas de médecin généraliste ou celles dont le médecin généraliste n'aurait pas été averti de la tentative de suicide ne sont pas reprises dans l'enregistrement.

L'enquête nationale de santé de 2004 confirme cette situation en Wallonie, puisque les femmes y rapportent plus de tentatives de suicide que les hommes (7 % contre 4 %). Cette différence reste significative après standardisation pour l'âge. L'enquête nationale de santé de 2004 montre aussi que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir eu des idéations suicidaires (17 % contre 14 %). En fait, il n'y a pas de différence entre les deux sexes jusqu'à l'âge de 54 ans environ avec des taux de pensées suicidaires oscillant entre 15 à 20 %. Mais à partir de 55 ans, ce taux diminue chez les hommes. Les femmes ont alors 2 à 4 fois plus de pensées suicidaires que les hommes.

En Région bruxelloise, par contre, il n'y a pas de différence entre les hommes (16 %) et les femmes (17 %) pour les pensées suicidaires, après correction pour l'âge.

Selon l'enquête nationale de santé, les tentatives de suicide comme les pensées suicidaires sont moins rapportées par les hommes à partir de 55 ans en Région wallonne. Chez les femmes, les tentatives de suicides déclarées concernent 13 % de la population de 55-64 ans (ce qui est le taux le plus élevé de passage à l'acte dans la distribution par âge et sexe). Les pensées suicidaires concernent 20 % des femmes de cette même tranche d'âge.

A Bruxelles, les tentatives de suicide, comme les pensées suicidaires, sont plus fréquemment rapportées par les personnes de 45 à 54 ans.

Evolution dans le temps

Selon le Réseau des Médecins Vigies, le taux annuel de tentatives de suicide n'a pas changé de manière significative, ni en Flandre, ni en Wallonie, entre 1993-1995 et 2000-2001.

Comparaison géographique

Selon le Réseau des Médecins Vigies, en 2000-2001, l'incidence des tentatives de suicide était manifestement plus élevée en Wallonie qu'en Flandre.

Tableau 7. Incidence (pour 100 000 habitants) des tentatives de suicide, standardisée selon l'âge, en 2000-2001, en Wallonie et en Flandre

	Homme*	Femme**
Wallonie	89	214
Flandre	53	100

* et ** : différences statistiquement significatives

Source : Réseau des Médecins Vigies

Toujours selon l'Enquête Nationale de Santé de 2004, les taux des tentatives de suicide sont deux fois plus élevés en Wallonie qu'en Région flamande. Parmi les jeunes de 15-24 ans, ils sont 6 % à déclarer avoir tenté de se suicider en Wallonie, contre 1 % seulement en Flandre.

Facteurs socio-économiques

En Région wallonne, les résultats de l'Enquête Nationale de Santé de 2004 indiquent que les tentatives de suicide récentes sont plus concentrées dans le milieu le plus défavorisé sur le plan socio-économique (mesuré par le niveau d'instruction) (1,7 %).

Le degré d'urbanisation est sans lien apparent avec les pensées suicidaires, mais le passage à l'acte est plus fréquent en milieu urbain (8 %) que dans les milieux ruraux (4 %), cette différence étant significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

Tout en étant très différentes de par leur nature, les données concernant le suicide et les tentatives de suicide peuvent néanmoins faire l'objet d'un commentaire portant sur deux groupes d'âges à risque, c'est-à-dire les jeunes et les personnes âgées. Le suicide des jeunes est de toute évidence une grande priorité de santé publique : ce sont des décès qui interviennent à un âge où les personnes sont jeunes et donc a priori sans problèmes de santé, et ce sont des décès qui surviennent bien évidemment trop tôt, à un âge charnière, au début de l'entrée dans la vie adulte. Le nombre important de tentatives de suicide des jeunes mérite tout autant d'être pris au sérieux. Mais il ne faut pas non plus négliger le suicide des personnes âgées, qui sont probablement le reflet d'un isolement social, d'une détresse ou d'un mal-être, situation qui est trop souvent sous-estimée et qui constitue à l'évidence une priorité de santé publique. Les personnes âgées «tentent» moins de se suicider, mais elles parviennent plus fréquemment à leur fin.

5. QUELQUES DONNÉES SUR LES ACCIDENTS DE CIRCULATION

5.1. MORTALITÉ ET MORBIDITÉ

Le taux de personnes décédées ou gravement blessées était en 2006 de 21 pour 100 000 habitants et de 67 pour 100 000 habitants en Région de Bruxelles-Capitale et en Région wallonne. Ces taux sont plus faibles qu'en Flandre (76/100 000) (15).

Le nombre d'accidents et le nombre de personnes décédées ou blessées graves ont globalement diminué entre 1980 et 2006 en Wallonie. Dans la Région de Bruxelles-Capitale, on observe une diminution du nombre d'accidents entre 1980 et 1995 et entre 1999 et 2002, et depuis on assiste à une légère augmentation.

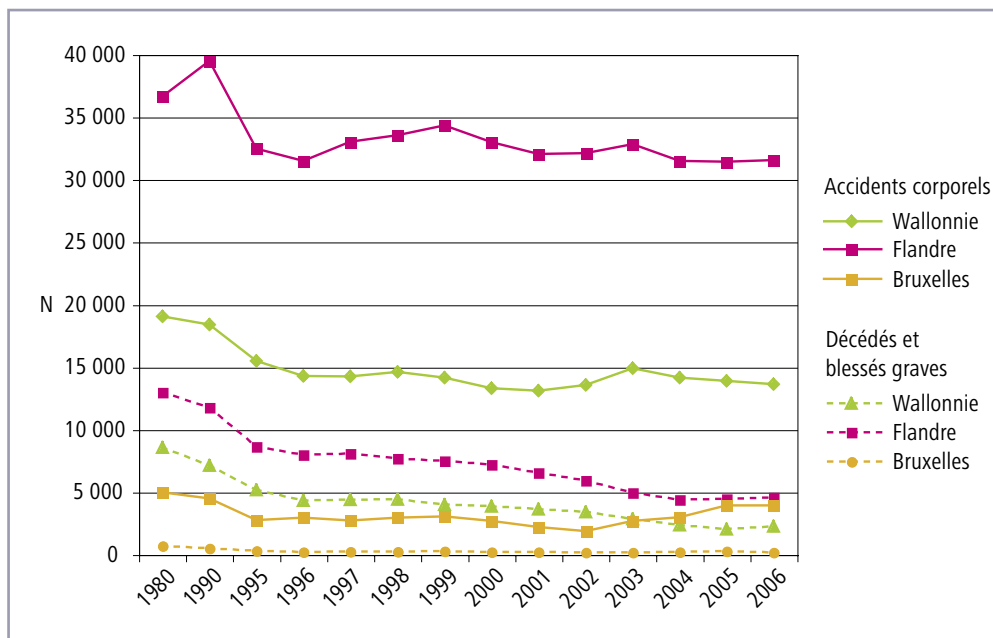


Figure 15. Nombre d'accidents et nombre de personnes décédées ou gravement blessées entre 1980 et 2006 en Région wallonne, en Région flamande, et en Région de Bruxelles-Capitale.

Source : IBSR, 2006

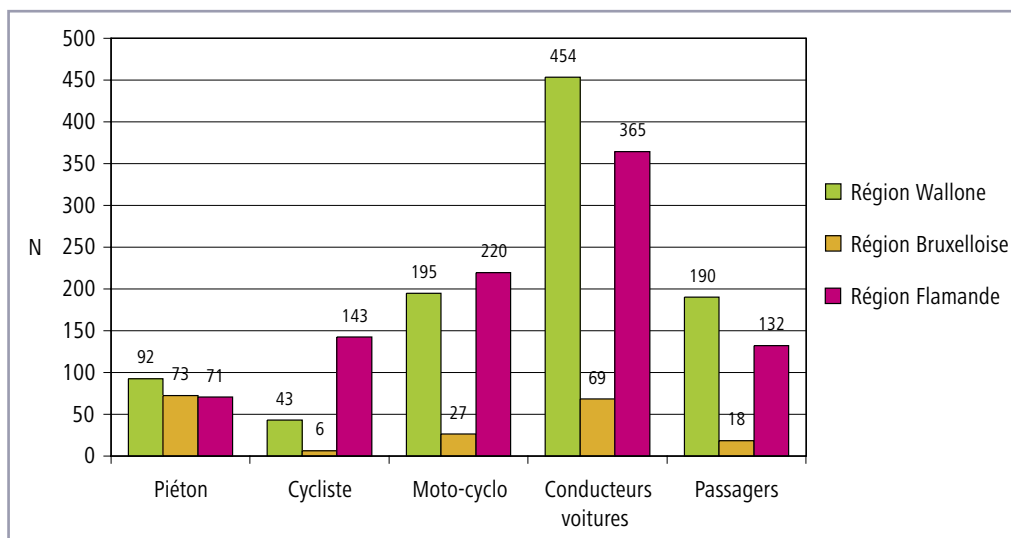


Figure 16. Nombre de décès et blessés graves par 100 000 habitants selon la nature de l'utilisateur et la région.

Source : IBSR, 2006

En Région wallonne, ce sont les conducteurs de voitures qui sont les plus vulnérables et en Région bruxelloise ce sont les piétons. En Flandre, les conducteurs de voiture et de deux roues sont les plus vulnérables.

L'âge et le sexe

Comme l'a montré la figure 5, les accidents de circulation mortels touchent plus particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans. Le taux d'accidents graves (c'est-à-dire entraînant un décès ou un blessé grave) est près de 2 fois supérieur chez les 15-24 ans par rapport aux classes d'âges suivantes. Quel que soit l'âge, les hommes ont plus d'accidents que les femmes (figure 5).

Le port de la ceinture de sécurité

En 2006 (16), plus de 75 % des Belges s'attachent à l'avant alors qu'en 2003, ils n'étaient qu'un peu plus de 56 %. C'est auprès des conducteurs et, en particulier, des hommes que le gain est le plus important puisqu'on est passé d'un taux de port de la ceinture de sécurité d'environ 48 % à 75 %. Les femmes sont toujours plus nombreuses à attacher leur ceinture, même si la différence s'est amenuisée au fil des ans. La proportion de conductrices qui attachent leur ceinture est de 81,5 % (contre 75,1 % chez les hommes) et 75,9 % pour les passagères (contre 64,9 % chez les hommes).

La consommation de drogue et d'alcool

Les conducteurs sous l'influence de l'alcool risquent plus d'être impliqués dans une collision que ceux qui n'en consomment pas, et que ce risque augmente rapidement avec l'alcoolémie. D'après les statistiques officielles de l'année 2000 (17), 8,5 % (n=4 168) de tous les accidents corporels enregistrés cette année sont liés à l'alcool contre 10,2 % de tous les accidents avec tués et blessés graves. 7,7 % de tous les automobilistes impliqués dans un accident avec au moins un tué ou un blessé grave étaient sous l'influence de l'alcool.

Il ressort de la Belgian Toxicology and Trauma Study (18) que 28 % des conducteurs admis au service des urgences à la suite de leur implication dans un accident corporel avaient un taux d'alcool supérieur à la limite légale autorisée. Pendant les nuits de week-end, ce pourcentage atteint 50 %. Même s'il est assez difficile d'évaluer correctement le rôle joué par l'alcool dans les accidents survenus en Europe, des études approfondies révèlent que l'alcool intervient dans 19 % des accidents corporels et dans 22 % des accidents avec des blessés graves et des tués (ETSC, 1995) (19).

La Belgian toxicology and trauma study confirme que l'abus de drogues entraîne également une plus grande morbidité et mortalité. 10 % des conducteurs victimes d'un accident de la route avaient consommé des drogues illicites. Parmi les 2 053 cas (hommes : 74 %, femmes : 26 %) parmi lesquels un tiers âgés de 14 à 24 ans, 28 % présentaient un taux d'alcoolémie supérieur à la limite tolérée (0.5 pro mille) et 19 % étaient positifs pour une ou plusieurs substances; les scores les plus élevés étant enregistrés pour les benzodiazépines (8,5 %), les opiacés (7,5 %) (18).

Comparaisons internationales

Dans la plupart des pays à revenus élevés, on observe une diminution du nombre d'accidents de circulation. La réduction de la mortalité routière dans les pays à revenus élevés est attribuée dans une large mesure à la mise en oeuvre de tout un éventail de mesures de sécurité routière, y compris le port de la ceinture, les dispositifs de protection des véhicules en cas d'accident, des interventions visant à ralentir la circulation et des mesures d'application du code de la route (20).

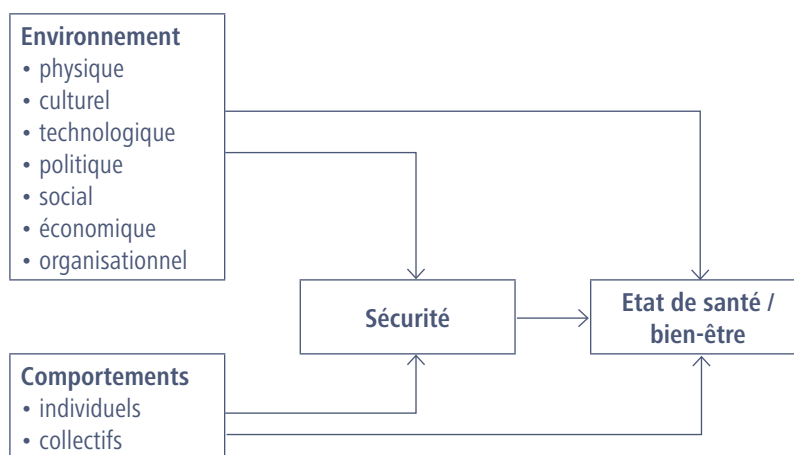
De nombreuses stratégies pour prévenir les traumatismes ont déjà été mises en place et ont montré leur efficacité :

- *port de la ceinture de sécurité,*
- *port du casque,*
- *l'application de politique contre l'alcool au volant et les excès de vitesse,*
- *les emballages spéciaux pour éviter les intoxications,*
- *le matériel de protection sur le lieu de travail.*

6. LA PRÉVENTION DES TRAUMATISMES ET LA PROMOTION DE LA SÉCURITÉ

Tous les traumatismes sont la conséquence d'événements multifactoriels qui nécessitent une approche globale. Les facteurs de risque liés à la personne, à ses comportements et à son environnement (physique et social) doivent être pris en compte dans un programme de prévention des traumatismes qui combinera des mesures actives et passives.

Les expériences réalisées et évaluées dans plusieurs pays mettent en évidence l'efficacité des mesures de prévention passive, c'est-à-dire celles qui ne demandent pas une attention et un effort soutenus de la part des individus dans le but d'assurer leur protection. Ces mesures sont d'autant plus efficaces qu'elles s'appliquent à un maximum de personnes sans distinction de sexe, de revenu, ... Des stratégies de promotion des mesures passives contribuent à leur acceptation par la population concernée. Cette démarche est d'autant plus nécessaire lorsque les mesures de protection demandent un choix de la part de l'utilisateur comme, par exemple, le fait de boucler sa ceinture de sécurité ou pas.



6.1. LA PROMOTION DE LA SÉCURITÉ ^[3]

«La promotion de la sécurité est un processus que les individus, les communautés, les gouvernements et les autres organisations, incluant les entreprises privées et les organisations non gouvernementales (ONG), appliquent, au niveau local, national, et international pour développer et maintenir la sécurité. Ce processus est composé de tous les efforts consentis pour modifier les structures, l'environnement (physique, social, technologique, politique, économique et organisationnel) ainsi que les attitudes et les comportements ayant trait à la sécurité» (21).

L'approche de promotion de la sécurité peut être appliquée dans des milieux diversifiés d'envergure différente tels qu'une rue, un parc, une école, un quartier, une ville et une nation. Une illustration de cette approche appliquée au niveau d'une communauté locale est fournie par le mouvement «Safe Communities». Ce mouvement a été développé par le Centre collaborateur OMS pour la promotion de la sécurité dans les communautés du Karolinska Institutet de Suède, sous les auspices de l'OMS (22). Ce mouvement a pour but de supporter les communautés souhaitant améliorer leur niveau de sécurité. Il s'est d'abord intéressé à la promotion de la sécurité au regard des traumatismes non intentionnels mais aujourd'hui, il développe également des projets englobant les problématiques de la violence et du suicide.

3. «La sécurité est une situation où les dangers et les conditions pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel, sont contrôlés de manière à préserver la santé et le bien-être des individus et de la communauté. C'est une ressource indispensable à la vie quotidienne qui permet à l'individu et à la communauté de réaliser ses aspirations» (21).

