



éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé - www.educationsante.be
N° 355 / MAI 2019



Memorandum
2019 des Fédérations
Bruxelloise et Wallonne
de promotion de la santé

Sommaire



3

ACTEURS

Memorandum

2019 des Fédérations
Bruxelloise et Wallonne
de promotion de la
santé



7

DONNÉES

Élargir la vaccination contre les papillomavirus humains aux garçons: Oui mais?

Retour sur
une décennie de
vaccination HPV chez
les jeunes filles en FWB



13

VU POUR VOUS

La santé tout court, KESAKO?



Sur notre site
www.educationsante.be

Retrouvez tous nos articles et bien
plus encore sur notre site internet
www.educationsante.be.

Dans les inédits web ce mois-ci, vous trouverez :

- › Le Centre d'Éducation du Patient, centre de ressources en information et d'éducation du patient, vous annonce son catalogue de formation 2019-2020.
- › « Les citoyens prêts à partager leurs données génomiques, mais à certaines conditions », Fondation Roi Baudouin
- › Une question sur la vaccination ? Un réflexe, www.vaccination-info.be
Le nouveau site de référence belge francophone en matière de vaccination

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux



sociaux. retrouvez-nous sur Facebook :

www.facebook.com/revueeducationsante

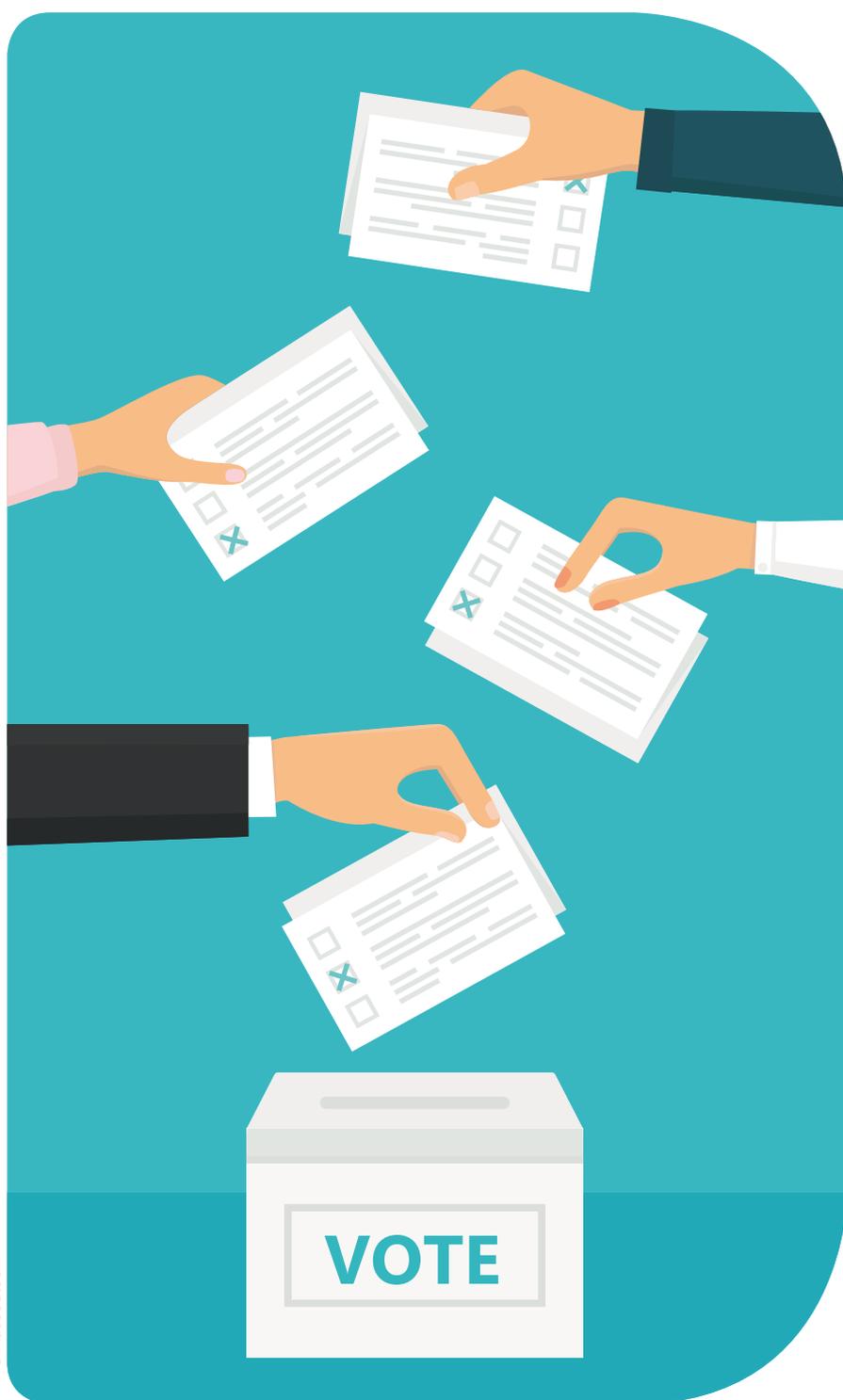
MENSUEL (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT** : gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION** : Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS. **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI** : Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé et Fédération Wallonne de Promotion de la Santé, Christel Depierreux, Provac, Marie-Christine Miermans, Béatrice Swennen, Axelle Vermeeren. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard (education.sante@mc.be). **SECRÉTARIAT DE RÉDACTION** : Manon Gobeaux. **JOURNALISTES** : Manon Gobeaux, Sarah Hassan, Juliette Vanderveken. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ STRATÉGIQUE** : Martine Bantuelle, Anouck Billiet, Raffaele Bracci, Émilie Detaille, Martin de Duve, Damien Favresse, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans. **COMITÉ OPÉRATIONNEL** : Pierre Baldewyns, Manon Gobeaux, Anne-Sophie Poncelet, Caroline Saal, Marinn Trefois, Juliette Vanderveken. **ÉDITEUR RESPONSABLE** : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE** : Émerance Cauchie. **ISSN** : 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET** : www.educationsante.be. **COURRIEL** : education.sante@mc.be. Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : www.pipsa.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt : Bruxelles X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrégation : P401139. Crédit photo couverture : AdobeStock.

Memorandum 2019

des Fédérations Bruxelloise et Wallonne de promotion de la santé

ACTEURS

► Les membres de la **FÉDÉRATION BRUXELLOISE DE PROMOTION DE LA SANTÉ** et de la **FÉDÉRATION WALLONNE DE PROMOTION DE LA SANTÉ***



La santé est un « état complet de bien-être physique, psychique et social » : contrairement à la vision qu'en donne le prisme biomédical, elle ne peut donc être envisagée comme la seule absence de maladie. Depuis plus de 20 ans, les acteurs de la promotion de la santé tentent de faire valoir cette approche globale de la santé, en faisant des citoyens de véritables acteurs de leur bien-être. Bénéficiant de l'apport des sciences sociales, cette approche se révèle d'autant plus pertinente dans un contexte où le déficit de la sécurité sociale se creuse et où les maladies dites « de civilisation » (surpoids, troubles musculo-squelettiques, addictions, dépression, burn-out...) ne cessent de progresser.