Les principes à la base des programmes «Safe Communities» sont les suivants :

- Les programmes visant à rendre les communautés plus sécuritaires doivent reposer sur toutes les organisations concernées par la sécurité de la communauté et être associés de près à tous les secteurs d'activités pertinents. La structure utilisée pour promouvoir la sécurité variera d'une communauté à l'autre et d'un pays à l'autre.
- Les programmes visant à rendre les communautés plus sécuritaires doivent s'appuyer sur suffisamment de données dont des données épidémiologiques pour être en mesure de bien documenter la nature et l'ampleur des problèmes de sécurité, incluant les accidents, les blessures, la violence et le suicide, et ce, dans tous les environnements incluant le domicile, le travail, la route, le sport et les loisirs.
- Les priorités pour l'action et la prise de décision doivent aussi reposer sur ce qui est perçu comme important par la communauté. Les solutions devraient être identifiées par la communauté et les suggestions provenant de l'extérieur devraient être adoptées seulement si elles sont vues comme étant appropriées par la communauté. Cela suppose l'implication des individus aussi bien que des communautés dans le processus mis de l'avant pour améliorer la sécurité.
- Un large éventail de techniques et de méthodes doit être utilisé comme par exemple l'utilisation des médias, la présentation de données locales, la diffusion d'avis, de conseils, la formation de certains groupes de professionnels ainsi que des membres d'organismes communautaires, la réalisation de rondes de sécurité, le contrôle de l'environnement ou le développement de certains produits.

Dans le cadre du PCO, cette démarche est expérimentée dans une commune et, sur base des résultats, sera étendue.

- *La Belgique présente, avec la France, la Finlande et le Danemark, un taux bien au-delà de la moyenne mondiale estimé à 14,5/100 000 et plus élevé que la moyenne européenne.*

6.2. LES RECOMMANDATIONS AUX PROFESSIONNELS

Le PCO a défini des objectifs qui concernent la prévention des traumatismes des deux publics les plus vulnérables : les jeunes enfants et les personnes âgées. Ces objectifs sont centrés d'une part, sur la capacitation des professionnels, et d'autre part, celle des parents et des personnes âgées de plus de 65 ans.

Pour la prévention des traumatismes chez les jeunes enfants

Les professionnels les plus concernés sont les travailleuses médico-sociales de l'O.N.E., les travailleurs sociaux des services de gardiennes à domicile, les pédiatres et les médecins généralistes.

Trois objectifs prioritaires :

- améliorer les connaissances des parents
- leur rendre accessibles les moyens de prévention les plus efficaces
- les amener à modifier des situations à risque

Trois stratégies prioritaires :

- des conseils ciblés selon l'âge des enfants
- la promotion du matériel de sécurité
- l'adaptation à la spécificité familiale

Trois types de risques spécifiques

- le contexte éducatif
- l'aménagement du logement
- les événements de vie

Trois conseils essentiels

- ne jamais laisser un jeune enfant seul
- mettre hors de portée les produits dangereux
- utiliser le matériel de protection

Trois équipements prioritaires

- le détecteur de fumée
- les barrières de protection
- les systèmes de blocage (portes, fenêtres, tiroirs)

Conditions de réussite

- efficacité reconnue des visites à domicile tant pour l'amélioration de la qualité de l'environnement domiciliaire que pour la réduction de la fréquence des traumatismes
- nécessité de plusieurs visites et de communications de suivi
- diffusion de conseils au sujet de dangers précis et sur les façons de les éliminer
- gratuité et facilité des dispositifs à installer.

Pour la prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile (23)

Les professionnels les plus concernés sont les professionnels du secteur médico-social qui vont au domicile de la personne âgée.

Objectifs prioritaires :

- Connaître les facteurs de risque et le niveau de preuve élevé de la relation avec le risque de chute
 - facteurs sociodémographiques : âge avancé et sexe féminin
 - facteurs liés à la personne : troubles de l'équilibre, de la force et de la marche, affections neurologiques, altération des facultés cognitives et démences
 - facteurs aux liés aux comportements : consommation de 4 médicaments ou plus, consommation de psychotropes, histoire de chute.
- Agir sur l'ensemble des facteurs de risque
 - ceux liés à la personne; troubles de l'équilibre, pathologies chroniques et aiguës
 - ceux liés aux comportements : médication, nutrition, consommation d'alcool, prise de risque, peur de chuter
 - ceux liés à l'environnement : domicile et extérieur.
- Identifier les personnes âgées à risque.
- Informer et conseiller les personnes âgées sur les facteurs de risque et les moyens de prévention.

Des stratégies

- Favoriser des comportements favorables à la santé : alimentation équilibrée et l'activité physique.
- Favoriser la mise en place d'aménagements du domicile des personnes âgées.
- Identifier les personnes âgées à risque par un dépistage
 - test d'équilibre
 - recherche d'une chute antérieure, survenue durant la dernière année
 - Evaluer le niveau de risque :
 - risque élevé : test positif et chute antérieure
 - risque modéré : test positif ou chute antérieure
 - risque faible : test négatif sans chute antérieure.
- Adapter le programme au niveau de risque de chute
 - risque élevé : intervention multifactorielle personnalisée
 - risque modéré : intervention multifactorielle non personnalisée
 - risque faible : intervention de promotion de la santé et dépistage annuel du risque de chute.

6.3. LA CONCERTATION ENTRE LES ACTEURS CONCERNÉS

Le PCO rappelle qu'au vu des différentes compétences impliquées dans la problématique, il est important de travailler en collaboration avec différents secteurs et niveaux de pouvoir impliqués. De même, il est primordial de créer des ponts entre les actions au sein des différents milieux de vie ... De nombreux secteurs sont concernés et impliqués directement et indirectement dans le PCO.

Politique des consommateurs :

- Commission pour la sécurité des consommateurs. Elle a pour mission principale de remettre des avis destinés à conseiller les ministres de tutelle (la ministre de la Protection de la Consommation et le ministre de l'Economie), ainsi que les pouvoirs législatifs et exécutifs sur les questions se rapportant à la sécurité des consommateurs. Représentation de la promotion de la santé par Educasanté
- Test-Achats : évaluation de la qualité des équipements de protection pour les enfants
- Plan d'action national belge pour la sécurité des enfants coordonné par le Crioc : participation d'Educasanté au comité de planification et à la rédaction du plan

Politique de l'emploi et du travail :

- Le centre de promotion du travail du service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale : participation d'Educasanté au groupe enseignement
- Prevent : diffusion de la campagne Move Europe sur la promotion de la santé au travail.

Politique de la petite enfance et de la famille

- O.N.E. : intégration des recommandations dans le guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant et formation des pédiatres à la prévention des accidents domestiques chez les enfants (Glem(m) de pédiatrie), diffusion du livre «Tim,Tam et la famille souris», promotion du matériel de sécurité
- La ligue des familles : intégration d'informations et de recommandations dans le «Journal de votre enfant».

Politique de l'environnement

- Nehap : approche stratégique commune dans le cadre du plan national concerté d'actions environnement santé.

Politique de promotion de la santé

- Carolo prévention santé : campagne de promotion de l'activité physique des personnes de plus de 50 ans
- CLPS : appui à l'implantation du programme de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile
- Les services Infor Santé et UCP des mutualités chrétiennes : conception d'un outil de dialogue entre les personnes âgées et les professionnels sur la prévention des chutes âgées à domicile, publication d'articles dans la revue «Education Santé»
- Les mutuelles, les maisons médicales, les communes, les centres de loisirs pour personnes âgées : implantation des ateliers «équilibres».

Soins de santé et services de première ligne

- SSMG : élaboration et validation d'outils de formation, d'information et de dépistage destinés aux médecins généralistes et aux professionnels de santé.
- Les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD) pour l'implantation des mesures de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.
- Les associations professionnelles de médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmières, ergothérapeutes, aides-familiales et aides-ménagères : dépistage du risque de chutes, application des bonnes pratiques de prévention des chutes
- Les PSE : intégration de la prévention des accidents en milieu scolaire dans les projets de service.

Secteur de la santé mentale

- Concertation inter cabinets ministériels (Communauté française, Régions wallonne et bruxelloise) à propos de l'organisation d'une politique concertée en prévention du suicide.

Politique du logement

- Société d'architectes : intégrer la prévention des accidents domestiques dans la pratique des architectes.
- Collaboration avec les communes pour promouvoir le bon usage du détecteur de fumée.

Politique de l'enseignement

- Les Centres Universitaires et Départements de Médecine Générale (CUMG-DUMG) des facultés de médecine (ULg, ULB) : intégration d'un module sur la prévention des accidents domestiques dans la formation en médecine générale.

Politique internationale

- OMS : traduction en français d'un cours sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité
- Refips : partage d'expertises et de connaissances par rapport à la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité
- Union européenne : dans le cadre du plan action pour la sécurité des enfants et de la campagne européenne «Move Europe».

- *Il est important de travailler en collaboration avec différents secteurs et niveaux de pouvoir impliqués : petite enfance, emploi, environnement, soins de santé, logement, enseignement.*

7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Sethi D., Racioppi F., Baumgarten I., Vida P., Injuries and violence in Europe : why they matter and what can be done, Violence and Injury Prevention, WHO European Centre for Environment and Health, Rome WHO Regional Office for Europe, 2006.
2. Institut Scientifique de Santé Publique. Epidémiologie. SPMA : Statistiques d'Etat Civil. <http://www.iph.fgov.be/epidemiology/spma/index.htm>. Updated Août 2007.
3. Bayingana K., Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.J., Tafforeau J., Van der Heyden J. Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004, Service d'Epidémiologie, 2006; Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique (D/2006/2505/3, IPH/EPI REPORTS N° 2006 – 034)
4. Office National de l'Enfant, Bilan de santé à 18 mois, Rapport de données médico-sociales de l'O.N.E., rapport 2005-2006.
5. European Home and Leisure Accident Surveillance System. EHLASS Annual Report Belgium 1995. Brussels, Belgium : Federal Ministry of Health.
6. Piette D., Parent F., Coppieters Y., Favresse D., Bazelmans C., Kohn L., de Smet P., La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de Neuf depuis 1994 ? Bruxelles : Université Libre de Bruxelles. Ecole de Santé Publique, 2003, 109p (D/2003/8119/1).

7. Senterre C., Bantuelle M., Levêque A., Prévention des accidents et traumatismes en milieu scolaire. Rapport de recherche relatif au projet 3.2 de l'axe 3 du programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité en Communauté française de Belgique. Belgique : Centre d'Etude et de Recherche en Santé Publique (CERESP asbl). 2005. 35p. (<http://www.ulb.ac.be/esp/epitraumac/>).
8. Bantuelle M., Van Baetselaer M.C., Mendes Da Costa E., Levêque A., Les chutes chez les personnes de plus de 65 ans ...mieux les comprendre pour mieux les éviter. L'exemple de Fontaine-l'Évêque, 2005-2006, données non publiées.
9. Devroy D., Van Casteren V., Walckiers D., Accidents domestiques nécessitant l'intervention du médecin généraliste, Enregistrement des médecins vigies 1995-1996, Avril 2001
10. Médecins Vigies, http://www.iph.fgov.be/epidemi/epifr/medvfr/t_sui.htm
11. Bossuyt N. Incidentie van suicide en suicidepogingen 2000-2001. Senti-Bull 1. 2003.
12. De Spiegelaere M., Wauters I., Haelterman E., Le suicide en Région de Bruxelles-Capitale situation 1998-2000, Les dossiers de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2003-2004 (D/2003/9334/9).
13. Anguis M., Cases C., Surault P., L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Etudes et Résultats, n°185, Août 2002.
14. World Health Organisation, Prevention and social programmes, suicide rates. http://www.who.int/mental_health, 2007.
15. Institut Belge de Sécurité Routière. Sécurité routière. Rapport annuel 2006.
16. Godart B., Les Belges de plus en plus attachés à la ceinture, Via Secura, n°73, 2006.
17. Institut Belge de Sécurité Routière. Sécurité routière. Rapport annuel 2000.
18. Belgian Toxicology and Trauma Study. Belgian Society of emergency and disaster medicine, Toxicological society of Belgium and Luxembourg, Belgian Road Safety Institute, 1998.
19. ETSC (1995) Reducing traffic injuries resulting from alcohol impairment. Brussels, ETSC.
20. OMS, Rapport Mondial sur la prévention des accidents de circulation, Genève 2004 (ISBN 92 4 256260 2)
21. Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et opérationnels, Centre collaborateur OMS du Québec, Centre collaborateur OMS de Suède, OMS, septembre 1998
22. OMS, Manifesto for Safe Communities. Safety - A Universal Concern and Responsibility for All. First World Conference on Accident and Injury Prevention, 1998, 12 pages
23. Réseau Francophone de Prévention des Traumatismes et de Promotion de la Santé, Référentiel de Bonnes pratiques, Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, Inpes, mai 2005,

CAHIER 6 LA PROMOTION DE LA SANTÉ CARDIO-VASCULAIRE

Auteurs : Leynen F., Coppieters Y.

1. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE (COLLECTIF ET INDIVIDUEL)

La promotion de la santé cardio-vasculaire est une des priorités définies par la Communauté française dans le plan quinquennal de la promotion de la santé 2004-2008. Malgré les progrès dans le domaine du traitement curatif, les maladies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux restent la principale cause de mortalité dans notre pays.

Les facteurs de risque de la pathologie cardio-vasculaire peuvent se répartir en trois catégories (*Charte Européenne pour la santé du cœur*) (1) :

1. Facteurs biologiques : hypertension, hyperglycémie, hypercholestérolémie, surpoids/obésité
2. Déterminants du style de vie : tabagisme, alimentation déséquilibrée, excès d'alcool, inactivité physique/sédentarité
3. Déterminants démographiques et socio-économiques :
 - a. Déterminants établis : âge, sexe, hérédité, ethnicité
 - b. Déterminants modifiables : revenu, éducation, conditions de vie, conditions de travail

Une grande partie de ces facteurs et déterminants incriminés peut être visée dans le cadre de stratégies préventives et de promotion de la santé; ils sont souvent comportementaux et peuvent être modifiés à partir d'initiatives très différentes, ayant comme public cible les enfants à l'école, les travailleurs dans les entreprises, les familles, ou encore le grand public.

En créant un «milieu de vie favorable» à la santé, non seulement le risque de développement de maladies cardio-vasculaires est réduit, mais un impact sur l'incidence d'autres maladies chroniques importantes dans notre population peut être atteint. Le tabagisme, par exemple, est lié aux trois causes principales de mortalité : les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les pathologies pulmonaires obstructives.

Dans le PCO, les objectifs de la promotion de la santé cardio-vasculaire se répartissent en deux grands axes :

1. Les objectifs de promotion de la santé vers le public général (approche globale de promotion de la santé)
2. Les objectifs de prévention médicale.

Le premier axe est dirigé vers l'action sur les déterminants de la santé dans sa globalité. En promouvant les modes de vie et des milieux favorables à la santé, à travers une alimentation équilibrée, une pratique d'activité physique et une prévention du tabagisme, non seulement un effet se répercutera sur le développement des maladies cardio-vasculaires, mais également sur un nombre important d'autres pathologies chroniques. Le deuxième axe est orienté vers une amélioration du dépistage et de la prise en charge des patients en prévention primaire (évaluer le risque cardio-vasculaire individuel), secondaire (améliorer l'accompagnement de personnes à risques) et tertiaire.

De nombreux programmes, projets et actions dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé cardio-vasculaire existent en Communauté française. Dans un but de maximaliser l'efficacité des différentes actions, une évaluation continue des stratégies entreprises ainsi que des publics cibles touchés est indispensable.

Les objectifs opérationnels, les stratégies, méthodes et les publics cibles sont divers et complexes; pour cela un recensement des structures et actions en Communauté française a été établi dans le but d'identifier le nombre et la nature des acteurs intervenants, les domaines couverts, les types d'actions, les groupes cibles visés, les réseaux développés et la couverture géographique (2).