Comme le rappelle l'OMS, on ne peut juger du développement d'une société que d'après l'état de santé de sa population, la répartition plus ou moins équitable de la santé entre les différents échelons de la société et le degré de protection contre les désavantages résultant d'une mauvaise santé. Or, selon une recherche canadienne de 2012, le système de santé ne contribuerait qu'à hauteur de 25% dans ce qui fait la santé. L'approche purement curative est de toute évidence insuffisante pour maintenir les populations en bonne santé : il est donc urgent d'opérer un changement de paradigme et de travailler en amont, à la fois sur les déterminants sociaux de la santé (niveau de revenu, conditions de logement et de travail, niveau d'instruction, réseaux

de soutien social, environnements, mobilité, accès aux services de santé...) et la capacité des populations à agir sur ces déterminants.

On sait en effet qu'il existe une relation étroite entre la position sociale d'une personne et sa santé : plus le statut social, le revenu ou la scolarité d'une personne sont faibles, plus elle risque de rencontrer des problèmes de santé. Il importe donc, pour obtenir des résultats, de prendre en considération ce « gradient social », et d'agir en suivant le principe d'universalisme proportionné, qui garantit l'équité entre toutes les franges de la population. Parce qu'elle prend en compte les déterminants sociaux de la santé et la spécificité des différents milieux de vie (domicile, maisons de repos, prisons...), la promotion de la santé est une approche complémentaire indispensable des approches curatives et des campagnes de prévention classiques.

La promotion de la santé est aussi un choix éthique : en postulant que pour améliorer la santé de la population, il faut agir non seulement sur des facteurs individuels comme les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelle, mais aussi et surtout sur des facteurs collectifs et sociaux, elle représente un rempart à l'hyperresponsabilisation et à la culpabilisation, souvent contre-productives, de citoyens confrontés en permanence à des injonctions paradoxales (ex. : publicités versus campagnes de prévention).

Il est donc grand temps d'investir dans des stratégies plus globales. En créant des environnements de vie et de travail favorables à la santé, en renforçant l'action communautaire, en développant les connaissances et les compétences individuelles et collectives, les acteurs de la promotion de la santé peuvent agir en profondeur sur la santé des citoyens et leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes.

Si elle combine les approches individuelle, collective et communautaire, la promotion de la santé s'attache aussi à aborder toutes les questions de santé de manière transversale. Par conséquent, elle s'appuie aussi sur de nombreuses compétences ministérielles : l'emploi, le logement, la mobilité, l'agriculture, la fiscalité, etc. Intégrer la santé dans toutes les politiques, à tous les échelons de pouvoir, notamment grâce à la Conférence interministérielle, c'est se donner les moyens d'améliorer la santé de chacun de manière féconde, respectueuse et pérenne.

7 recommandations politiques

1 Renforcer et soutenir la participation des citoyen.ne.s dans l'élaboration des politiques publiques

La participation est une stratégie « pilier » utilisée en promotion de la santé. Elle est considérée comme une méthode efficace d'empowerment pour atteindre une meilleure santé, mais représente aussi une valeur démocratique. En

amenant les décideurs et les professionnels à se rapprocher au plus près des besoins, des préoccupations et des conditions de vie des personnes, l'approche participative tend aussi à corriger les asymétries de pouvoir, et contribue donc à plus de justice sociale.

Propositions d'actions

- ▶ Garantir les moyens pour organiser des lieux de collaboration entre les acteurs agissant sur la santé et la population afin de mieux connaître leurs besoins et en tenir compte pour l'élaboration de politiques publiques.
- ▶ Soutenir des projets/acteurs qui développent la participation citoyenne et favoriser leur reconnaissance comme maillon du processus décisionnel des politiques publiques : les commissions consultatives, les conseils de participation, les comités de quartier, etc.
- ▶ Tenir compte de manière systématique de l'avis des experts du vécu dans l'élaboration des politiques publiques.
- ▶ Diversifier les formes de participation citoyenne (ex : plateformes citoyennes, projets de cohésion sociale, cours de citoyenneté à l'école, volontariat, etc.)
- ▶ Reconnaître et valoriser les processus communautaires et d'organisation citoyenne.

2 Créer des environnements favorables à la santé dans différents milieux de vie

Agir sur la santé, c'est aussi agir *dans* et *sur* les milieux de vie. Les facteurs qui influencent la santé ne sont pas les mêmes dans le quartier, à l'école, en maison de repos ou en prison ; ils ne sont pas les mêmes non plus selon que l'on habite une zone fortement ou peu urbanisée. La qualité de l'air et ses répercussions directes sur la santé en sont un bon exemple. Il est nécessaire aujourd'hui de tenir compte de cette diversité et de l'impact que peut avoir l'environnement sur la santé de toutes et tous.

Propositions d'actions

- ▶ Favoriser l'accessibilité (financière, géographique et culturelle) aux services de promotion de la santé, de réduction des risques, de prévention, et aux structures d'aide et d'accompagnement adaptés dans les différents milieux de vie, en ce compris les milieux de vie virtuels (jeux en ligne, réseaux sociaux, etc.).
- ▶ Renforcer les pratiques communautaires de santé qui permettent la prise en compte des besoins d'un collectif au niveau local et soutiennent le collectif à agir sur son environnement.
- ▶ Soutenir les projets s'inscrivant dans les différents programmes internationaux et de labellisation pour le développement d'environnements favorables à la santé : « quality nights », « safe communities », « ville santé », « ville amie des aînés », « école en santé », etc.
- ▶ Impulser une dynamique de type "Région en Santé" qui permette, notamment, de replacer la santé au centre des préoccupations de l'ensemble des ministres régionaux.
- ▶ Intégrer un volet santé et en particulier promotion de la santé dans les contrats de quartier durable, les plans

de cohésion sociale, les plans communaux de développement rural, les plans communaux de développement de la nature, les plans stratégiques transversaux, les groupes d'action locale, les agences de développement local, etc.

- ▶ Garantir aux consommateurs une information claire sur les produits ayant un impact nocif sur la santé et l'environnement (comme l'alcool, les produits alimentaires transformés, etc.).