- *Les maladies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux restent la principale cause de mortalité dans notre pays.*
- *Une grande partie des facteurs de risque peuvent être réduits par des stratégies préventives et de promotion de la santé.*

2. DONNÉES DE MORTALITÉ ET MORBIDITÉ

2.1. MORTALITÉ CARDIO-VASCULAIRE

Même si en Belgique, entre 1987-1997, le taux de mortalité cardio-vasculaire a diminué d'environ 20 % (hommes : 23 % en Wallonie, 19 % à Bruxelles, 17 % en Flandre/femmes : 22 % dans les trois Régions), les maladies cardio-vasculaires restent la principale cause de mortalité (+/- 40 000 décès par an) suivies de l'ensemble des cancers (+/- 30 000 décès par an). De façon plus spécifique, on note :

- 27 % des décès d'hommes et 21 % des décès de femmes entre 45 et 64 ans;
- 36 % des décès d'hommes et 45 % des décès de femmes de plus de 65 ans; (3)
- 25 % des hommes sont à haut risque cardio-vasculaire;
- 25 % des infarctus surviennent avant 55 ans;
- 1 infarctus sur trois est mortel d'emblée;
- En nombre absolu, la mortalité cardio-vasculaire s'est élevée en 1997 (dernières statistiques disponibles en Communauté française) à 16 751 personnes en Wallonie et à Bruxelles, dont 7 209 hommes et 9 542 femmes (3).

Tableau 1. Taux de mortalité ajustés pour l'âge (/100 000) pour l'ensemble de la population belge, par région, en 1997. (pop. référence 1996)

Causes de mortalité par	Bruxelles	Wallonie	Flandre
Maladies cardio-vasculaires	304,56	401,74	363,85
Cancers	262,18	282,80	268,41
Pathologies cardiaques ischémiques	96,88	130,55	112,37
Pathologies cérébro-vasculaires	84,94	90,05	94,71
Insuffisance cardiaque	59,87	85,79	75,11
Athérosclérose	10,27	20,11	19,47
Hypertension – complications	3,03	9,79	3,26
Diabète	13,16	19,53	15,55

source : ISSP- SPMA

En termes de tendances sur une période plus longue, le tableau suivant nous montre la moyenne des diminutions par période de 5 ans (de 1970 à 1990) de la mortalité totale/la mortalité cardio-vasculaire et la mortalité par maladie ischémique du cœur, pour les deux sexes et par Région (4).

Tableau 2. moyenne des diminutions (en %) du taux de mortalité par période de 5 ans de 1970 à 1990

	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Belgique	
Hommes	Décès toutes causes	7,7	7,3	7,8	7,7
	Mortalité cardio-vasculaire	12,9	11,6	8,4	11,8
	Maladies ischémiques du cœur	16,5	13,6	12,8	14,9
Femmes	Décès toutes causes	11,5	8,6	9,0	10,2
	Mortalité cardio-vasculaire	13,9	10,5	7,7	12,1
	Maladies ischémiques du cœur	17,3	9,5	13,4	14,0

source : Capet et al. 2001

L'évolution positive en termes de diminution de mortalité est moins prononcée en Wallonie et en Région bruxelloise comparée à la Flandre, sauf pour la mortalité «toutes causes» chez l'homme. La mortalité et la morbidité évitable chez les hommes sont surtout dues à l'infarctus du myocarde et à l'accident vasculaire cérébral chez les femmes (4).

Les graphiques suivants montrent l'évolution de la mortalité totale ainsi que de la mortalité cardio-vasculaire séparément pour les hommes et les femmes dans les trois régions de Belgique (5).

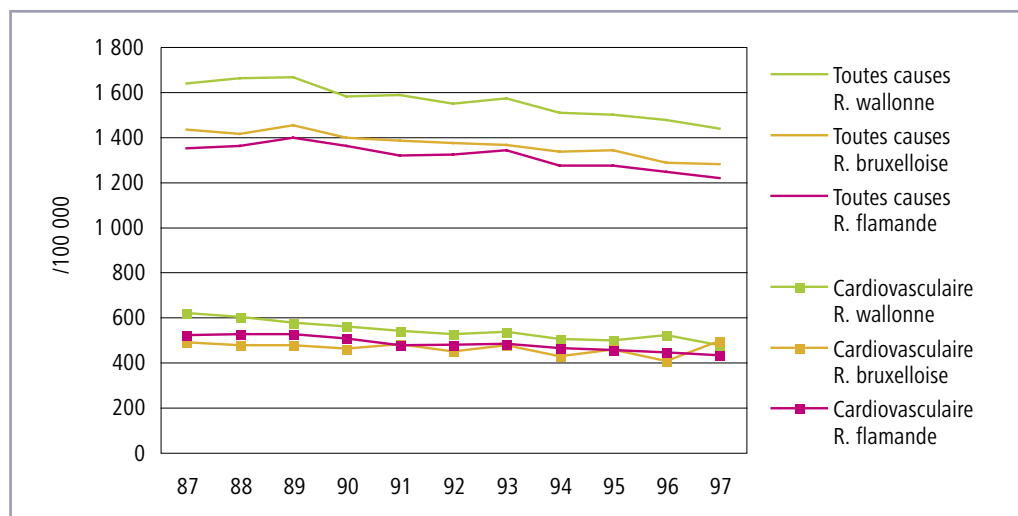


Figure 1. Evolution de la mortalité totale / cardio-vasculaire (1/100 000) (hommes)

Source : Puddu 2003

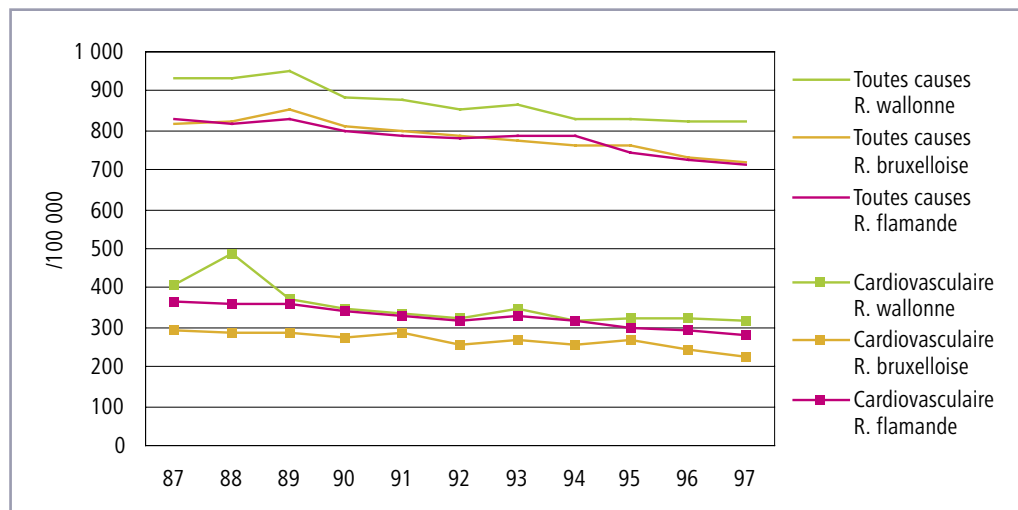


Figure 2. Evolution de la mortalité totale / cardio-vasculaire (1/100 000) (femmes)

Source : Puddu 2003

1. Disponible sur le site
<http://www.ulb.ac.be/esp/epitraumac/registre/>

2.2. MORTALITÉ PAR INFARCTUS : DONNÉES DU REGISTRE MONICA DE CHARLEROI

Des registres d'événements coronariens aigus ont été établis dans les entités de Charleroi et de Gand depuis 1983. Un registre des événements coronariens aigus mortels et non mortels existe aussi dans la Province du Luxembourg depuis 1985. En Communauté française, au travers du registre de Charleroi nous disposons d'une vision sur plus de 20 ans de suivi. Cette perspective temporelle est importante car elle permet, au-delà des résultats annuels, de dégager des tendances sur des périodes plus longues (6).

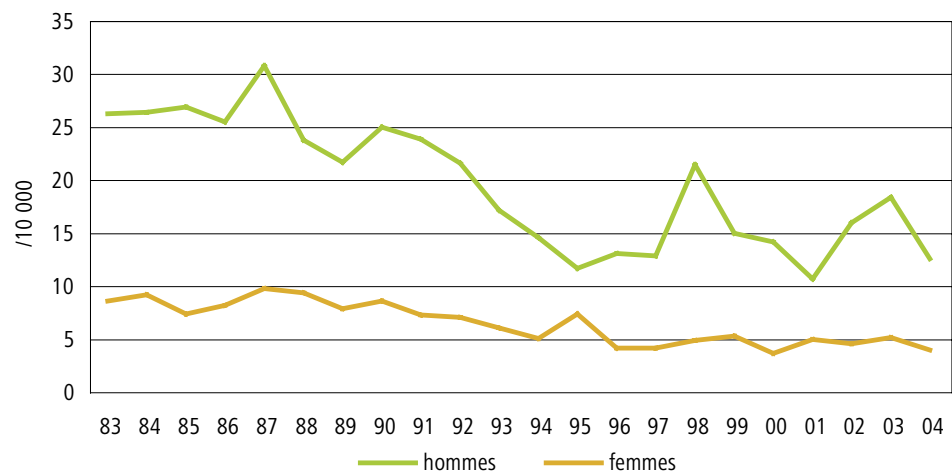
Pour la mortalité dans le domaine cardio-vasculaire, on utilise les définitions suivantes (7) :

- taux d'attaque fatal : correspond à la mortalité coronarienne, c'est-à-dire tous les cas d'infarctus qui sont décédés dans les 28 jours qui suivent l'événement coronarien
- taux d'attaque non fatal : correspond aux cas d'infarctus qui ne sont pas décédés dans les 28 jours des suites de leur événement coronarien
- taux d'incidence (global) : correspond aux nouveaux événements coronariens sur une période donnée.

Les données issues de ce registre suivant montrent clairement cette diminution des taux d'événements fatals (pour 10 000 habitants) chez les hommes et les femmes, entre 1983 et 2004 (figure 3).

Figure 3. Evolution des taux d'attaques fatals dans la région de Charleroi, 1983-2004

Source : Levêque A. et al., 2005



L'analyse détaillée de l'évolution des taux d'attaque (1983-2002) est présentée dans une monographie des 20 ans du registre de Charleroi publiée en 2005 (7)^[1]. Cette analyse montre entre autres que les taux standardisés pour l'âge des infarctus fatals chez les hommes sont passés de 26 pour 10 000 en 1983 à 16 pour 10 000 en 2002, soit une diminution de plus de 40 %.

Les diminutions de la mortalité dans les pays de l'Europe occidentale en général sont dues, suivant de nombreuses études similaires, pour deux tiers à la diminution de l'incidence de la maladie et pour un tiers aux améliorations dans la prise en charge du patient. La proportion de décès à l'hôpital représente un peu plus d'un quart des décès enregistrés et ceux à domicile représentent toujours la moitié du total des décès. Ce problème doit être tenu en considération étant donné que ces décès représentent des morts rapides qui n'atteignent pas l'hôpital.

Les pays de l'Europe du Nord et de l'Ouest connaissent tous des baisses importantes en termes de mortalité cardio-vasculaire, mais ce n'est pas le cas pour les pays de l'Europe de l'Est ou membres de l'ex-Union Soviétique (8) (figure 4).

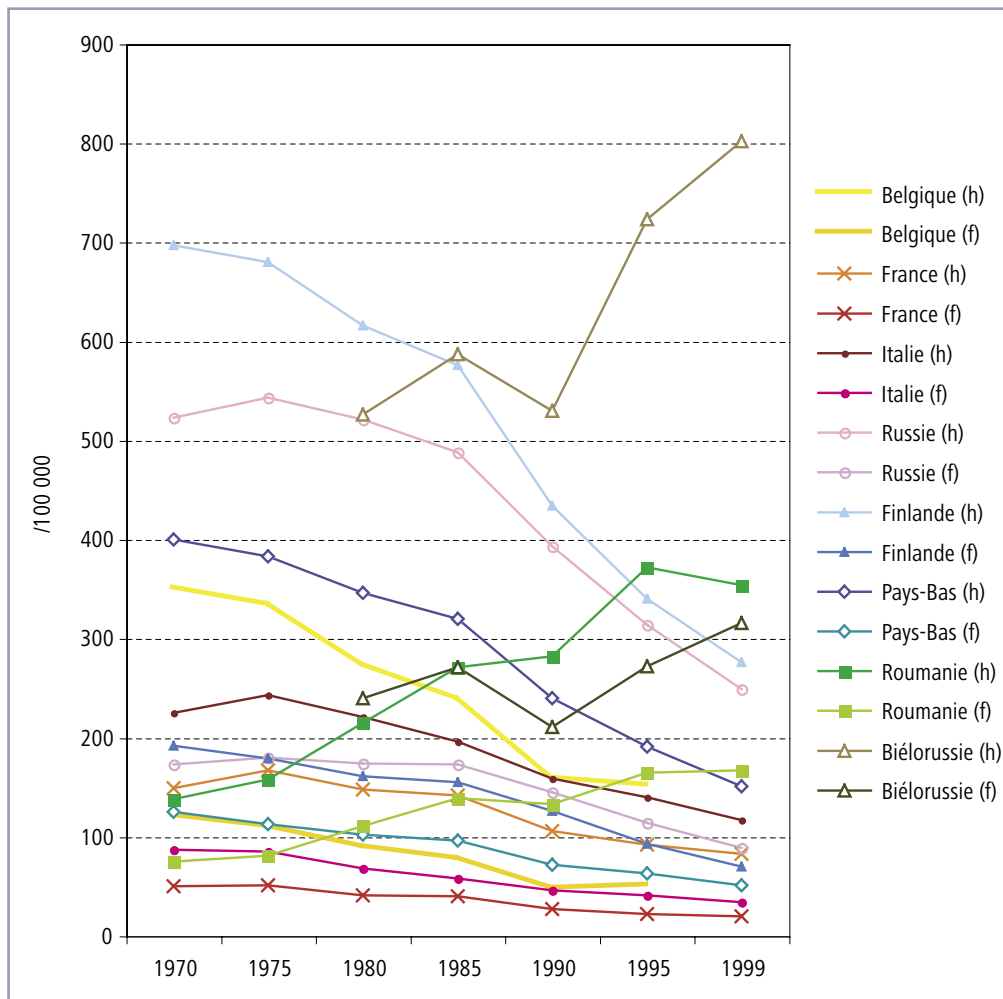


Figure 4. Taux standardisé de mortalité cardio-vasculaire 1970-1999
Source : European cardiovascular disease statistics, 2005

- Les principaux facteurs de risque relèvent de comportements de santé : le tabagisme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'excès chronique de stress, l'obésité, la sédentarité, et sont en grande partie modifiables.

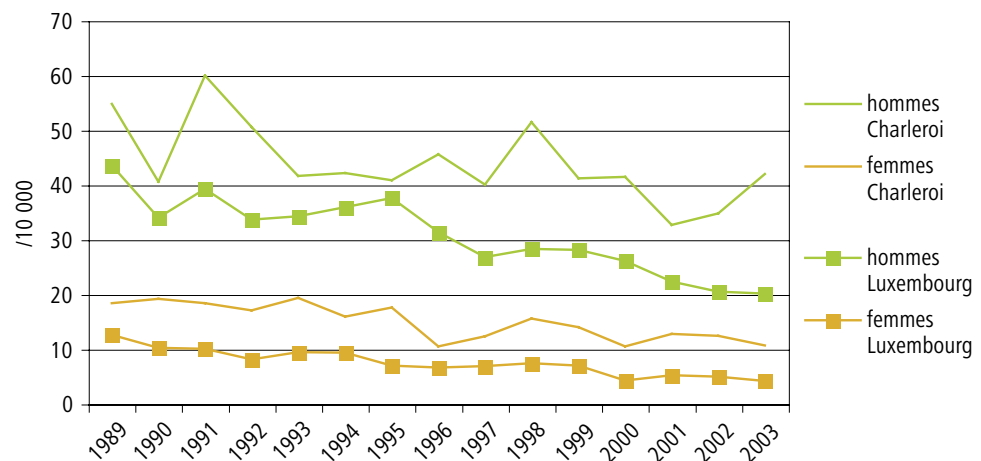
- En créant un «milieu de vie favorable» à la santé, et en modifiant certains comportements, le risque de développer des maladies cardio-vasculaires est fortement réduit, et c'est la santé dans son entièreté qui s'en trouvera améliorée : bouger, manger équilibré ou être non fumeur contribue globalement au bien-être et à la santé, pas uniquement à la santé du cœur.

2.3. MORBIDITÉ

Morbidity cardio-vasculaire : incidence d'infarctus non fatals

Les informations produites par les registres de Charleroi et de la province du Luxembourg indiquent une diminution de l'incidence de l'infarctus (de l'ordre de 30 % entre 1983 et 2004). Cette diminution, qui est également observée dans d'autres registres européens s'explique principalement par une diminution des événements explicable en partie par les effets positifs des campagnes de prévention et en moindre partie par une augmentation de la survie, due à une prise en charge du patient meilleure et plus rapide.

Figure 5. Evolution du taux d'attaque des événements coronariens aigus (fatals et non fatals) pour les hommes et les femmes entre 1989 et 2003 (taux standardisés pour l'âge).
Source : Registres du Luxembourg et de Charleroi



Le taux d'attaque total de l'infarctus du myocarde est supérieur à Charleroi (milieu urbain) par rapport à la province du Luxembourg (milieu rural), tant chez les hommes que chez les femmes. Ce sont les hommes de Charleroi qui se démarquent le plus.

En comparaison avec le registre de Gand, de 1983 à 2002, le taux d'attaque de l'infarctus suit la même tendance à la baisse à Gand et à Charleroi. Cependant, ces taux d'attaque sont plus faibles à Gand (en 2002 : 35,9 pour 10 000 habitants pour les hommes et 12,8 pour 10 000 habitants pour les femmes) et baissent plus vite dans le temps creusant un écart entre les deux villes. Sur une période de plus de 20 ans, on peut dire qu'il y a un excès d'infarctus de l'ordre de 50 % chez les hommes à Charleroi par rapport à Gand. La différence est moins importante pour les femmes.

- Dans nos pays d'Europe occidentale, on assiste à une diminution de la mortalité et de la morbidité attribuables aux maladies cardio-vasculaires grâce à une meilleure prise en charge et une diminution de certains facteurs de risque.

Morbidité cérébro-vasculaire : incidence d'accidents cérébro-vasculaires et d'accidents ischémiques transitoires

Comme il est déjà mentionné plus haut, les accidents cérébro-vasculaires forment la deuxième cause de décès cardio-vasculaire en Belgique après l'infarctus; chez les femmes, l'accident cérébro-vasculaire en est même la cause principale.

Le Réseau belge des Médecins vigies, constitué de médecins généralistes représentatifs de tout le territoire belge, qui avait déjà enregistré les accidents cérébro-vasculaires en 1984 et en 1988-89, a réalisé un nouvel enregistrement en 1998 et en 1999 avec comme objectif d'étudier l'incidence de l'accident cérébro-vasculaire (AVC) et de l'accident ischémique transitoire (AIT), la mortalité durant l'année suivant l'événement et de comparer l'évolution de l'incidence entre 1984 et 1999 (9). L'enregistrement vise aussi à étudier l'implication des différentes structures de soins dans la prise en charge du malade, la première année après l'événement.

L'incidence annuelle pour les années 1998-1999 est estimée à 192/100 000 habitants chez les femmes et 179/100 000 habitants chez les hommes pour l'AVC, et respectivement 103/100 000 et 82/100 000 pour l'AIT. Comme pour l'incidence des cardiopathies ischémiques, l'incidence est directement liée à l'âge. L'incidence d'AVC en Région flamande est comparable à celle de la Région wallonne; l'incidence de AIT est plus élevée en Région wallonne.

On observe de plus une diminution significative pour l'incidence des deux pathologies comme présenté dans la figure suivante.

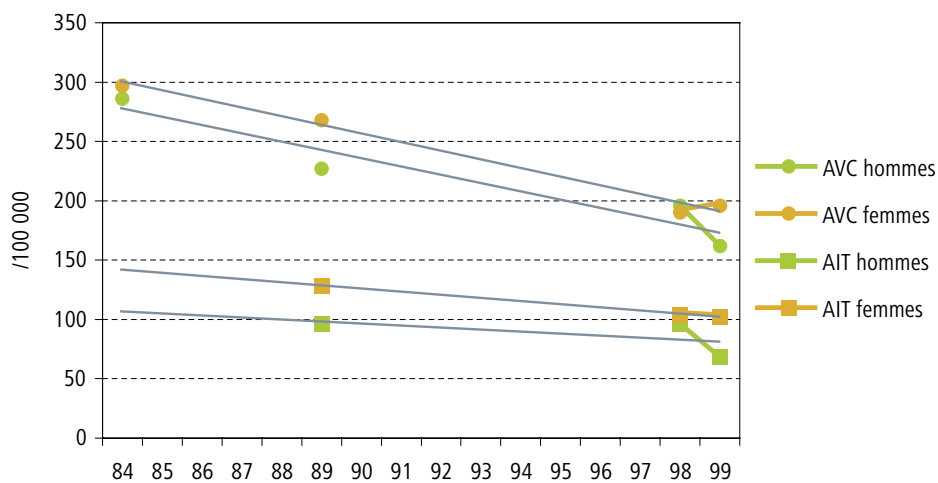


Figure 6. Evolution de l'incidence de AVC et de l'AIT – Médecins vigies 1984 - 1989 - 1998/1999
Source : Devroey et al., 2003

Morbidité cardio-vasculaire : données RCM

Les données RCM (Résumé clinique minimum) sont envoyées par tous les hôpitaux au Ministère de la Santé. Le service RCM des hôpitaux analyse et encode pour chaque patient l'ensemble de son dossier avec d'une part les données médicales (RCM) et d'autre part les données infirmières (RIM). Le diagnostic principal, des diagnostics secondaires et des actes techniques sont enregistrés, ce qui permet de suivre l'évolution des hospitalisations pour maladies cardio-vasculaires en Belgique.

Une base de données européennes, accessible sur internet (European Hospital Morbidity database) (10) permet de positionner la Belgique par rapport à d'autres pays européens pour les années 2003 jusque 2005. Les figures 7 et 8 montrent que la Belgique occupe une position intermédiaire dans ce classement européen des taux d'hospitalisation pour les infarctus du myocarde et pour les maladies cérébro-vasculaires.

Figure 7. Taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde 2004.

Source : European Hospital Morbidity database

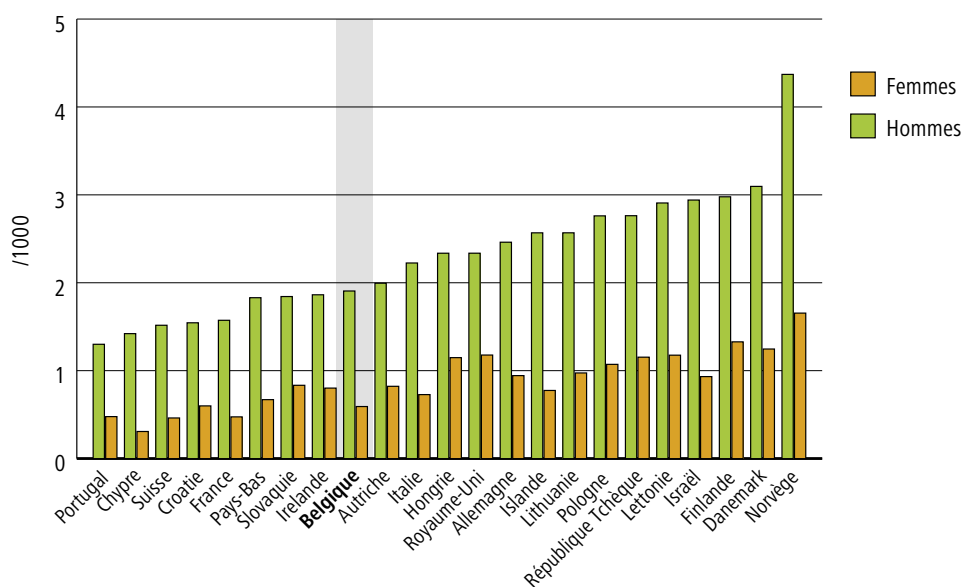
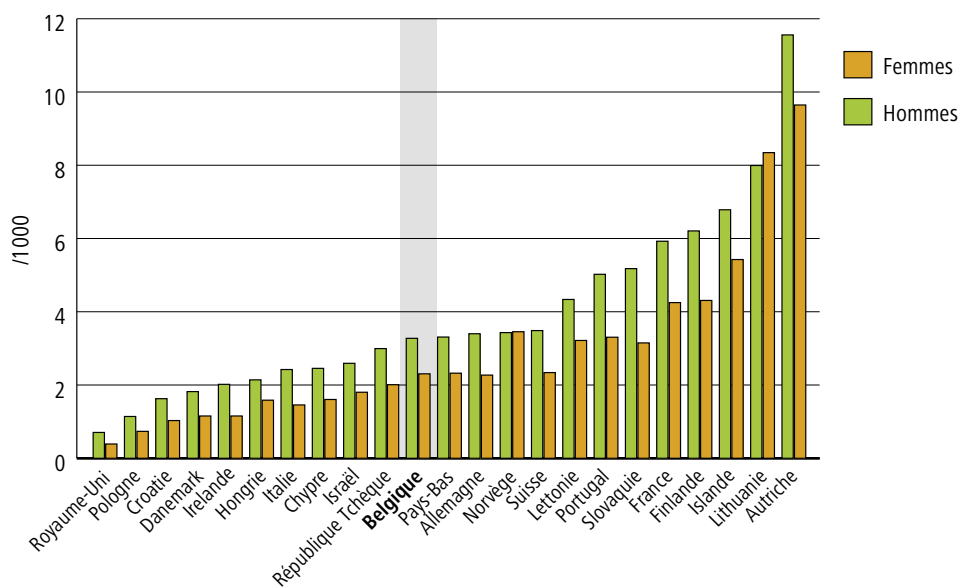


Figure 8. Taux d'hospitalisation pour maladies cérébro-vasculaires 2004

Source : European Hospital Morbidity database



Données de l'enquête nationale de santé 2004

En 2004, l'enquête de santé de 2004 menée par interview auprès de personnes âgées de 15 ans et plus, montre que parmi les 3 414 personnes interrogées à Bruxelles, 2,8 % déclarent avoir souffert pendant les 12 derniers mois d'une maladie cardiaque sévère ou d'une crise cardiaque. Ils étaient 3,9 % parmi les 4 954 personnes interrogées dans la Région wallonne (11). En 1997, 4,8 % des Bruxellois répondaient avoir eu une affection cardiaque dans les 12 mois précédant l'enquête; en Région wallonne, ils étaient 3,7 % à répondre positivement.

La prévalence d'hypertension artérielle est également plus élevée dans le groupe des personnes les moins scolarisées, ce qui est également le cas pour la prévalence du diabète.

Enquête de consommation alimentaire 2004

Dans l'enquête alimentaire de 2004 (N : 3 173), 4,4 % des hommes et 4 % des femmes déclarent avoir souffert d'une maladie cardiaque au cours des douze derniers mois. La prévalence s'élève à 18 % dans le groupe des 60-74 ans (12) et diffère en fonction du lieu de résidence avec des taux de 4,1 %, 5,6 % et 3,9 % pour respectivement les Régions flamande, bruxelloise et wallonne.

3. FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS

Les facteurs socio-économiques sont des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, et influencent l'évolution de la maladie. L'effet du niveau socio-économique s'explique entre autres pour les niveaux moins favorisés par un mode de vie et des comportements spécifiques, un moindre accès aux systèmes de santé, à l'information relative à la santé et peut être une plus faible compliance thérapeutique.

Modes de vie

Les différentes enquêtes menées en Communauté française de Belgique donnent un large aperçu des modes de vie reconnus comme étant à risque pour la santé cardio-vasculaire.

Activités sportives et sédentarité

Les informations collectées dans l'enquête nationale de santé sur la pratique d'activités sportives indiquent qu'il existe des **différences entre hommes et femmes** : 26 % des hommes pratiquent une activité physique intense (au moins 4 heures par semaine) pour 10 % des femmes.

Près d'un tiers des femmes (30 %) et 19 % des hommes peuvent être considérés «à risque» par manque d'activité physique.

C'est parmi les personnes qui ont un niveau d'instruction supérieur qu'on retrouve la proportion la plus importante de personnes qui pratiquent intensivement une activité physique (21,6 % d'entre elles comparativement aux 11,1 % parmi les personnes ayant au maximum un diplôme d'enseignement primaire).

La pratique d'une activité physique intense diminue aussi nettement avec **l'âge** : elle concerne 31,8 % des jeunes de 15 à 24 ans, pour diminuer de près de moitié dans la tranche d'âge des 45-54 ans (16,3 %). Chez les seniors de 75 ans et plus, seulement 6,1 % sont encore très actifs physiquement.

La comparaison entre **Régions** montre que l'activité physique intense est plus importante en Wallonie et en Flandre (18 %) qu'à Bruxelles (13 %). En ce qui concerne la proportion de personnes «à risque» à cause de leur sédentarité, c'est en Wallonie que la proportion en est la plus élevée avec 31,1 %, suivie de Bruxelles (26,8 %). Quels que soient les indicateurs utilisés, c'est donc en Flandre qu'on retrouve le plus de sportifs.

2. Dans l'enquêtes de santé, l'indice de masse corporelle (IMC, voir glossaire) est calculé sur base des déclarations du poids et de la taille des personnes interrogées.
3. Voir glossaire.
4. Programme international de l'OCDE pour le suivi des acquis des élèves.

La proportion de sujets parmi les jeunes en âge scolaire n'ayant aucune activité sportive a augmenté de 7,3 % en 1994 à 9,4 % en 2006. Cette prévalence augmente avec l'âge et est plus élevée parmi les étudiants de l'enseignement professionnel, comparativement à ceux du général (13) (14) .

Surpoids

Les résultats de la dernière enquête nationale de santé de 2004 indiquent qu'en Région wallonne, la fréquence de la surcharge pondérale^[2] (IMC^[3] entre 25 et 29,99) et de l'obésité (IMC ≥ 30) est plus élevée qu'en Flandre : 32,8 % de personnes en surcharge pondérale et 15,3 % d'obèses par rapport à 31,3 % et 11,5 % (12). Une relation très nette s'observe entre le niveau d'instruction et le problème de poids; la valeur moyenne de l'IMC étant la plus basse parmi les personnes qui ont un diplôme d'enseignement supérieur.

Si les proportions de personnes en surpoids ou présentant une obésité augmentent avec l'âge (jusqu'à 75 ans), les enfants et les adolescents n'en sont pour autant pas épargnés. Les données de l'étude internationale placée sous l'égide de l'OMS «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) est conduite dans plus de 30 pays européens. En Belgique, cette enquête est menée du côté francophone et néerlandophone. Parmi les jeunes à l'école, nous notons une augmentation de l'obésité, avec des prévalences de 10,3 % en 1994 à 11,9 % en 2006, chez les garçons et de respectivement 7,0 % et 8,0 % chez les filles. Les résultats de 2002 nous montrent qu'en Communauté française, 10 % des élèves sont en surcharge pondérale et 5 % d'entre eux souffrent d'obésité (13). L'obésité de l'enfant connaît depuis une vingtaine d'années une rapide évolution dans la plupart des pays industrialisés. Ainsi, en France, la proportion d'enfants obèses a plus que doublé en 15 ans : de 6 % dans les années 1980 à 12 % environ, fin des années 1990 (15).

Des informations internationales sur l'obésité de l'enfant sont aussi récoltées au travers d'enquêtes (comme l'enquête HBSC précédemment citée et l'enquête PISA^[4]). Dans un document publié par l'Unicef, les prévalences les plus élevées d'enfants obèses dans les pays de l'OCDE se trouveraient d'abord aux Etats-Unis et au Canada, puis dans le sud de l'Europe comme en Grèce, Espagne, Italie, Portugal, mais également dans le Royaume-Uni, l'Irlande ou la Finlande (16). Selon ces données, sur les 21 pays pour lesquels on a une information, la Belgique occupe la 16^{ème} position, juste après la Suède et la France.

Tabagisme

Le tabagisme est sans doute le facteur de risque comportemental qui a le plus d'impact en termes de morbidité et de mortalité. Même si le nombre de fumeurs a globalement décliné au cours des trente dernières années, la consommation de tabac fait encore partie de la vie quotidienne de trop nombreuses personnes.

Les données du CRIOC montrent qu'en 2006, il y a 26,4 % de fumeurs en Belgique, dont 22 % sont des fumeurs quotidiens et 4,4 % sont des fumeurs occasionnels (17). Les hommes sont plus nombreux à fumer que les femmes. La proportion de fumeurs est plus élevée en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre.

L'enquête nationale de santé de 2004 précise que l'usage régulier du tabac commence en moyenne à l'âge de 17 ans, mais 10 % des fumeurs actuels étaient déjà engagés dans le tabagisme très précocement, dès l'âge de 14 ans (11).