3 Inscrire systématiquement la dimension santé et la lutte contre les inégalités sociales, y compris celles de santé, dans l'ensemble des politiques publiques

En Belgique comme dans beaucoup d'autres pays d'Europe, les inégalités sociales persistent et touchent la majorité de la société, affectant davantage et de manière systématique les personnes de niveau social moins élevé. Les grands enjeux sociétaux et sanitaires sont complexes de par la multiplicité des déterminants qui les influencent tels que le transport public, l'accès à l'éducation, l'accès à des aliments sains, les perspectives économiques, etc. Dans ce contexte, de grandes institutions, telles que l'OMS, publient des recommandations à l'égard des politiques pour inscrire les dimensions de santé et d'inégalité dans l'ensemble des politiques publiques.

Propositions d'actions

- ▶ Intégrer systématiquement la question des publics vulnérables et des territoires prioritaires lors de l'élaboration de politiques publiques (en respectant le principe d'universalisme proportionné).
- ▶ Attribuer aux collèges des pouvoirs locaux, la responsabilité d'assurer la prise en compte de la santé et de l'équité lors de l'élaboration de toutes les politiques publiques, et ce, dans une approche intersectorielle.
- ▶ Se reposer sur l'expertise du secteur de la promotion de la santé et des secteurs agissant sur les déterminants de la santé, pour assurer la prise en compte des aspects « santé » et « équité » lors de l'élaboration des politiques publiques.
- ▶ Veiller à ce que toutes mesures politiques (mobilité, logement, social, enseignement, emploi, environnement, etc.) soient soumises à des commissions interministérielles transversales (régionale et fédérale) ayant pour objet la santé dans toutes les politiques.
- ▶ Réaliser systématiquement des Évaluations d'Impact sur la Santé des politiques menées par l'ensemble des secteurs (secteur des soins, mobilité, logement, social, enseignement, emploi, environnement, etc.).
- ▶ Soutenir et renforcer l'implication des acteurs territoriaux (notamment communaux) sur la réduction des inégalités sociales de santé.
- ▶ Récolter, analyser et diffuser les données sur les inégalités sociales de santé de manière pérenne et harmonisée, pour agir en partenariat entre les acteurs de terrain et les chercheurs.

4 Garantir l'accès et le respect des droits sociaux et de santé, en particulier pour les publics fragilisés

Aujourd'hui, de nombreux facteurs mettent à mal l'accès aux droits sociaux et de santé. Le fait d'avoir le statut d'isolé ou de cohabitant, par exemple, influence directement les revenus et le taux des allocations de chômage, et par là même l'accès à la santé. Parmi les publics fragilisés, le non-recours aux droits est par ailleurs fréquent: des services et des aides existent, mais ne bénéficient pas à ceux qui en ont le plus besoin. La fracture numérique accentue ce phénomène, en laissant à l'écart ceux qui ne sont pas en capacité de rechercher et de traiter l'information sur Internet, ou de solliciter des services par voie numérique.

Propositions d'actions

- ▶ Soutenir les associations qui répondent aux préoccupations en matière de droits sociaux et de santé, et ce, particulièrement dans les lieux de vie fréquentés par les populations précarisées.
- ▶ Mettre en place des procédures d'accès aux droits sociaux et de santé qui soient individualisées, harmonisées et automatiques. Par exemple, élargir les conditions d'octroi du statut BIM, du tiers payant et de l'AMU.
- ▶ Assurer la gratuité des soins pour les populations fragilisées.
- ▶ Assurer une communication ciblée, adaptée et accessible en matière de droits sociaux et de santé.
- ▶ Augmenter les minimas sociaux des revenus de remplacement (le revenu d'intégration sociale, la GRAPA, l'aide sociale, etc.).

5 Assurer la cohérence et l'articulation entre les politiques de santé et de promotion de la santé.

La nature du système politique belge a la particularité de multiplier le nombre d'experts politiques sur les questions de santé. Tous devraient viser un même objectif, l'élaboration de politiques permettant l'amélioration de la santé de la population dans une perspective d'équité. Cela ne peut toutefois être efficace qu'à condition que ces politiques soient cohérentes entre elles et concertées entre les différentes entités. Par ailleurs, ces experts politiques ont tout à gagner à consulter le secteur de la promotion de la santé, qui est lui par nature interdisciplinaire.

Propositions d'actions

- ▶ Améliorer la transparence des travaux et points de discussion de la Conférence Interministérielle de Santé afin que les Fédérations de Promotion de la Santé puissent se positionner, réagir et contribuer.
- ▶ Élargir les thématiques abordées lors de la Conférence Interministérielle de Santé à des sujets transversaux ayant un impact sur la santé (environnement, logement, mobilité, etc.).

- ▶ Mettre en place des protocoles de collaboration sur des thématiques entre les entités fédérées (exemples : lutte contre les inégalités sociales de santé, assuétudes...).
- ▶ Assurer l'existence d'outils cofinancés (par les différents niveaux de pouvoir) mettant à disposition de l'ensemble de la population (y compris des décideurs politiques) des informations concertées, validées et accessibles sur les thématiques de santé prioritaires (plans et politiques).
- ▶ Mutualiser les ressources entre entités fédérées pour financer des campagnes de promotion de la santé et de prévention et les outils de communication destinés à un large public (par exemple par rapport à la consommation d'alcool, le tabagisme, l'alimentation, etc.).

6 Adapter et pérenniser les moyens alloués à la promotion de la santé et la prévention.

Le secteur de la promotion de la santé a été confronté à de nombreuses mutations au cours des dernières années, notamment suite à la régionalisation des compétences dans le cadre de la sixième réforme de l'État. Pour mener à bien des projets ambitieux et conserver les expertises, il semble aujourd'hui indispensable de stabiliser les équipes. Se doter d'une politique de promotion de la santé à long terme implique d'allouer des moyens à la hauteur des ambitions de la politique.

Propositions d'actions

- ▶ Privilégier un système de financement par agréments pour les acteurs de promotion de la santé.
- ▶ Soutenir les pratiques d'évaluation qui impliquent de manière concertée l'ensemble des parties prenantes (citoyens, opérateurs, administrations, politiques).
- ▶ Financer des recherches en promotion de la santé pour faire progresser les pratiques et les connaissances.

7 S'appuyer sur l'expertise des acteurs du secteur de la promotion de la santé et de leurs fédérations.

La promotion de la santé est née il y a plus de 30 ans, avec la Charte d'Ottawa, adoptée par la première *Conférence internationale pour la promotion de la santé* en 1986 et cosignée par les délégués de quelque 38 pays. Ses stratégies sont aujourd'hui reconnues internationalement. En Belgique, le secteur francophone de la promotion de la santé a développé un très riche réseau d'expertises, fondé sur la multidisciplinarité et l'intersectorialité, qui s'est vu renforcé par la naissance des Fédérations bruxelloise et wallonne.

Propositions d'actions

- ▶ Reconnaître aux Fédérations bruxelloise et wallonne de promotion de la santé un rôle d'experts-ressources pour les décideurs politiques à tous les niveaux de pouvoir.
- ▶ Encourager la mise en place de concertations entre les secteurs de la promotion de la santé, de la santé et autres secteurs, pour faire face aux grands défis actuels de santé publique (changement climatique, vieillissement de la population, maladies chroniques, migration, inégalités sociales, inégalités de genre, etc.).
- ▶ Développer dans les cursus de formations sociales/pédagogiques/médicales/paramédicales une vision intégrée, globale et positive de la santé et de ses déterminants (mobilité, enseignement, emploi, logement, etc.) et développer les aspects concernant la diversité des publics.
- ▶ Garantir aux acteurs impliqués dans tous les milieux de vie l'accès à des formations continuées pour assurer la qualité des interventions de promotion de la santé.
- ▶ Stimuler les pratiques innovantes et développer des repères de pratiques adaptés aux contextes par le croisement des expériences des acteurs et des connaissances scientifiques issues de l'« evidence-based health promotion ».



* Alias; Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes - Revue Éducation Santé; Association de Recherche Action en faveur des personnes handicapées; Centre Bruxellois de Promotion de la Santé; Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers; Citadelle - Projet périscope; CLPS de Charleroi-Thuin; CLPS de Huy-Waremme; CLPS de Liège; CLPS de Verviers; CLPS des Arrondissements de Mons-Soignies; CLPS du Brabant wallon; CLPS du Hainaut Occidental; CLPS du Luxembourg; CLPS en province de Namur; Comme chez nous; Coordination Éducation & Santé; Cultures et Santé; De Bouche à Oreille - Li Cramignon; Éduca Santé; Entr'Aide des Marolles; Espace P...; Eurotox; Ex æquo; Fédération des centres pluralistes de Planning Familial; Fédération Laïque des Centres de Planning Familial; Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones; Femmes et Santé; Fonds des Affections Respiratoires; Forest-Quartiers Santé; Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles Belgique; I Care; Icar Wallonie; Infor-Drogues; Le Méridien; Le Pélican; Les Pissenlits; Liaison antiprohibitionniste; Ligue des Usagers des Services de Santé; Médecins du Monde; Modus Vivendi; Nadja; Observatoire du Sida et des Sexualités; Plate-forme prévention Sida; Point Culture; Promo Santé & Médecine Générale; Prospective Jeunesse; Question Santé; Repères; Réseau Santé Diabète; Santé-Communauté-Participation; Service de prévention et de réduction des risques liés aux usages de drogues; Service de Santé Mentale ALFA; Service de santé mentale de Verviers - A.V.A.T.; Service d'Information Promotion Éducation Santé; Service Éducation pour la Santé-Promotion santé en milieu carcéral-SES; Service Universitaire de Promotion de la Santé de l'UCLouvain/IRSS-RESO; Sida IST Charleroi Mons; Sida Sol; Sida SOS; Solidaris Pipsa; Union Nationale des Mutualités Socialistes; Univers Santé; Université de Liège-APES; Ville de Mons - Service de prévention et de réduction des risques liés aux usages de drogues.



DONNÉES

Élargir la vaccination contre les papillomavirus humains aux garçons : oui mais ?

Retour sur une décennie de vaccination HPV chez les jeunes filles en FWB

► PROVAC – MARIE-CHRISTINE MIERMANS¹, BÉATRICE SWENNEN², AXELLE VERMEEREN³

La famille des papillomavirus humains comporte plus de deux cents virus dont 12 sont particulièrement oncogènes et deux responsables des verrues génitales.

L'infection à papillomavirus (HPV) est l'infection sexuellement transmissible la plus commune. Cette infection est le plus souvent transitoire mais lorsqu'elle persiste, elle peut mener à des lésions précancéreuses et au cancer.

Dans les années 1980, Harald zur Hausen (prix Nobel de Médecine en 2008) a démontré que le HPV était responsable du cancer du col de l'utérus chez la femme (3^e cause de décès par cancer chez les femmes dans le monde). Dans les pays développés, le dépistage par frottis de col a démontré son efficacité pour la réduction partielle du cancer du col. Il permet le traitement des lésions dans les meilleurs délais. Mais un grand nombre de femmes ne bénéficient pas de ce dépistage.

Le développement de vaccins contre les HPV permet d'envisager une prophylaxie spécifiquement orientée contre les HPV responsables des cancers du col. La vaccination concerne donc principalement les jeunes filles avant l'âge du début de la vie sexuellement active.

Depuis 2007, dans notre pays, le Conseil Supérieur de la Santé recommande « la vaccination prophylactique généralisée chaque année d'une cohorte d'un an de filles d'un âge compris entre 10 et 13 ans ».⁴

Depuis 2011 en FWB, le programme de vaccination qui dépend de chaque Communauté, a mis le vaccin HPV à disposition de tous les vaccinateurs pour les jeunes filles de 13-14 ans et a recommandé aux Services de Promotion de la Santé à l'École (SPSE) et aux Centres Psycho-Médico-Sociaux de la Communauté française (CPMS-CF) de tout mettre en œuvre pour proposer et réaliser cette vaccination pour les jeunes filles, élèves de 2^e secondaire.⁵

Au cours de la dernière décennie, de nombreuses études ont démontré le rôle des HPV dans d'autres cancers tels que ceux de l'anus, de la vulve, du vagin, du pénis et de l'oropharynx mais aussi dans la prévention des verrues génitales. Ce qui a conduit le CSS à élargir en 2017 la recommandation de la vaccination HPV à l'ensemble des cancers et des verrues génitales pour les deux sexes et donc aussi bien pour les garçons que les jeunes filles de 9 à 14 ans.⁶

À la veille de l'élargissement de la vaccination HPV aux garçons, prévue en FWB en septembre 2019, cet article analyse le niveau de couverture vaccinale HPV atteint en 2017 auprès des jeunes filles en FWB et fait état du niveau d'adhésion des médecins et des professionnels PSE à cette nouvelle recommandation. Il se base sur les résultats de différentes recherches menées par l'équipe interuniversitaire Provac, dans le cadre de financements par la DG Santé de la FWB puis de l'ONE.

Où en est la couverture vaccinale HPV des jeunes filles de 2^e secondaire (13-14 ans), en FWB en 2017 ?

L'objectif était d'atteindre une couverture vaccinale de 80%, trois ans après l'introduction du vaccin dans le calendrier vaccinal. Le vaccin HPV distribué gratuitement dans le circuit de la FWB est le vaccin Cervarix®. Le schéma de départ, en septembre 2011, était de 3 doses à administrer sur un laps de temps de 6 mois. À partir de la rentrée scolaire 2014-2015, un schéma en 2 doses à 6 mois d'intervalle et, après 15 ans, en 3 doses a été recommandé.