- *Comme dans beaucoup d'autres domaines, les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires sont plus fréquents dans les groupes sociaux les moins favorisés : tabac, manque d'activité physique, obésité ou stress professionnel élevé.*
- *Promouvoir en priorité la réduction des facteurs de risque parmi les groupes de personnes socialement défavorisées permettrait de réduire en partie les inégalités sociales de santé.*

Hypertension, hypercholestérolémie et diabète

Les facteurs de risque modifiables des maladies cardio-vasculaires (hypertension, hyperlipidémie, embonpoint, faible consommation de fruits et de légumes, sédentarité et tabagisme) sont courants en Belgique comme dans la plupart des pays industrialisés. L'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète constituent des facteurs de risque importants dans l'apparition des troubles cardio-vasculaires.

La prévalence (auto-rapportée) de l'hypertension artérielle, enregistrée par les différentes enquêtes nationales, est en augmentation dans les trois régions de la Belgique (figure 9). A l'échelle de la population belge, 28 % des personnes (de 15 ans et plus) déclarent avoir été prévenues lors d'un contrôle que leur tension artérielle était trop élevée. Il n'y a pas de différence à ce sujet entre les hommes et les femmes, à part chez les 75 ans ou plus, où une plus grande proportion des femmes ont été averties que leur tension artérielle était trop élevée.

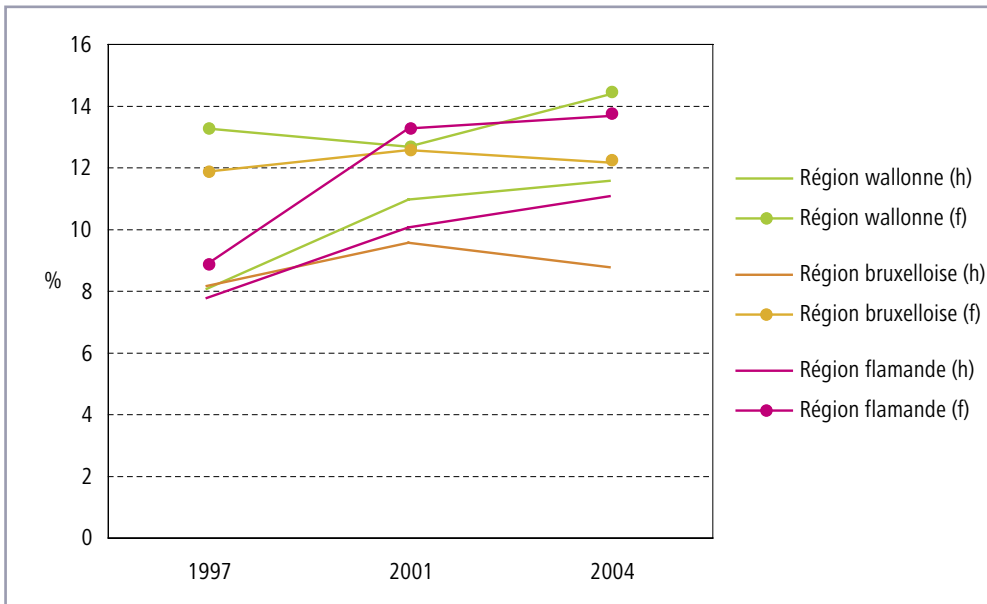


Figure 9. Prévalence (données auto-rapportées) de l'hypertension : hommes/femmes, par région.
Source : ISSP

La même tendance est observée pour le diabète (figure 10).

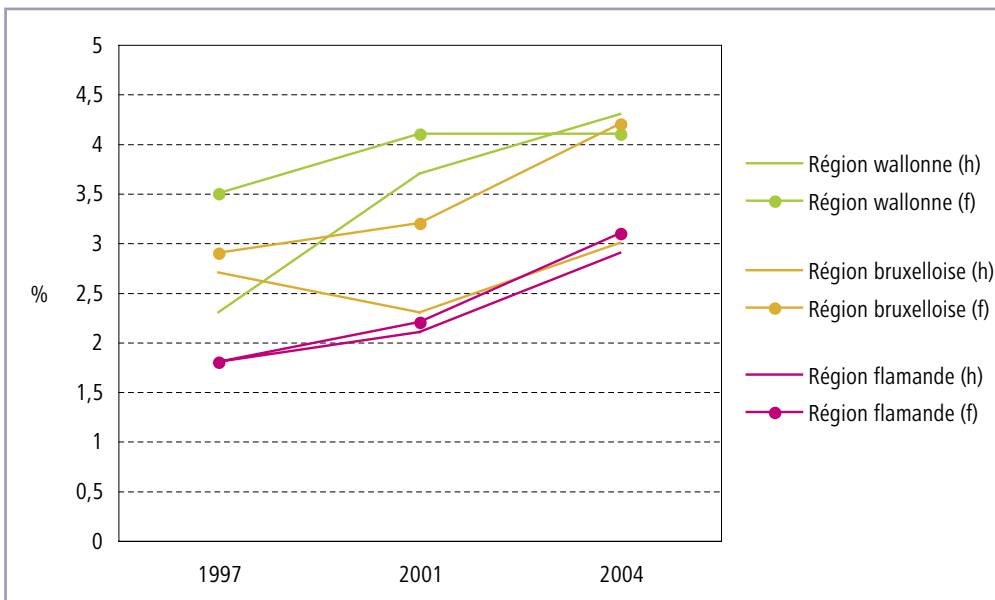


Figure 10. Prévalence auto-rapportée : diabète : hommes/femmes par région.
Source : ISSP

Toujours à l'échelle nationale, 40 % des personnes déclarent avoir été prévenus lors d'un contrôle que leur cholestérol sanguin était trop élevé. Il y a une différence relativement importante entre les hommes (44 %) et les femmes (37 %).

Ces facteurs de risque ne sont pas toujours connus ou suffisamment documentés. L'importance du rôle du médecin généraliste peut ici être soulignée dans la détection de ces facteurs de risque, dans leur prise en charge ainsi que dans le suivi. Bon nombre de ces facteurs sont méconnus des patients ou de leur médecin et ils ne sont pas suffisamment pris en charge. A titre d'exemple, les données de 2004 du Registre de l'infarctus de Charleroi indiquent que parmi les personnes qui ont eu un infarctus du myocarde, 19,2 % d'entre elles présentaient un diabète. Mais 42,4 % de celles-ci ne recevaient pas de traitement pour ce diabète. En ce qui concerne l'hypertension, parmi les 40,1 % de patients hypertendus qui ont eu un infarctus, 50 % d'entre eux n'étaient pas non plus sous traitement. Pour l'hypercholestérolémie, 60,7 % des patients qui avaient ce facteur de risque n'étaient pas traités (6).

En s'attaquant à ces facteurs de risque, on améliorera non seulement la santé cardio-vasculaire, mais on réduira aussi la prévalence de maladies chroniques telles que le cancer, les maladies respiratoires et le diabète.

Figure 3. Facteurs de risque majeurs et conséquences de l'exposition sur la santé

FACTEUR DE RISQUE	CONSÉQUENCES NÉGATIVES MESURÉES DE L'EXPOSITION
Tension artérielle	Accidents vasculaires cérébraux, cardiopathies ischémiques, cardiopathies hypertensives, autres cardiopathies
Hypercholestérolémie	Accidents vasculaires cérébraux, cardiopathies ischémiques
Faible consommation de fruits et de légumes	Accidents vasculaires cérébraux, cardiopathies ischémiques, cancer colorectal, cancer gastrique, cancer du poumon, cancer de l'oesophage.
Embonpoint	Accidents vasculaires cérébraux, cardiopathies ischémiques, diabète, arthrose, cancer de l'endomètre, cancer du sein post ménopausique
Inactivité physique	Accidents vasculaires cérébraux, cardiopathies ischémiques, cancer du sein, cancer du colon, diabète.
Tabagisme	Accidents vasculaires cérébraux, cardiopathies ischémiques, cancer du poumon, cancer des voies aérodigestives supérieures, d'autres cancers, maladie respiratoire obstructive chronique, toutes les affections vasculaires.

Source : *Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2002*

Le dépistage de ces problèmes fait donc partie des mesures de prévention qui doivent être offertes à la population. Par conséquent, une approche intégrée en matière de prévention des maladies chroniques serait efficace et efficiente.

- *La connaissance de la présence des facteurs de risque est sous-estimée au niveau de la population.*
- *Le rôle du médecin généraliste est important dans la détection et la prise en charge de ces facteurs.*

4. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

4.1 ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Différentes sources de pollution ont été retenues par l'American Heart Association (2004) et mises en relation avec l'incidence d'évènements cardio-vasculaires (18). Les quelques toxines spécifiques pour lesquelles on a pu montrer une relation avec l'incidence de maladies cardio-vasculaires sont la disulfide de carbone, la nitroglycerine et le monoxyde de carbone. Bien sûr, ces expositions, comme facteur de risque individuel, sont minimales; mais étant donné l'ampleur de l'exposition (nombre de sujets exposés), un effet marginal peut être important en termes de santé publique.

Une étude européenne récente (19) a étudié dans les villes de Barcelone, Augsburg, Helsinki, Rome et Stockholm, la relation entre l'exposition à différentes toxines environnementales, liées à la pollution routière et l'incidence de l'infarctus. Une association significative, quoique avec des risques relatifs marginaux, a été démontrée entre l'incidence d'infarctus (entraînant une hospitalisation) et l'exposition simultanée au monoxyde de carbone et un à taux élevé de microparticules dans l'air.

D'autres facteurs de risque environnementaux d'ordre physique sont la fumée de cigarette (tabagisme passif) et les expositions à des températures extrêmes.

4.2. ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL

Il y a actuellement suffisamment d'arguments épidémiologiques pour confirmer la relation entre le stress au travail et les maladies cardio-vasculaires. Une relation entre le stress au travail et différents facteurs de risque tels l'hypertension, le diabète, le tabagisme ou l'obésité, a également été démontrée.

Dans l'étude interuniversitaire belge Belstress, portant sur les relations entre l'exposition au stress professionnel et la santé des travailleurs, une relation a été mise en évidence entre le support social au travail (mesuré par l'estime, le soutien des collègues et des supérieurs hiérarchiques) et l'incidence de l'infarctus (suivi de 3 ans) : l'incidence d'infarctus était deux fois plus élevée dans le groupe de travailleurs percevant un faible support relationnel au travail, comparés à leurs collègues percevant un support social élevé (20).

Une relation a ensuite été mise en évidence entre la tension artérielle et le manque de maîtrise au travail (peu de liberté ou de moyens de contrôle pour organiser le déroulement du travail ou son contenu); cette relation était particulièrement présente dans le groupe des travailleurs moins qualifiés. Les travailleurs exposés à un stress professionnel élevé ont une tension artérielle significativement plus élevée que les travailleurs non stressés, et cette augmentation sensible de la tension artérielle se manifeste pendant les heures de travail, mais aussi de retour au domicile, et pendant les heures de sommeil (21).

Les études belges sur le stress au travail indiquent également que ce sont les femmes et les travailleurs moins qualifiés qui sont le plus exposés au stress et à ses conséquences négatives pour la santé (22).

L'évidence épidémiologique des effets néfastes du stress au travail, non seulement dans le domaine des maladies cardio-vasculaires mais également dans le domaine de la santé mentale et des maladies musculo-squelettiques, sont également à la base de dispositions légales, relatives au bien-être des travailleurs^[5] (AR 18-9-96). Cette loi a été récemment revue, en mai 2007^[6].

5. *Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (M.B. du 18 septembre 1996).*
6. *Arrêté Royal du 17 mai 2007 relatif à la prévention de la charge psychosociale occasionnée par le travail dont la violence, le harcèlement moral ou sexuel au travail (M.B. 6.6.2007)*

7. Plus de détails sur les objectifs du PCO en matière de promotion de la santé cardio-vasculaire sont disponibles dans le document accessible à l'adresse internet suivante : <http://www.sante.cfwb.be/pg001.htm>

5. POLITIQUES ET STRATÉGIES EN PRÉVENTION/PROMOTION SANTÉ, DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE

La Communauté française a fait de la promotion de la santé cardio-vasculaire une priorité. Le PCO définit comme objectif général la contribution à la prévention de la mortalité et des morbidités évitables dues aux maladies cardio-vasculaires. Les actions dont il est question sont celles qui favorisent l'adoption d'une alimentation équilibrée, l'activité sportive et qui visent à prévenir le tabagisme. Elles tendent à susciter au maximum ces comportements tant dans la population générale que pour des groupes socioprofessionnels plus spécifiques.

Elles sont orientées vers le grand public (objectif de niveau 1) ou par une approche adaptée à des publics cibles (objectif de niveau 2), par exemple au travers de différents milieux de vie. A partir de l'identification de publics cibles, les objectifs de niveau 3 aspirent à créer des synergies avec les différents acteurs concernés, dans une perspective globale de promotion de la santé^[7].

Tableau 4. Synthèse des niveaux d'intervention et objectifs santé définis dans le PCO cardio-vasculaire

Niveau d'intervention	PRÉVENTION PRIMORDIALE	PRÉVENTION PRIMAIRE	PRÉVENTION SECONDAIRE	PRÉVENTION TERTIAIRE
Objectifs santé	Promouvoir la pratique régulière d'une activité physique	Promouvoir la pratique régulière d'une activité physique	Promouvoir la pratique régulière d'une activité physique	Promouvoir la pratique régulière d'une activité physique
	Promouvoir une alimentation équilibrée	Promouvoir une alimentation équilibrée	Promouvoir une alimentation équilibrée	Promouvoir une alimentation équilibrée
	Promouvoir une vie et un environnement sans tabac	Promouvoir une vie et un environnement sans tabac	Promouvoir une vie et un environnement sans tabac	Promouvoir une vie et un environnement sans tabac
			Evaluer le risque vasculaire individuel	Evaluer de manière régulière le risque vasculaire individuel
			Améliorer l'accompagnement des personnes présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires : – sur la base des recommandations de bonne pratique – en développant l'éducation du patient	Améliorer l'accompagnement des personnes présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires : – sur la base des recommandations de bonne pratique – en développant l'éducation du patient
				Dans ses aspects informatifs Favoriser les comportements adéquats en cas de crise et d'urgence Promouvoir les pratiques : – d'éducation du patient – de rééducation – de remises en activité des patients

Source : Moreau N. et al., 2007

En Communauté française et au niveau fédéral, il existe une série de nouvelles dispositions en matière de promotion de la santé cardio-vasculaire, de prévention et de prise en charge des patients. Ces initiatives s'inscrivent dans une politique plus large de travail sur la prévention des facteurs de risque, initiée dans le cadre du Plan Communautaire (PCO) en matière de prévention cardio-vasculaire. L'hétérogénéité des acteurs en charge de la prévention et de la promotion de la santé cardio-vasculaire rend toujours difficile l'émergence d'un référent institutionnel capable de coordonner les compétences et les projets liés aux pathologies cardio-vasculaires, en respect des lignes directrices tracées dans le PCO. De plus, en raison de l'évolution rapide des recommandations en matière de dépistage de l'hypertension, de l'hypercholestérolémie et de l'ensemble des stratégies préventives en matière cardio-vasculaire, il est impératif pour les décideurs dans le domaine de la santé publique, de disposer d'informations mises à jour de manière périodique en respect des recommandations scientifiques internationales. Dans ce cadre, un cadastre des interventions dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé cardio-vasculaire a été élaboré. L'objectif de ce cadastre était de dresser un état des lieux des actions et des acteurs actifs en prévention et promotion de la santé cardio-vasculaire en Communauté française (2). Ce travail a permis de recenser non seulement les acteurs mais aussi les domaines couverts par leurs interventions, ainsi que les actions et stratégies développées, les groupes cibles, les réseaux par zone géographique et type de prévention (primaire, secondaire ou tertiaire).

A titre d'exemple, et ceux-ci ne sont choisis que pour illustrer la variété des acteurs et des types d'interventions prises dans une perspective de promotion de santé cardio-vasculaire, nous pouvons citer les programmes visant à promouvoir l'activité physique vers des publics cibles comme les enfants et les adolescents (par exemple les interventions de l'ADEPS dans le cadre scolaire ou via les chèques sport), les incitants au sport ou à l'accès aux infrastructures sportives offerts par des mutuelles de santé à leurs affiliés, les malettes pédagogiques destinées aux enseignants pour promouvoir une alimentation saine, l'adhésion des différents gouvernements au plan national nutrition et santé. Il peut s'agir également de mesures législatives ayant pour but le développement d'environnements sains, comme l'instauration de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, au travail^[8] ou à l'école^[9]. On citera également, dans le cadre de la prévention du stress professionnel, la loi relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail visant particulièrement à réduire la charge psychosociale du travailleur^[10].