La mesure de la couverture vaccinale est établie pour les jeunes filles au départ des données vaccinales présentes dans les dossiers médicaux PSE des élèves, en fin d'année scolaire, sur base d'un échantillon stratifié aléatoire simple parmi l'ensemble des classes de 2^e secondaire. Dans le cas de données manquantes dans les dossiers PSE, une démarche de contact des parents est demandée aux services/centres afin de disposer des dates de vaccination réalisées par un autre vaccinateur que le médecin scolaire.

Deux enquêtes ont ainsi été organisées par Provac en 2013 et en 2017.

En juin 2017, la couverture vaccinale mesurée est de 36,1% (IC à 34,7% à 37,5%) en FWB, résultat bien inférieur à l'objectif visé.⁷

Les résultats présentés tiennent compte du fait que les jeunes filles ont reçu un schéma correct et complet (nombre total de doses en fonction de l'âge et intervalle correct entre les doses).

En 2013 en FWB, le taux de couverture vaccinale était de 29,2% pour un schéma complet⁸ et passe à 36,1% en 2017

1 APES – ULiège, mc.miermans@uliege.be.

2 ULB – bswennen@ulb.ac.be.

3 UCLouvain – axelle.vermeeren@uclouvain.be.

4 Conseil supérieur de la Santé Avis n°8204 du 2 mai 2007. Vaccination contre les infections causées par le papillomavirus humain, Bruxelles: CSS, 2007.

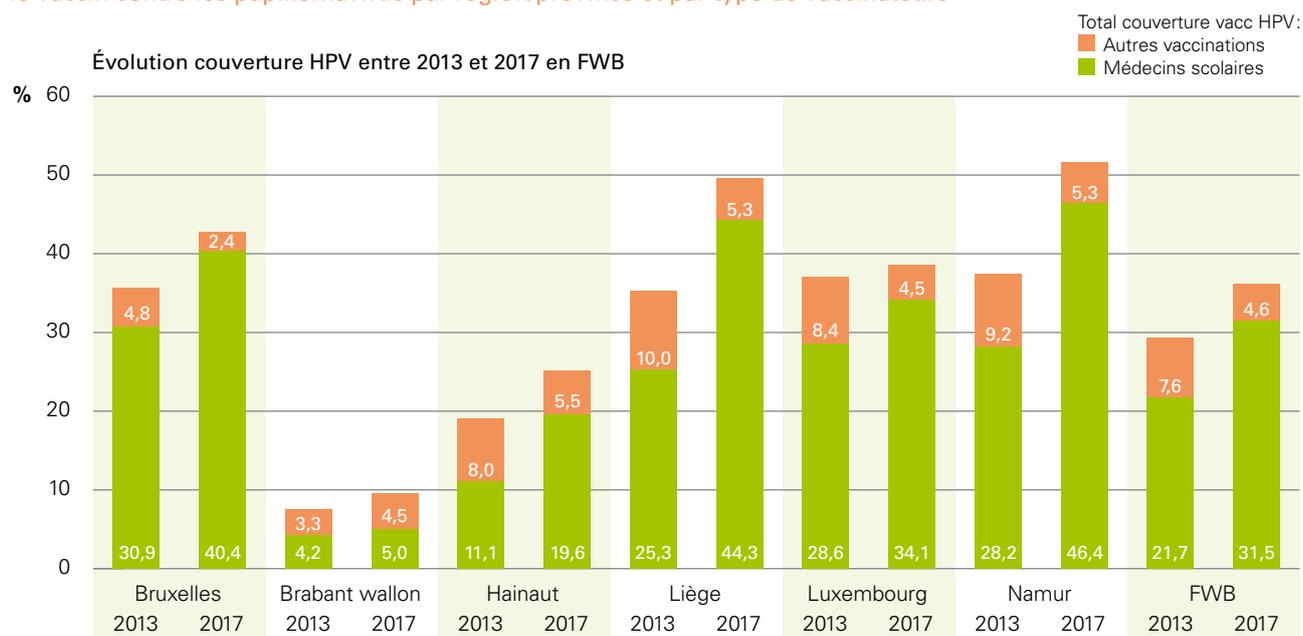
5 Miermans M.C., Swennen B., Vermeeren A. L'implantation de la vaccination contre le papillomavirus en PSE, Revue Éducation Santé Numéro 289, mai 2013.

6 Conseil Supérieur de la Santé. Vaccination contre les infections causées par le papillomavirus humain. Bruxelles: CSS; 2017. Avis n° 9181.

7 Vermeeren A., Goffin F., Statistique de couverture vaccinale en 2^e secondaire en Fédération Wallonie – Bruxelles en 2016 – 2017. Annexe 1 du Rapport d'activité de Provac 2017-2018.

8 Vermeeren A., Miermans M.C., Swennen B. Évolution de 2008 à 2013 des couvertures vaccinales des enfants et jeunes en âge scolaire en Fédération Wallonie-Bruxelles 2014.

Figure 1 : Évolution de la couverture vaccinale des jeunes filles de 2^e secondaire entre 2013 et 2017 en FWB pour le vaccin contre les papillomavirus par région/province et par type de vaccinateurs



soit 7% d'augmentation. Sur base de la répartition des vaccinateurs dans la couverture établie, il apparaît que la PSE réalise 87% de la couverture HPV complète et les médecins traitants, 13%.

On observe des différences importantes entre provinces et à Bruxelles dans les deux enquêtes. La couverture est la plus faible en Brabant wallon (9.5%) et la plus élevée en province de Namur (51.7%). Une hypothèse pour expliquer de tels écarts est que certains services/centres sont non vaccinateurs pour HPV dans certaines provinces et à Bruxelles alors qu'ils ont sous tutelle PSE une importante population d'élèves de secondaire. Cette hypothèse est documentée dans le paragraphe suivant.

Quelle est l'offre vaccinale HPV de la PSE (sur base de l'analyse des rapports d'activité PSE 2016-2017) ?

Chaque année, les services/centres remettent un rapport d'activité à l'ONE. Le contenu des rapports 2016-2017 en lien avec la mission vaccinale a servi de base à l'analyse ci-dessous.⁹