A partir du cadastre, les résultats du recensement des projets de promotion et prévention cardio-vasculaire montrent clairement cette diversité tant en ce qui concerne les stratégies et les niveaux d'intervention que des acteurs.

Tableau 5. Distribution des projets en fonction du niveau d'intervention et des objectifs santé définis dans le PCO cardio-vasculaire (n=205)

Objectifs santé	Prévention primordiale		Prévention primaire		Prévention secondaire		Prévention tertiaire	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Promouvoir activité physique	59	29 %	4	2 %	2	1,0 %	8	4,0 %
Promouvoir une alimentation équilibrée	76	37 %	6	3 %	2	1,0 %	7	3,5 %
Promouvoir environnement sans tabac	33	16 %	18	9 %	1	0,5 %	6	3,0 %
Evaluer risque vasculaire individuel					3	1,5 %	5	2,5 %
Améliorer accompagnement personne à risque					2	1,0 %	5	2,5 %
Comportement adéquat urgence							3	1,5 %
Promouvoir pratique éducation patient							5	2,5 %

Source : Moreau N. et al., 2007

Cette diversité amène à des constats, celui du dynamisme du secteur d'une part, mais aussi celui de la nécessité de renforcer la cohérence et l'efficacité de toutes ces initiatives et actions. Le renforcement de la collaboration, le développement des complémentarités et la coordination de ces initiatives, dans une perspective systémique, doivent être considérés comme une priorité. Le système d'information sanitaire devra également se doter de moyens permettant, au-delà des indicateurs de mortalité, morbidité et facteurs de risque qui ont été présentés ici, de documenter et d'évaluer ces stratégies et actions développées dans le cadre du PCO.

8. Par exemple l'Arrêté Royal du 19 janvier 2005 relatif à la protection des travailleurs contre la fumée de tabac (M.B. 02-03-2005, ed. 1) (entrée en vigueur 1^{er} janvier 2006).
9. Décret relatif à la prévention du tabagisme et l'interdiction de fumer à l'école A.Gt 05-05-2006 M.B. 21-06-2006.
10. Loi date du 4 août 1996 publiée au Moniteur belge le 18 septembre 1996.

6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Charte Européenne pour la Santé du Cœur accessible à l'adresse : <http://www.heartcharter.eu/download/French.pdf>
2. Moreau N., Leurquin M-M., Collignon J-L., Coppieters Y., Levêque A. Elaboration d'un cadastre des actions et projets de prévention et de promotion en santé cardio-vasculaire en Communauté française de Belgique. Université Libre de Bruxelles et Centre d'Education du Patient, avril 2007.
3. Institut Scientifique de Santé Publique. Données obtenues avec le logiciel SPMA
4. Capet F., Tafforeau J. Maladies ischémiques du coeur – situation actuelle et éléments pour le développement d'une politique de santé. IPH/EPI REPORTS N° 2001 - 014
5. Puddu M., Drieskens S., Tafforeau J. et al. Statistiques de décès en Communauté Française, 1995-1997. Bruxelles : Centre de recherche Opérationnelle en Santé Publique, 2003.
6. Le Registre de l'infarctus du Myocarde de Charleroi, année 2004. accessible à l'adresse : <http://www.ulb.ac.be/esp/registre> plus accessible à cette adresse, Ecole de Santé Publique Université Libre de Bruxelles, Département d'Epidémiologie et de promotion de la Santé, Octobre 2006.
7. Levêque A., Kornitzer M., Desqueuve R., Lannoy M., Coppieters Y. Le registre des cardiopathies ischémiques en Communauté française de Belgique. 20 ans de suivi 1983-2002. Ecole de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles 2005.
8. European cardiovascular disease statistics. 2005 edition. British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Health Economics Research Centre. Department of Public Health, University of Oxford.
9. Devroey D., Van Casteren V., Buntinx F. Epidémiologie des incidents cérébrovasculaires en Belgique – enregistrement par le réseau belge des Médecins vigies en 1998 et 1999. IPH/EPI REPORTS N° 2003 - 025 http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20061120_1
10. European Hospital Morbidity Database Accessible à l'adresse : http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20061120_1
11. Institut Scientifique de Santé Publique, Service d'Epidémiologie, Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004, IPH/EPI REPORTS N° 2006 - 034.
12. Institut Scientifique de Santé Publique, Service d'Epidémiologie, Enquête de consommation alimentaire Belge 1 - 2004, IPH/EPI REPORTS N° 2006 - 014.
13. Piette D., Parent F., Coppieters Y., Favresse D., Bazelmans C., Kohn L., de Smet P. La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire : Quoi de neuf depuis 1994 ? Comportements et modes de vie des jeunes scolarisés et des jeunes en décrochage scolaire en Communauté française de Belgique de 1986 à 2002. Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique 2003.
14. HBSC, données ULB-PROMES 2006 (à paraître).
15. Schmit G., Hammami S. L'obésité infantile et les expériences alimentaires précoces. Archives de Pédiatrie 2006; 13(5) : 501-504.
16. UNICEF., La pauvreté des enfants en perspective : Vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches, Bilan Innocenti 7, 2007 Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF., Florence.
17. SPF économie, PME, classes moyennes et énergie, Direction générale Statistique et Information économique http://Statbel.fgov.be/port/hea_fr.asp
18. American Heart Association disponible à l'adresse : <http://www.americanheart.org>

19. Lanki T., Pekkanen J., Aalto P., Elosua R., Berglind N., D'Ippoliti D., Kulmala M., Nyberg F., Peters A., Picciotto S., Salomaa V., Sunyer J., Tiittanen P., von Klot S., Forastiere F. (for the HEAPSS study group) Associations of traffic related air pollutants with hospitalisation for first acute myocardial infarction : the HEAPSS study *Occupational and Environmental Medicine* 2006; 63 : 844-851
20. De Bacquer D., Pelfrene E., Clays E., Mak R., Moreau M., de Smet P., Kornitzer M., De Backer G. Perceived job stress and incidence of coronary events : three year follow-up of the BELSTRESS cohort, *Am J Epidemiol* 2005; 161(5) : 434-441
21. Clays E., Leynen F., De Bacquer D., Kornitzer M., Kittel F., Karasek R. et al. High job strain and ambulatory blood pressure in middle-aged men and women from the Belgian job stress study. *J Occup Environ Med* 2007; 49(4) : 360-367
22. de Smet P., Sans S., Dramaix M., Boulenguez C., de Backer G., Ferrario M., Cesana G., Houtman I., Isacson S.O., Kittel F., Ostergren P.O., Peres I., Pelfrene E., Romon M., Rosengren A., Wilhelmsen L., Kornitzer M. Gender and regional differences in perceived job stress across Europe. *Eur J Public Health*. 2005 Oct; 15(5) : 536-45.

SYNTHÈSE

Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique - 2007



SYNTHÈSE

Ce Tableau de Bord de la santé en Communauté française de Belgique dresse un état des lieux de la santé qui puisse servir d'outil d'aide à la décision, à la formulation de priorités et de politiques de santé aux différents intervenants en promotion de la santé en Communauté française de Belgique. Il est basé sur les 6 priorités définies dans le plan communautaire opérationnel de 2005. Ces 6 priorités correspondent aux 6 différents cahiers : la prévention du cancer du sein, la promotion de la vaccination, la prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles, la lutte contre la tuberculose, la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité et la promotion de la santé cardio-vasculaire.

Le cadre conceptuel sous-jacent et commun aux différents cahiers se base sur une analyse situationnelle (photographie de santé), et recherche ensuite en amont les facteurs ayant pu influencer ou déterminer ce constat épidémiologique. Il s'agit essentiellement de **facteurs socio-économiques, démographiques ou culturels**, de **facteurs** plus **individuels** qui relèvent des décisions et des comportements (liés ou non directement à la santé) et de **facteurs environnementaux**. Viennent ensuite s'ajouter les **politiques** et les différents **acteurs** institutionnels.

En résumé, les informations décrites dans les différents cahiers indiquent une amélioration globale de la santé des personnes vivant en Communauté française, et traduite par des données relatives tant à la morbidité qu'à la mortalité. Ces données doivent toutefois être appréhendées en tenant compte de leurs limites : ils s'agit parfois de données parcellaires, et actualisées selon leur disponibilité. Pour certaines populations, ou segments de population, particulièrement fragilisées et présentant davantage de facteurs de risque de santé, un manque d'information et de données évident empêche de pouvoir au mieux cibler les interventions et les évaluer. Ceci peut empêcher par ailleurs de documenter correctement la présence d'inégalités sociales de santé.

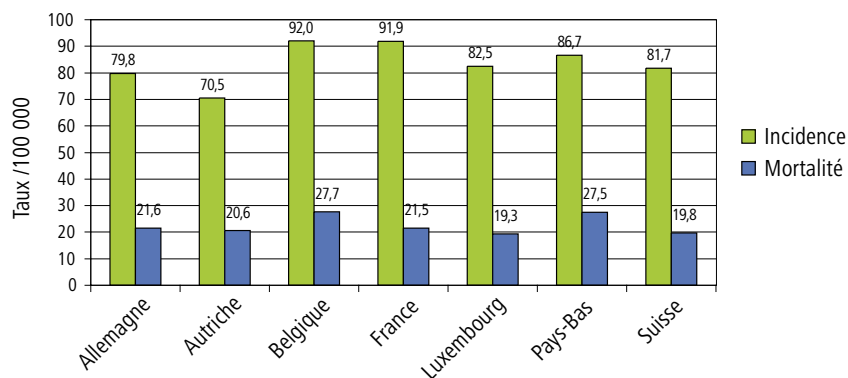
CAHIER N°1 : DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le cancer du sein est une réelle priorité de santé publique. Avec un taux d'incidence égal à 142/100 000 en Région wallonne et 149/100 000 en Région bruxelloise, il est le plus fréquent des cancers féminins en Communauté française. Il est aussi une cause importante de décès. Ainsi, le taux de mortalité par cancer du sein chez la femme atteint 48/100 000 habitantes en Région wallonne et 44/100 000 en Région bruxelloise.

L'incidence du cancer du sein augmente de manière continue dans le monde depuis les années 80, sans doute suite à l'amélioration du dépistage et du diagnostic. Par contre, le **risque de décéder** de ce cancer reste plutôt stable dans l'ensemble du monde depuis les années 80 et diminue même dans certaines régions.

Taux d'incidence et taux de mortalité standardisés pour l'âge (population mondiale) par pays en Europe de l'Ouest.

Source : Globocan 2002



Agir sur les causes de ce cancer n'est pas simple tant elles sont multiples. Pour diminuer les risques de cancer, on peut promouvoir une **alimentation saine, la pratique régulière d'un exercice physique et l'allaitement prolongé**. On peut aussi déconseiller une **consommation excessive d'alcool**. Il faudrait également veiller à minimiser l'exposition aux agents environnementaux tels les perturbateurs endocriniens ou les radiations ionisantes.

Devant l'ampleur de cette pathologie et dans un contexte de recommandations européennes en faveur du dépistage, les autorités publiques belges fédérales et communautaires ont décidé d'unir leurs forces afin d'implanter un **programme organisé de dépistage du cancer du sein**. Ce programme propose **gratuitement**, tous les 2 ans, aux femmes âgées de 50 à 69 ans, un examen radiographique des seins, selon un processus de qualité. On appelle cet examen le **Mammotest**.

En Communauté française, le programme a démarré en juin 2002 sur un terrain relativement peu favorable : pré-existence de dépistages opportunistes, spontanés ou dépendants de projet locaux; résistances du corps médical (dont les remises en cause portent notamment sur les bénéfices réels du programme, le choix de la tranche d'âge, l'absence d'échographie, le délai de transmission des résultats, etc.); résistances des femmes (méconnaissances du programme, sentiment de non vulnérabilité ...).

En 2004-2005, le taux de couverture par le programme atteint 9 % des femmes en Région wallonne et 6,6 % des femmes en Région bruxelloise. Or il faudrait atteindre 70 % de la population pour espérer avoir une diminution de 30 % de la mortalité par cancer du sein. **Des efforts pour augmenter cette couverture sont donc nécessaires**, ce qui implique une reconnaissance du rôle de tous les acteurs concernés. Par ailleurs, les indicateurs de qualité du programme sont positifs mais parcellaires. La mise au point d'une réelle évaluation du programme avec mise en commun de plusieurs bases de données est également essentielle.

CAHIER N°2 : LA PROMOTION DE LA VACCINATION

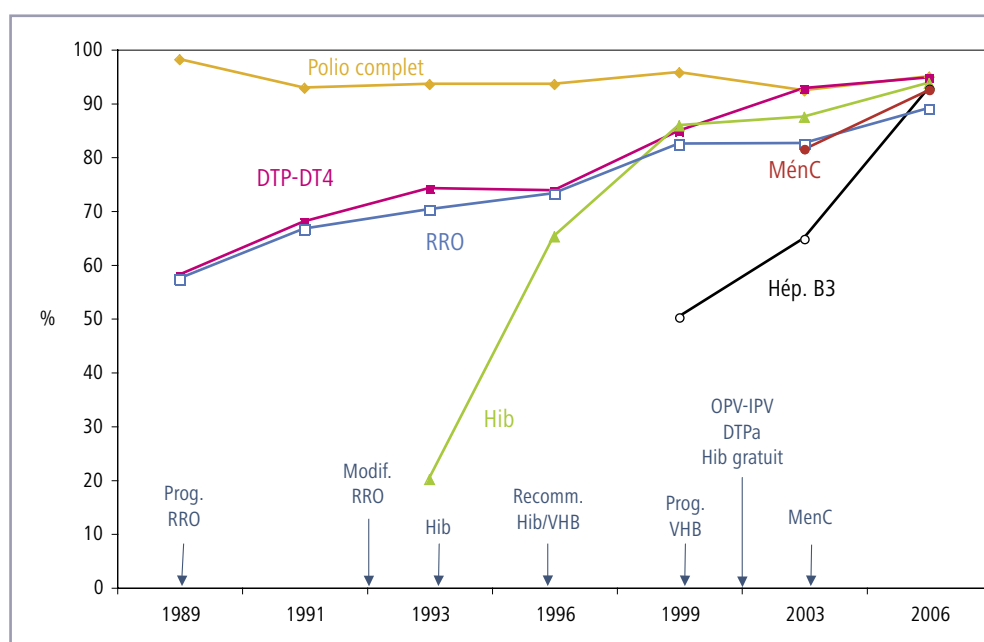
La prévention vaccinale concerne toute la population à différents moments de l'existence. Si la vaccination des nourrissons constitue une pierre angulaire pour la protection contre les maladies évitables par la vaccination, les enfants en âge scolaire, les adultes et les personnes âgées sont également concernés.

Le recours aux vaccins combinés a permis d'élargir la prévention vaccinale des **nourrissons** à 12 maladies sans pour autant assister à une inflation du nombre d'injections et de consultations pour réaliser le programme.

Grâce à la mise en œuvre d'un véritable programme de vaccination, les couvertures vaccinales sont en augmentation constante chez les nourrissons et dans la population des enfants en âge scolaire.

Les enquêtes de couvertures vaccinales réalisées par Provac en 2006 montrent que toutes les couvertures vaccinales des nourrissons atteignent (pour l'hépatite B) ou dépassent les 93 %, hormis celle du RRO qui a néanmoins augmenté de 6,5 % depuis 2003 et est à présent de 89 %.

En ce qui concerne les **enfants en âge scolaire**, la couverture estimée pour les élèves de 2^{ème} primaire en Communauté française en 2004-2005, c'est-à-dire nés en 1997, est de 81 % pour le RRO1. Celle du RRO2, mesurée en 2005-2006 en 6^{ème} primaire, est de 70,5 % et celle de la vaccination contre l'hépatite B de 68,6 %.



Evolution des couvertures vaccinales des nourrissons en Wallonie entre 1989 et 2006.

Source : Provac

Au niveau de la **population adulte**, aucune enquête systématique de couverture vaccinale n'est réalisée. L'Enquête de Santé par Interview réalisée en 2004 par l'Institut Scientifique de la Santé Publique (ISP) fournit néanmoins quelques informations sur la santé vaccinale des adultes en Belgique, informations basées uniquement sur la déclaration des répondants et non sur base d'une carte de vaccination.

Il en ressort que la couverture vaccinale des adultes contre le tétanos a diminué à Bruxelles (70 % en 1997 versus 59 % en 2004) et en Wallonie (74 % en 1997 versus 69 % en 2004). On observe par contre une amélioration de la couverture vaccinale contre la grippe à Bruxelles (17 % en 1997 versus 20 % en 2004) et plus particulièrement en Wallonie (13 % en 1997 versus 21 % en 2004).