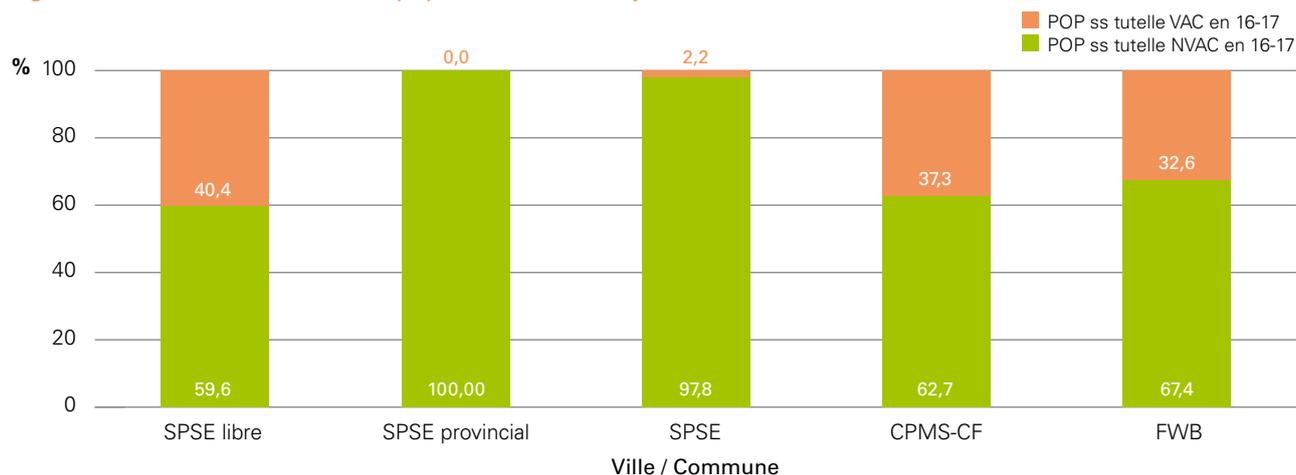
Le tableau 1 montre que, d'une part, la population scolaire de 2^e secondaire (filles et garçons) est répartie de manière très inégale entre les types de pouvoirs organisateurs des services/centres et, d'autre part, qu'une proportion impor-

Tableau 1 : Répartition par réseau de la population totale de 2^e sec (filles et garçons) sous tutelle des services/centres vaccinateurs (VAC) et non vaccinateurs HPV (NVAC) en 2016-2017 (sur base de l'analyse des rapports d'activité 2016-2017)

Type de Service	POP ss tutelle VAC en 16-17	POP ss tutelle NVAC en 16-17	POP ss tutelle NVAC en 16-17	% de pop Totale
SPSE libre	21 411	14 525	35 936	57.9
SPSE provincial	5 259	0	5 259	8.5
SPSE Ville/Commune	5 730	131	5 861	9.4
CPMS-CF	9 425	5 607	15 032	24.2
Total des élèves FWB	41 825	20 263	62 088	100

⁹ Miermans M.C., Évolution du statut de vaccinateur HPV des services/centres PSE en FWB de 2011-2012 à 2016-2017, Annexe 2 du Rapport d'activité de Provac 2017-2018.

Figure 2: Offre vaccinale HPV à la population cible des jeunes filles en 2016-2017



tante de services/centres non vaccinateurs ont une importante population sous tutelle.

De plus, une importante disparité territoriale existe. La proportion d'élèves sous tutelle d'un service/centre vaccinateur est très différente d'une province/région à l'autre : 7,8% en Brabant Wallon, 49,5% dans le Hainaut, 77,5% pour Bruxelles, 78,1% pour le Luxembourg, 89,8% pour Namur et 98,7% pour Liège.

Ce constat montre l'inégalité de prise en charge préventive de la population scolaire malgré l'universalité de principe de la PSE. En réalité, 1/3 des jeunes filles ne s'est pas vu proposer la vaccination HPV par la PSE en 2016-2017.

La figure 2 présente l'analyse par réseau. Toute ou presque toute la population sous tutelle d'un service PSE du réseau provincial ou des villes/communes reçoit une proposition de vaccination HPV en PSE, alors qu'en CPMS-CF, c'est 63% et dans le réseau PSE libre, 60% seulement. Or, ces 2 réseaux ont la plus importante population sous tutelle, principalement le réseau libre avec près de 60% de la population totale.

Ce constat d'hétérogénéité des pratiques vaccinales HPV des services/centres a été déterminant pour réaliser une analyse de la couverture vaccinale HPV dans le sous-échantillon des élèves sous tutelle des services/centres vaccinateurs.

Quels sont les résultats de couverture vaccinale pour les SPSE/CPMS-CF vaccinateurs HPV en 2017?

La couverture vaccinale des jeunes filles mesurée dans les services/centres vaccinateurs HPV atteint 51,2%, contrairement à 3,9% dans les services/centres qui ne proposent pas la vaccination. Ce qui est largement supérieur aux 36,1% obtenus pour l'ensemble des services/centres. Dans les centres vaccinateurs, 90% de la couverture des jeunes filles est réalisée par le médecin scolaire et seulement 10% par les médecins traitants. Cette différence

montre que l'implication du médecin scolaire est primordiale pour atteindre les objectifs de vaccination chez l'adolescent.

Quel est le poids de l'autorisation parentale dans la vaccination HPV des jeunes filles en FWB?

La vaccination par la PSE des élèves mineurs d'âge dépend d'une autorisation parentale. En 2017, dans les services/centres qui proposent la vaccination, 18,4% des parents n'avaient pas autorisé la vaccination par la médecine scolaire : 7,8% déclaraient demander la vaccination HPV chez le médecin traitant et 10,6% des parents disent ne pas souhaiter cette vaccination pour leur fille. Ce « refus » exprimé par les parents pour la vaccination HPV par la PSE, ne peut cependant pas être interprété comme un refus définitif mais plutôt comme un refus momentané, une forme de report, notamment lié à l'âge de l'élève, comme cela a été indiqué sur certaines autorisations vaccinales par les parents.

En quoi l'adhésion des professionnels de santé à la vaccination HPV est-elle importante?

L'adhésion des professionnels de santé à la prévention vaccinale est déterminante pour la réalisation du programme de vaccination. Les nouveaux médias ont pris une place importante dans l'information ou la désinformation sur la vaccination mais les professionnels restent toujours les référents principaux de la population pour accepter une vaccination, que ces référents agissent au sein de structures préventives comme la PSE ou comme médecins traitants.

Pour le programme de vaccination, connaître les représentations des professionnels vis-à-vis des nouvelles vaccinations permet de mieux développer les stratégies d'information et de formation, particulièrement dans le cas de la vaccination HPV et de sa généralisation à tous les adolescents (filles et garçons).

Quelle est l'adhésion des professionnels PSE à la vaccination HPV ?

Dans le cadre des rencontres annuelles du programme de vaccination avec les professionnels PSE, Provac a recueilli leurs opinions lors des ateliers en mai-juin 2017. Le thème des échanges portait sur les représentations des professionnels PSE relatives à l'extension aux garçons de la recommandation de vaccination contre les HPV.¹⁰

227 feuilles d'opinions ont été récoltées. Elles ont été complétées par 1/3 de médecins et 2/3 d'infirmier-ères scolaires.