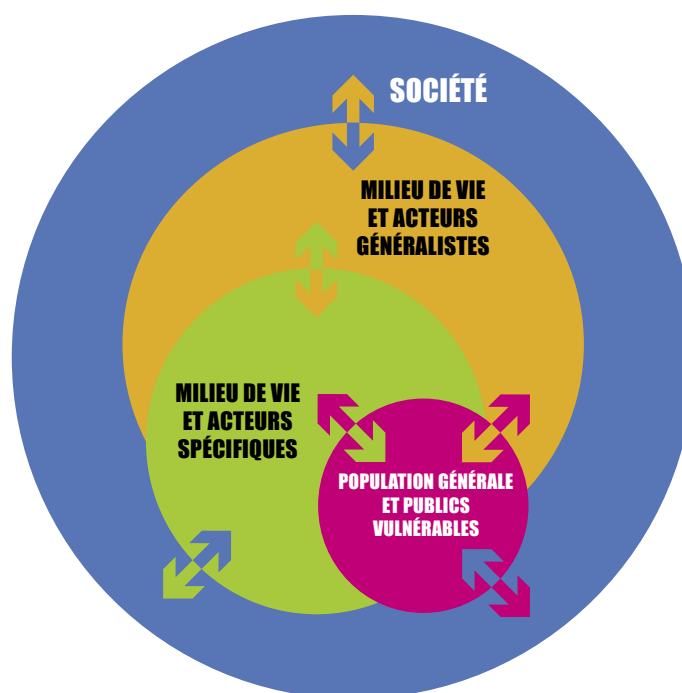
Il est important également de souligner que l'objectif visé par la promotion de la vaccination en Communauté française est de **développer une «culture de la vaccination»**. Plutôt que de se centrer uniquement sur la prévention de l'une ou l'autre maladie, elle souligne pour chaque individu l'importance et le rôle de la prévention vaccinale tout au long de sa vie.

Enfin, en termes de **perspectives**, les objectifs se situent à différents niveaux. Il s'agit essentiellement de la création d'un centre de référence de vaccination, de l'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale au niveau européen pour 2010, de l'élargissement de la prévention vaccinale à d'autres pathologies, du financement de la vaccination, de la création d'un registre de vaccination en Communauté française, du maintien des enquêtes de couverture vaccinale et de l'adhésion de la population au calendrier vaccinal.

CAHIER N°3 : LA PRÉVENTION DU SIDA ET DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Publics, acteurs et milieux de vie identifiés dans les diagnostics et les axes d'intervention des Stratégies concertées du secteur IST/Sida.

Source : Stratégies concertées IST/Sida, 2006



Les données du cahier consacré à la problématique des IST/Sida sont présentées de manière cohérente aux Stratégies concertées du secteur de la prévention IST/Sida en Communauté française (SCSS). Les SCSS sont un processus participatif de gestion de la qualité, représentatif des acteurs du secteur, visant à élaborer un cadre de référence pour l'action selon une méthodologie qui respecte les principes de promotion de la santé. Plus précisément, des analyses de situation sont réalisées selon une approche systémique pour différents publics cibles à partir de données quantitatives, dont certaines sont présentées dans ce cahier, et de données qualitatives, issues de recherches mais également des constats réalisés par les acteurs de terrain.



La problématique actuelle de la prévention des IST/Sida peut se résumer de la manière suivante :

- augmentation de 50 % des nouveaux diagnostics d'infection au VIH entre 1997 (700 nouveaux diagnostics) et 2003 (1052 nouveaux diagnostics);
- diminution de la mortalité et de la morbidité liées au Sida depuis l'apparition des traitements antirétroviraux en 1996;
- prévalence du VIH importante et cumul de facteurs de vulnérabilité psychologique et sociale dans certains groupes cibles;
- persistance d'attitudes et de comportements discriminatoires vis-à-vis des personnes séropositives;
- recrudescence de certaines IST, qui d'une part témoigne d'une augmentation des prises de risque dans certains groupes et d'autre part rend plus vulnérables à une infection au VIH les patients porteurs d'IST.

Dans le cadre des travaux participatifs (SCSS), les analyses de situation ont également montré la complexité des déterminants de la problématique, illustrée dans la figure de synthèse ci-contre. Cette complexité est due notamment aux interactions multiples entre les comportements de divers acteurs : les publics cibles ainsi que des acteurs spécifiques et généralistes en contact direct ou indirect avec ces publics cibles et la problématique.

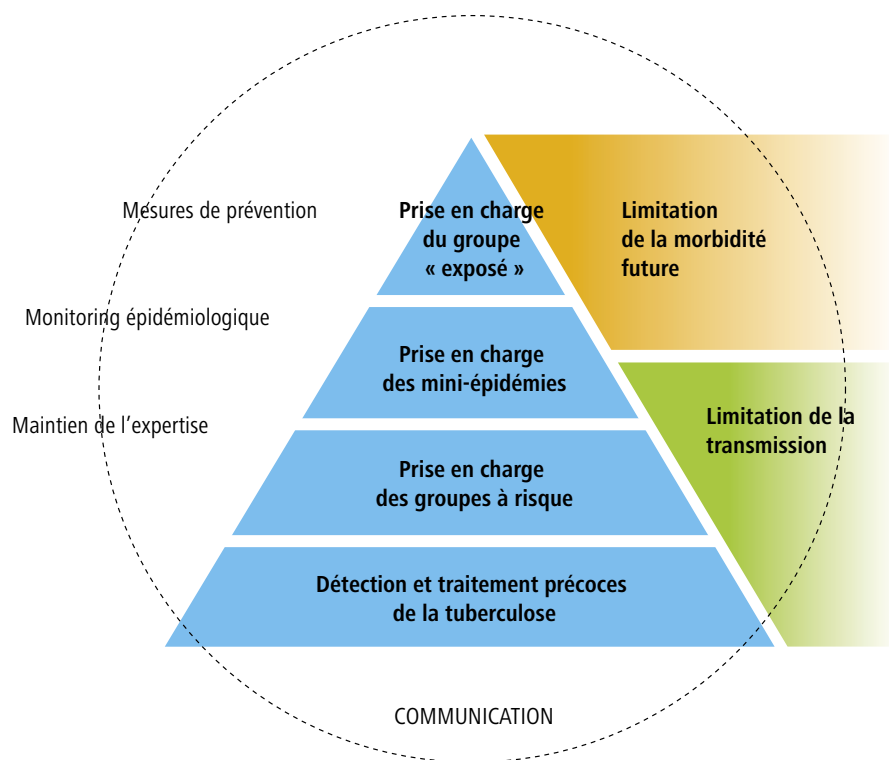
En réponse à ce diagnostic de situation, des interventions également complexes, qui prennent en compte tant les comportements des publics cibles et leurs déterminants, que ceux des autres acteurs identifiés, sont nécessaires afin de rencontrer l'objectif spécifique formulé par les intervenants du secteur : *«Contribuer à diminuer l'incidence et la prévalence des IST et plus particulièrement du VIH, réduire les vulnérabilités des différents publics cibles, lutter contre les discriminations envers les publics vulnérables et plus particulièrement les personnes séropositives, et promouvoir la solidarité».*

Le processus participatif de gestion de la qualité, actuellement en cours dans le cadre des Stratégies concertées, devrait mener à une plus grande adéquation entre besoins des publics cibles, activités mises en œuvre et décisions politiques.

CAHIER N°4 : LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Bien que selon l'OMS, la Belgique soit en phase d'élimination de la tuberculose (incidence < 20/100 000 hab.), on constate depuis les années 1990 **un ralentissement dans la régression de la maladie**. Au niveau des régions, on constate en 2006, que l'incidence de la tuberculose à Bruxelles (36,7/100 000 hab.) est 4 fois plus élevée que celle enregistrée en Wallonie (9,0/100 000 hab.) et près de 5 fois plus élevée qu'en Flandre (7,4/100 000 hab.). En comparaison avec les pays de la région Europe OMS, **l'incidence de la tuberculose observée en Belgique est proche ou comparable à celle observée dans la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest** (<20/100 000 habitants). Les pays de l'Europe centrale ont une incidence moyenne de 20 à 50/100 000 habitants, alors que celle des pays de l'Europe de l'Est est la plus élevée (au-delà de 50/100 000 habitants).

Les maladies qui présentent de faibles taux d'incidence dans la population générale comme c'est le cas de la tuberculose en Belgique ont tendance à se concentrer dans certains **groupes dits «à risque»**. En Belgique, des dépistages actifs et ciblés sont organisés parmi les demandeurs d'asile, les prisonniers, les primo-arrivants de pays à haute prévalence de tuberculose, les personnes socio-économiquement défavorisées (dont les sans-abri), les personnes toxicomanes par voie intraveineuse, l'entourage de patients contagieux, les personnes soumises à un risque élevé de contamination par le bacille tuberculeux (les professionnels en contact avec des malades, avec des groupes à haut risque, ...).



Modélisation de la stratégie d'élimination de la tuberculose.

Source : FARES

En Wallonie comme à Bruxelles, plus de 85 % des patients tuberculeux déclarés en 2006 ont été diagnostiqués à l'occasion d'une consultation spontanée. Près de 10 % ont été détectés lors d'un dépistage actif organisé dans des groupes à risque et moins de 6 % lors de dépistage des contacts autour d'un patient contagieux. Parmi les demandeurs d'asile, la couverture du dépistage actif à l'entrée poursuit une évolution très favorable de 1999 (23,6 %) à 2006 (98,4 %) en Belgique. Dans le milieu pénitentier, malgré une amélioration, le taux de couverture radiographique en 2005 reste insuffisant en Belgique (65 %) et particulièrement à Bruxelles (57 %) et en Wallonie (57 %).

Après les 12 mois de suivi, seulement 125 patients en Région bruxelloise (72 %) et 144 en Wallonie (77 %) ont été considérés comme guéris en 2006.

Le nombre de guérisons observé dans ces deux régions (71,8 % en Région bruxelloise et 77,4 % en Wallonie) est plus élevé que celui lui observé en Flandre (66,7 %) au cours de cette année. Les résultats de la Région bruxelloise sont légèrement meilleurs qu'en 2005 (69 %) mais ils restent inférieurs à ceux observés en 2004 (83 %).

Parmi la cohorte 2005, le taux de décès dus à la tuberculose (taux de létalité) avant la fin du traitement est de 2,9 % à Bruxelles, 2,2 % en Wallonie et 3,6 % en Flandre.

Le taux d'abandon du traitement (essentiellement des patients perdus de vue ou qui ont dû quitter la Belgique avant la fin de leur traitement) est de 20,7 % à Bruxelles et 20,9 % en Flandre. Ces taux sont 3 fois plus élevés qu'en Wallonie (6,5 %).

Les résultats en terme d'incidence de la maladie en Belgique pour 2006 (10,7/100 000) permettent d'espérer que le seuil des 10 cas pour 100 000 habitants sera atteint très prochainement. Toutefois, la relative stabilisation constatée dans l'évolution de la tuberculose et la concentration de celle-ci dans certains groupes de la population confortent la nécessité de poursuivre et de renforcer les efforts entrepris.

Les résultats soulignent également la nécessité de **développer des stratégies ciblées prenant en compte l'hétérogénéité de la maladie** (au niveau géographique, de l'âge, du sexe, des modes de vie, ...).

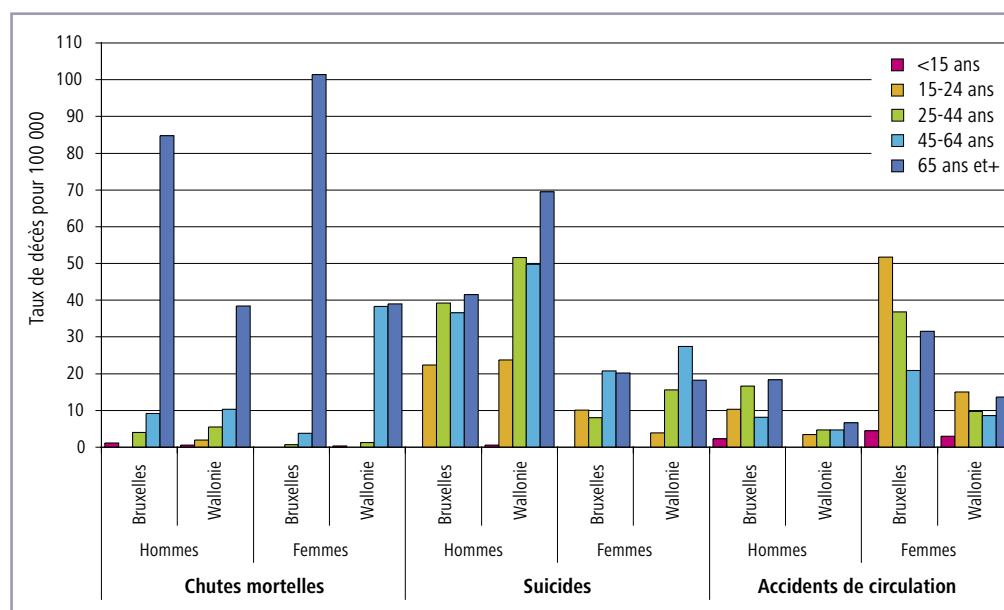
Les stratégies actuellement mises en place pour les demandeurs d'asile, les illégaux, les primo-arrivants originaires de pays à haute prévalence, les personnes précarisées, les détenus et les sujets-contacts de malades tuberculeux contagieux doivent être renforcées en collaboration avec tous les acteurs impliqués.

Au niveau du traitement, les résultats de la cohorte de 2005 montrent une amélioration du taux de guérison en Wallonie par rapport à la cohorte de 2004 (77,4 % vs 70,4 %) et de façon plus légère à Bruxelles (71,8 % vs 68,6 %). Le taux de guérison en Flandre présente une diminution importante entre les deux cohortes (84,5 % pour la cohorte de 2004 vs 66,7 % pour la cohorte 2005). On observe également une augmentation du nombre de malades perdus de vue avant la fin du traitement en Flandre (3,6 % pour la cohorte de 2004 vs 18,1 % pour la cohorte de 2005). A Bruxelles, ce taux reste très important dans les deux cohortes (17 % et 15 %). En Wallonie, si 8 % des patients de la cohorte de 2004 avaient été perdus de vue, ils ne sont plus que 6,5 % de la cohorte de 2005. Des efforts importants doivent donc être développés pour améliorer le suivi des patients. On peut également s'interroger sur les raisons qui peuvent parfois conduire certains patients à abandonner leur traitement. Il existe en effet **très peu de données sur les difficultés que peuvent rencontrer les malades** à intégrer la maladie et son traitement dans leur vie professionnelle, sociale et affective.

CAHIER N°5 : LA PRÉVENTION DES TRAUMATISMES ET LA PROMOTION DE LA SÉCURITÉ

En 1997, les traumatismes étaient responsables de 2 419 décès en Région Wallonne et de 658 décès en Région de Bruxelles-Capitale (69,2/100 000 habitants). Les traumatismes constituent la **première cause de décès chez les moins de 40 ans**.

En Wallonie comme à Bruxelles, les principaux traumatismes mortels sont par ordre décroissant **les suicides, les accidents de la route et les chutes**. Ensemble, ces trois traumatismes sont responsables de plus de deux tiers des décès par traumatisme enregistrés en 1997.



Taux de mortalité pour 100 000 pour les principaux traumatismes.
Source : INS, 1997.

En termes de morbidité, 8 % de la population de la région wallonne et 7 % de la population bruxelloise âgée de 15 ans et plus déclarent avoir été victime d'un accident «majeur».

En Wallonie, les traumatismes les plus fréquents sont dus aux **accidents domestiques** (35 % des cas), suivis des **accidents sur le lieu du travail ou à l'école** (32 %), les accidents de sport (25 %) et les accidents sur la route (16 %). A Bruxelles, ce sont les accidents de la route qui sont les plus fréquents (31 %) suivis des accidents domestiques (27 %) et des accidents sur le lieu du travail ou à l'école (28 %). Tant en Wallonie qu'à Bruxelles, les chutes sont responsables de plus de 50 % des traumatismes.

L'âge et le sexe sont des facteurs importants dans la survenue d'un accident :

- **les hommes** sont significativement plus nombreux que les femmes à être victimes d'un traumatisme et d'en décéder. Cette tendance cependant s'inverse au-delà de 65 ans
- en ce qui concerne l'âge, **les plus jeunes et les plus de 75 ans** ont une propension plus grande à être victimes d'un accident.

L'occurrence des différents types de traumatisme varie en fonction de l'âge, notamment à cause de leur lien avec les activités propres à chaque étape de la vie :

- les accidents scolaires s'observent principalement chez les 5-14 ans : l'école (cour de récréation et salle de gymnastique) est le premier lieu de survenue des traumatismes dans cette tranche d'âge
- les accidents domestiques sont majoritaires chez les moins de 5 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus
- les accidents liés au transport concernent davantage les jeunes adultes de 15 à 44 ans
- les accidents de sport surviennent surtout chez les jeunes de moins de 35 ans.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer et aider à comprendre les raisons pour lesquelles surviennent des traumatismes. Ces facteurs peuvent être liés à **l'environnement spatial** (aménagements autour et dans la maison, aménagement des plaines de jeu ou cour de récréation, etc.) **ou social** (le niveau de revenu de la personne ou de ses parents, le fait de vivre seul, etc.) mais aussi à diverses caractéristiques liées à l'individu (maladies, comportements à risque tels consommation d'alcool, drogue, médicaments, etc.).

De nombreuses stratégies pour prévenir les traumatismes ont déjà été mises en place et ont montré leur efficacité : port de la ceinture de sécurité, port du casque, l'application de politique contre l'alcool au volant et les excès de vitesse, les emballages spéciaux pour éviter les intoxications, ou le matériel de protection sur le lieu de travail.

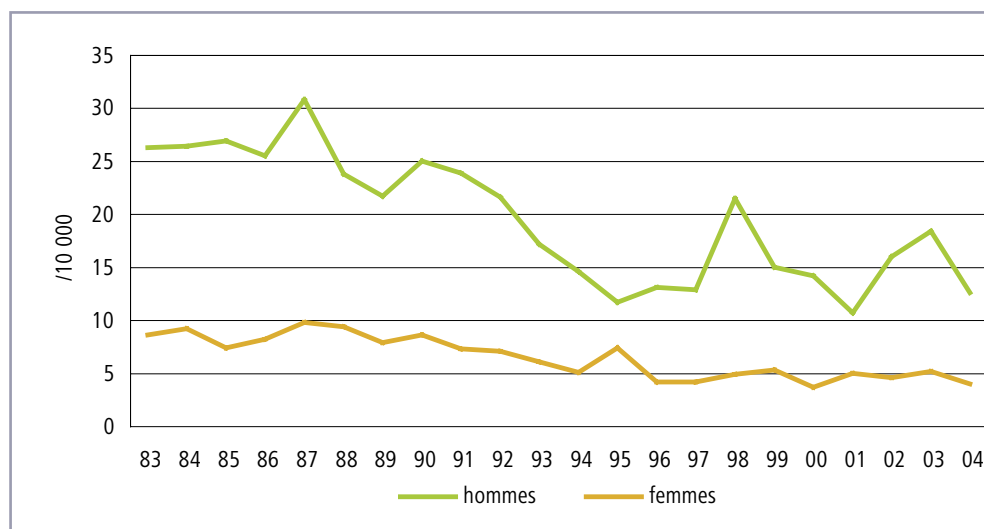
CAHIER N°6 : LA PROMOTION DE LA SANTÉ CARDIO-VASCULAIRE

La promotion de la santé cardio-vasculaire est une des priorités définies par la Communauté française dans le plan quinquennal de la promotion de la santé 2004-2008. Malgré les progrès dans le domaine du traitement curatif, les maladies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux restent la principale cause de mortalité dans notre pays.

Les données de mortalité et de morbidité indiquent une diminution du nombre d'événements. En ce qui concerne la mortalité par exemple, les données issues du registre des événements coronariens aigus de la région de Charleroi (protocole international Monica) montrent clairement cette diminution chez les hommes et les femmes, entre 1983 et 2004.

L'évolution positive en termes de diminution de mortalité est moins prononcée en Wallonie et en Région bruxelloise qu'en Flandre. La mortalité et la morbidité évitables chez les hommes sont surtout dues à l'infarctus du myocarde et à l'accident vasculaire cérébral chez les femmes.

La diminution de la mortalité dans les pays de l'Europe occidentale en général est due, pour deux tiers à la diminution de l'incidence de la maladie et pour un tiers aux améliorations dans la prise en charge du patient.



Evolution des taux d'attaques fatales dans la région de Charleroi, 1983-2004

Source : Levêque A. et al., 2005

La diminution de l'incidence de l'infarctus (de l'ordre de 30 % entre 1983 et 2004), qui est également observée dans d'autres registres européens s'explique principalement par une diminution des événements qui est en partie la résultante des campagnes de prévention et en moindre partie due à une augmentation de la survie et à une meilleure prise en charge du patient.

Les principaux **facteurs de risque** des pathologies cardio-vasculaires sont liés aux comportements de santé : le tabagisme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'excès chronique de stress, l'obésité, la sédentarité, et ils sont **en grande partie modifiables**.

Ces facteurs de risque sont différents :

- entre les hommes et les femmes : les hommes sont 2 fois plus nombreux que les femmes à pratiquer une activité sportive intense, mais sont davantage en surpoids, et fument plus que les femmes
- entre les groupes sociaux : ils sont plus fréquents parmi les populations les moins favorisées socialement, comme par exemple en fonction du niveau d'instruction (activité physique 2 fois plus fréquente chez les personnes qui ont un niveau élevé d'instruction)
- entre différents groupes d'âge : l'activité physique diminue avec l'âge, près d'un tiers de personnes très sportives chez les 15-24 ans, pour seulement 6 % chez les seniors (75 ans et plus); le surpoids augmente aussi graduellement avec l'âge jusqu'à 75 ans
- entre Régions : plus de sportifs et moins de fumeurs au nord du pays, plus de personnes en surpoids en Région wallonne.

Ces facteurs de risque ne sont pas toujours connus ou suffisamment documentés. L'importance du rôle du médecin généraliste peut ici être soulignée dans la détection de ces facteurs de risque, dans leur prise en charge ainsi que dans le suivi.

En créant un «milieu de vie favorable» à la santé, et en modifiant certains comportements, le risque de développer des maladies cardio-vasculaires est fortement réduit, et **c'est la santé dans son entièreté qui s'en trouvera améliorée** : bouger, manger équilibré ou être non fumeur contribue globalement au bien-être et à la santé, pas uniquement à la santé du cœur.

En Communauté française et au niveau fédéral, il existe une série de nouvelles dispositions en matière de promotion de la santé cardio-vasculaire, de prévention et de prise en charge des patients. Ces initiatives s'inscrivent dans une politique plus large de travail sur la prévention des facteurs de risque, initiée dans le cadre du Plan Communautaire (PCO) en matière de prévention cardio-vasculaire.

1. Hennekens, C.H., Buring J.E., Mayrent S.L., *Epidémiologie en médecine, Paris, Frison-Roche, 1998. The injury fact book, Baker S.P., O'Neill B., Karpf R.S., Lexington, MA, Lexington Book, 1984. Euro TB (InVS/ KNCV) and the national coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European Region. Surveillance of tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis cases notified in 1998. February 2001.*

GLOSSAIRE ^[1] ET ABRÉVIATIONS

Dépistage : identifier, à l'aide de tests, d'exams, la présence de signes ou de symptômes traduisant une maladie passée jusque-là inaperçue chez une personne apparemment en bonne santé.

Diagnostic : c'est la démarche qui identifie la maladie à l'origine des signes ou des symptômes ressentis ou observés par le patient. Le diagnostic permet de reconnaître la maladie dont le patient souffre.

Facteurs de risque : facteurs qui sont reconnus comme favorisant l'apparition d'une maladie ou d'un problème de santé; On distingue généralement cinq catégories de facteurs : les facteurs génétiques ou biologiques; les habitudes de vie et les comportements; l'environnement physique; l'environnement social : milieux et conditions de vie de vie (famille, école, travail, revenu, scolarité, logement); l'organisation du système de soins et de services.

Incidence : nombre de nouveaux cas d'une maladie, d'un problème de santé au cours d'une période donnée.

Indice de Masse Corporelle : indicateur de surcharge pondérale et d'obésité qui tient compte du poids et de la taille des individus (poids (kg) / taille (m)²).

Intervalle de confiance à 95% : c'est un intervalle autour de la valeur obtenue, qui se calcule en taux, à partir de l'échantillon et qui dans 95% des cas contient la vraie valeur du paramètre recherché dans la population. Le manque de précision statistique se traduit par des intervalles de confiance très larges.

Morbidité : (taux de) est le rapport entre le nombre de cas d'une maladie X et de l'effectif total de la population.

Prévalence : nombre total de cas atteints (nouveaux et anciens) dans une population déterminée à un moment donné (se calcule en taux).

Rapport de cotes (RC) : mesure qui évalue l'importance de l'association entre une exposition et un problème de santé. Ce rapport indique les inégalités d'exposition entre les «malades» et les «non-malades».

RC < 1 : l'exposition à un facteur de risque est moins fréquente chez les «malades» que chez les «non-malades»

RC > 1 : l'exposition à un facteur de risque est plus fréquente chez les «malades» que chez les «non-malades»

RC = 1 : la fréquence de l'exposition chez les «malades» est «identique» à celle observée chez les «non-malades»

Exemple : Association entre le petits poids à la naissance et le tabagisme de la mère :

RC < 1 : les mères d'enfants présentant un petit poids de naissance (PPN) ont moins «de chance» d'avoir fumé pendant la grossesse que les mères d'enfants présentant un poids normal à la naissance

RC > 1 : les mères d'enfants présentant un PPN ont plus «de chance» d'avoir fumé pendant la grossesse que les mères d'enfants présentant un poids normal à la naissance

RC = 1 : la fréquence de tabagisme est identique dans les deux groupes de mères.

Dans une perspective de prévention, cette mesure permet donc d'identifier des groupes «à risque».

Sex ratio : rapport entre le nombre d'hommes et de femmes.

Signification statistique : c'est une méthode qui évalue le rôle des fluctuations aléatoires dans les résultats obtenus. Plus précisément, elle évalue la probabilité, appelée «valeur de p», que le résultat obtenu survienne uniquement par le fait du hasard. Si cette probabilité est très faible, on dira qu'il est très peu probable que le résultat obtenu soit le fait des fluctuations aléatoires. En général, on utilise le seuil de 5% pour dire que le résultat est significatif ou non. Autrement dit, une valeur de p inférieure à 5% est considérée comme significative et donc, on considère que le résultat n'est probablement pas dû au hasard. Lorsque le résultat n'est pas significatif, le résultat est observé est attribué au hasard.

Standardisation : procédé permettant de rendre des populations artificiellement comparables en «éliminant» les différences de distribution d'une ou plusieurs caractéristiques des populations suspectées d'influencer la maladie (âge, sexe, etc.).

Taux standardisé pour l'âge (ou/et sexe) : le taux que l'on observerait dans une population donnée si celle-ci avait la même structure par âge (ou/et par sexe) qu'une population de référence. C'est la moyenne pondérée des taux spécifiques, le poids de chacune des tranches d'âges (ou catégorie de sexe) étant son pourcentage dans la population de référence. Les taux standardisés éliminent les effets de structure par âge (par sexe) et permettent des comparaisons de mortalité ou d'incidence entre deux périodes ou entre zones géographiques.

Taux brut d'incidence : le rapport, pour une période donnée, du nombre de nouveaux cas observés et la population concernée (population à risque). C'est la probabilité qu'une personne indemne de la maladie au début de la période soit atteinte au cours de la période.

Taux brut de mortalité : le rapport, pour une période donnée, du nombre de décès observés dans une population et l'effectif total de cette population en milieu de période. Il s'exprime généralement en nombre de décès pour 1 000 ou pour 100 000 habitants et par année.

Taux spécifique de mortalité : pour une maladie x : le rapport, pour une période donnée, du nombre de décès de la maladie x observé dans une population et l'effectif total de cette population en milieu de période. Il s'exprime généralement en nombre de décès pour 100 000 habitants et par année.

Traumatismes : un dommage corporel causé par un transfert aigu d'énergie (mécanique, thermique, électrique, chimique, radiante) ou une absence soudaine d'éléments vitaux (chaleur, oxygène) dépassant la capacité du corps humain d'y résister ou de s'y adapter. On distingue les traumatismes intentionnels et les traumatismes non intentionnels.

Tuberculose pulmonaire : forme la plus fréquente de tuberculose qui touche les poumons et/ou les bronches. Actuellement, les formes laryngées sont comprises dans cette catégorie. La Belgique applique la classification en sites majeurs et mineurs recommandée par Euro TB. Dans ce cas, la tuberculose pulmonaire est toujours considérée comme un site majeur; les autres formes sont des sites mineurs ou majeurs suivant qu'il y a ou non une association avec une localisation pulmonaire.

Liste principale des abréviations

AIM	Agence Intermutualiste
CLPS	Centre Locaux de Promotion de la Santé
CRIOC	Centre de Recherche et d'Information et des Organisation des Consommateurs
C.S.S.	Conseil Supérieur de la Santé
ENS	Enquête Nationale de Santé (ISSP)
EHLASS	European Home and Leisure Accident Surveillance System
FARES	Fonds des Affections Respiratoires
FMM	Fédération des Maisons Médicales
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
IBSR	Institut Belge de Sécurité Routière
IC 95 %	Intervalle de Confiance à 95 %
IMC	Indice de Masse Corporelle
INS	Institut National de Statistique
ISSP	Institut Scientifique de Santé Publique
Nehap	National Environmental Health Action Plan, WHO
Prevent	Institut axé sur la prévention des risques professionnels
O.N.E.	Office de la Naissance et de l'Enfance
OMS	Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
PSE	Promotion de la Santé à l'Ecole
Refips	Réseau francophone International pour la Promotion de la Santé
RCM	Résumé Clinique Minimum
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale

OÙ SE PROCURER CE TABLEAU DE BORD ?

Ce document peut être obtenu gratuitement aux adresses suivantes :

Communauté française de Belgique

prevention.sante@cfwb.be
Tél.: 32 (0)2 413 26 34

Service d'Information Promotion

Education Santé - SIPES

Ecole de Santé Publique de l'ULB, CP 596
Route de Lennik 808, B - 1070 Bruxelles
Tél.: 32 (0)2 555 40 81

Les Centres Locaux de Promotion de la Santé - CLPS

Brabant Wallon

Avenue de Wisterzee, 56
B - 1490 Court St-Etienne
Contact : Viviane Demortier
Tél.: 32 (0)10 62 17 62
Fax : 32 (0)10 61 68 39

Huy-Waremme

Chaussée de Waremme, 139
B - 4500 Huy
Contact : Benoît Dadoumont -
Véronique Martin
Tél.: 32 (0)85 25 34 74
Fax : 32 (0)85 25 34 72
www.clps-hw.be

Mons-Soignies

Rue de la Loi, 30
B - 7100 La Louvière
Contact : Queenie Halsberghe
Tél.: 32 (0)64 84 25 25
Fax : 32 (0)64 26 14 73
www.clps-mons-soignies.be

Bruxelles

Avenue Emile de Béco, 67
B - 1050 Bruxelles
Contact : Catherine Vegairginsky
Tél.: 32 (0)2 639 66 88
Fax : 32 (0)2 639 66 86
www.clps-bxl.org

Liège

Boulevard de la Constitution, 19
B - 4020 Liège
Contact : Chantal Leva
Tél.: 32 (0)4 349 51 44
Fax : 32 (0)4 349 51 30
www.clps.be

Tournai

Rue des Cordes, 9
B - 7500 Tournai
Contact : Nan Tien Nguyen
Tél.: 32 (0)69 22 15 71
Tél.: 32 (0)69 76 72 47
Fax : 32 (0)69 23 52 50

Charleroi-Thuin

Avenue Général Michel, 1B
B - 6000 Charleroi
Contact : Viviane Vandenberg
Tél.: 32 (0)71 33 02 29
Fax : 32 (0)71 31 82 11
www.clpsct.org

Luxembourg

Rue de la Station, 49
B - 6900 Marloie
Contact : Rachel Annet -
Brigitte Dothée (secrétariat)
Tél.: 32 (0)84 31 15 92
(secrétariat)
Tél.: 32 (0)84 31 05 04
Fax : 32 (0)84 31 18 38
www.clps-lux.be

Verviers

Rue de la Station, 9
B - 4800 Verviers
Contact : Paul Halleux
Tél.: 32 (0)87 35 15 03
Fax : 32 (0)87 35 44 25

Vous pouvez télécharger le Tableau de bord au format pdf aux adresses suivantes :

www.sante.cfwb.be - onglet Publications.
www.ulb.ac.be/esp/sipes - onglet Publications.