La vaccination HPV des garçons semble recueillir d'emblée une assez bonne adhésion des professionnels de PSE : 90% sont convaincus de la pertinence de cette vaccination chez les garçons vu l'incidence des cancers et des verrues génitales ainsi que l'absence de dépistage actuellement possible ; seuls 16% se disent réticents à la leur proposer. Il reste un noyau d'environ 10% de professionnels réticents à proposer la vaccination HPV aux filles et aux garçons. Pour ces professionnels, leurs réticences à vacciner sont en lien avec leur conviction de l'efficacité du frottis de col pour prévenir le cancer du col de l'utérus, leur peur de faire croire à l'incitation d'une vie sexuelle précoce, à la difficulté de parler de sexualité avec les jeunes, ainsi que les incertitudes qu'ils perçoivent sur l'efficacité à long terme de la vaccination, et le risque d'un sentiment de fausse sécurité chez les vaccinés. Sur ce dernier aspect, ils sont rejoints par un grand nombre d'autres professionnels, près de 40% de professionnels marquant leur adhésion à cette opinion.

Pour 3 opinions, on observe une différence statistiquement significative entre les opinions des médecins et des infir-

miers-ères, les opinions des médecins faisant preuve d'une plus grande adhésion à la vaccination HPV. Les 3 opinions sont les suivantes : « En proposant cette vaccination, j'ai peur de faire croire que j'incite à une vie sexuelle précoce, tant chez les filles que les garçons », « Je pense que cette vaccination doit rester l'objet d'un colloque singulier entre le médecin, les parents et le jeune et n'a donc pas sa place en PSE », « Sur base des éléments dont je dispose aujourd'hui qui ne me rassurent pas sur l'efficacité à long terme, j'estime que cette vaccination risque d'induire un sentiment de fausse sécurité, autant chez les filles que les garçons ».

Il semble donc que, pour mettre en œuvre l'extension de la vaccination HPV aux garçons, on pourra capitaliser sur le travail d'information et de formation des professionnels en PSE réalisé depuis 2010 autour de la vaccination HPV des filles.

Quel est le niveau d'adhésion des médecins privés à l'extension de la vaccination HPV aux garçons ?

Afin de mieux connaître l'attitude de l'ensemble des médecins face à l'extension du champ de la prévention vaccinale aux adolescents (vaccination contre les papillomavirus humains), une enquête en ligne a été organisée auprès des médecins généralistes, gynécologues et pédiatres de la FWB exerçant principalement en dehors des structures préventives reconnues que ce soient les consultations de l'enfant ou les services/centres PSE. L'enquête s'est déroulée entre le 24 novembre 2017 et le 6 février 2018.¹¹

462 médecins ont répondu ; 50% sont généralistes, 18,4% pédiatres, 15% gynécologues et 11,5% assistants des différentes spécialisations.

¹⁰ Miermans M.C. Opinions des professionnels de PSE concernant la vaccination HPV des filles et des garçons recueillies lors des rencontres 2017 Annexe 9 du Rapport d'activité de Provac 2017-2018.

¹¹ Robert E., Swennen B. Enquête en ligne sur les pratiques vaccinales des médecins en Fédération Wallonie-Bruxelles Annexe 4 du Rapport d'activité de Provac 2017-2018.



Les médecins sont très favorables à la vaccination HPV tant des jeunes filles (95%) que des garçons (87%), avec un score de 97% pour les gynécologues et 91% pour les pédiatres. Cependant l'insuffisance des données de sécurité pour le vaccin HPV sont pointées par 12% des médecins pour les jeunes filles et 27% pour les garçons.

Seuls 1,7% des médecins ne feraient pas vacciner leur fille contre les HPV, ce taux s'élève à plus de 5% chez les médecins les plus jeunes ou les assistants. Les pédiatres sont le plus certain de faire vacciner leur fille contre les papillomavirus. En ce qui concerne la vaccination contre les HPV chez le jeune garçon, 3% des médecins y sont complètement opposés et près de 31% sont hésitants. Ce sont les généralistes puis les pédiatres qui semblent les moins convaincus par cette vaccination pour les garçons.

Il est interpellant de se rendre compte que les médecins les plus hésitants pour la vaccination en général et en particulier pour la vaccination HPV sont les plus jeunes. Bien que médecins récemment formés, ils semblent partager les mêmes réticences et craintes que les sujets (parents) de leur génération. Ils ne sont pas indemnes, malgré leur formation, de l'influence du contexte général ambiant sur la vaccination.

Conclusions et perspectives

Dix ans après la publication de la recommandation par le CSS de la vaccination contre le HPV des jeunes filles, 6 ans après l'introduction de cette vaccination dans le programme de vaccination de la FVB et à la veille de sa généralisation à tous les adolescents filles et garçons, un bilan en termes de couverture vaccinale et du niveau d'adhésion des professionnels semble utile.

L'enquête de couverture vaccinale HPV en 2^e secondaire menée en 2017 permet d'en mesurer le niveau et l'évolution depuis la première enquête en 2013. De 29,2% en 2013, elle est passée à 36,1% en 2017 soit une faible augmentation de 7%. L'objectif du programme HPV d'atteindre 80% de couverture chez les jeunes filles, 3 ans après son introduction, est donc loin d'être atteint malgré les efforts du programme.

Cette enquête a également permis de mieux documenter l'engagement des services/centres et de souligner l'hétérogénéité de leur pratique pour remplir leurs missions décrétales, notamment les missions vaccinales et de récolte d'information statistique.

Les meilleurs résultats obtenus dans le sous-échantillon des services/centres vaccinateurs montrent que 51,2% de la population de jeunes filles sous tutelle sont vaccinées, 46% par la médecine scolaire et 5,2% par un autre vaccinateur. Ces mêmes services/centres rapportent, en début d'année qu'environ 10% des parents souhaitent faire réaliser la vaccination par leur médecin traitant. Ce qui devrait permettre d'atteindre une couverture de 60%.

L'adhésion des professionnels de santé à la généralisation de la vaccination HPV s'est améliorée au fil du temps mais il persiste encore des inquiétudes sur les données de sécurité et de protection à long terme.

2019 verra la vaccination contre les HPV se généraliser aux garçons. Pour avoir un impact populationnel de cette vaccination, les expériences des autres pays rapportent qu'un objectif de 75% de couverture doit être visé. La mobilisation de tous les vacinateurs sera indispensable pour l'atteindre et l'adhésion des professionnels sera un gage de réussite. Il conviendra également, pour le programme de vaccination, de réfléchir à des stratégies pour rendre plus homogènes les pratiques vaccinales en PSE, améliorer l'adhésion des parents aux recommandations vaccinales et renforcer la participation de l'ensemble des vacinateurs institutionnels et privés. Les stratégies utilisées doivent en plus viser à la non instauration d'inégalités sociales de santé.



Un site web francophone belge de référence

Dans un contexte où circulent de multiples messages provenant de sources parfois peu crédibles, comment faire la part des choses entre les informations farfelues et celles scientifiquement validées? Soucieux de fournir à la population des informations rigoureuses et scientifiques, exprimées dans un langage clair et compréhensible par le plus grand nombre, l'AVIQ s'est associée à la Cocof et à l'ONE pour soutenir la création d'une nouvelle version du site www.vaccination-info.be.

Les contenus proposés se basent sur :

- ▶ les recommandations officielles de santé publique du Conseil Supérieur de la Santé ;
- ▶ le Programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles ;
- ▶ des avis scientifiques et publications reconnues.

Ceux-ci ont fait l'objet d'une relecture scientifique par les institutions partenaires et ne répercutent pas d'informations basées sur des expériences ou opinions personnelles. Le site développe l'information suivant différents niveaux de lecture afin d'en favoriser l'accessibilité. D'abord succinctes, les informations sont ensuite complétées par des références et liens vers des documents scientifiques validés.



La santé tout court, KESAKO ?

VU POUR
VOUS

La Santé tout court est une pochette comprenant une compilation (DVD) de 11 courts-métrages d'animation sur la santé accompagnée d'un livret pédagogique. Édité par le Service éducatif (Santé) de PointCulture avec le soutien de l'AVIQ, cet outil est destiné aux enseignants ainsi qu'aux professionnels de la santé, aux animateurs et aux éducateurs. La pochette est gratuite sur demande dans tous les PointCulture.

► **CHRISTEL DEPIERREUX**, Chargée de projets Santé chez PointCulture



© Symbiosis Carnal, Rocio Alavrez



Un « Health Focus » au Festival Anima 2019

Le 4 mars dernier, en guise d'avant-goût, le public d'Anima, festival international du film d'animation à Bruxelles, a pu découvrir les 5 films suivants :

- ▶ Une tête disparaît, Franck Dion, CA & FR, 2016, 9'
- ▶ Le labyrinthe, Mathieu Labaye, BE, 2013, 09'20"
- ▶ Symbiosis Carnal, Rocio Alavrez, BE, 2017, 10'08"
- ▶ Pépé, le Morse, Lucrèce Andreae, FR, 2017, 14'54"
- ▶ Hybrids, Florian Brauch, Matthieu Pujol, Kim Tailhades, Yohan Thireau, Romain Thirion, FR, 2017, 06'22"

Après la projection, autour d'un lunch, les discussions allaient bon train : « *Symbiosis Carnal*, je vois très bien comment l'utiliser pour l'EVRAS. En plus d'être très beau graphiquement, il offre des angles d'approche variés : historique, multiculturel, féminin-masculin, etc... »

« Touchant et juste, *Une tête disparaît* traite les deux points de vue, celui de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et de l'aidant proche »

« J'ai bien ri en regardant « *Pépé, le morse* » ! Pourtant, ça parle de la mort, du deuil. Le langage est « cash » mais il montre bien la difficulté de montrer/accepter ses émotions suite à la disparition d'un proche. »

Le court-métrage d'animation, un outil pour la santé ?

Comme le fait remarquer M. Avénia, responsable « fictions » chez PointCulture : « Souvent lorsque l'on parle de cinéma d'animation, la confusion est faite avec les dessins animés bien connus des moins jeunes (ou des plus anciens). Mais le cinéma d'animation ne se limite pas à « animer des dessins ». Depuis de nombreuses années d'ailleurs, les créateurs valorisent de plus en plus différentes techniques d'animation qui, en plus d'affirmer leur style, apportent aux films variété et singularité. »¹

Grâce sa courte durée (max. 15'), le court-métrage convient parfaitement pour introduire un sujet plus complexe. Et il le fait avec subtilité et poésie tant le champ des possibles est presque infini. Il peut servir comme déclencheurs de discussions, de prise de conscience ou d'expérimentations.

Le livret pédagogique

Celui-ci propose des pistes d'activités et d'exploitation avec un public partir de l'âge de treize ans. Il s'adresse tant à des enseignants qu'à des professionnels de la santé, des animateurs et des éducateurs. Il peut convenir également pour un groupe d'adultes (alphabéti-

© Symbiosis Carnal, Rocio Alavrez



¹ Extrait de l'article repris dans le livret : « À la découverte des techniques d'animation ».



© Pépé le Morse, Lucrece Andreae

sation, réinsertion socioprofessionnelle, self help, etc.) qui souhaiteraient réfléchir sur ses thématiques.

Chaque film a une fiche qui se compose de façon identique : une fiche technique ; les mots-clés ; le public cible ; un résumé ; des infos sur le/la réalisateur.trice ; une analyse du film ; des pistes d'animations et des ressources utiles.

Le livret propose également deux articles sur les techniques d'animations utilisées et sur la littératie en santé.

Les publics, films, thèmes

Les courts-métrages repris dans cette compilation, nommés ou primés lors de festivals pour certains sont tous en français ou sans dialogue. Ce qui facilite la compréhension pour un très large public.

Courts-métrages dès l'âge de treize ans

- ▶ **Pépé le Morse** de Lucrece Andreae
→ deuil
- ▶ **Une tête disparaît** de Franck Dion
→ maladie d'Alzheimer
- ▶ **Charles** de Dominic-Étienne Simard
→ enfants & parents en souffrance
- ▶ **La coquille** de Louise-Marie Colon & Siona Vidakovic
→ handicap, vie sociale



Pour toutes infos :

Christel Depierreux, Chargée de projets Santé
christel.depierreux@pointculture.be
 02 737 19 29
www.pointculture.be



© Pépé le Morse, Lucrece Andreae

Courts-métrages dès l'âge de quinze ans

- ▶ **Le labyrinthe** de Mathieu Labaye
→ santé mentale en prison
- ▶ **Hybrids** Romain Thirion, Kim Tailhades, Florian Brauch, Matthieu Pujol & Yohan Thireau
→ pollution des océans, alimentation
- ▶ **Guide de jardinage** de Sarah Jane Hatooka
→ autisme
- ▶ **L'homme machine** de Denis de Wind
→ handicap, médecine

Courts-métrages dès l'âge de dix-sept ans

- ▶ **Simbiosis Carnal** de Rocio Alvarez
→ sexualité féminine
- ▶ **Et ta prostate, ça va ?** Jeanne Paturle & Cécile Rousset
→ relations parents-enfants/sexualité
- ▶ **Afterwork** de Luis Uson & Andrés Aguilar
→ burn-out

La santé tout Court est un outil original qui permet d'aborder la santé par le biais de l'image et des émotions.

- Vous voulez partager une expérience dans Éducation Santé ?
- Vous avez rédigé un texte que vous souhaitez voir publier ?
- Vous lancez une campagne en promotion de la santé que vous aimeriez mettre en évidence ?
- Vous avez travaillé sur un projet dont le processus de mise en place ou d'évaluation mérite d'être mis en évidence ?

► Contactez-nous : education.sante@mc.be

Gardez l'œil
sur votre boîte mails,
vous recevrez bientôt
une invitation
à participer à notre
évaluation.

