

Des changements en nombre

Le début de l'année est l'occasion rêvée pour prendre de bonnes résolutions, ou mieux encore, pour commencer à les mettre en pratique.

En recevant ce premier numéro de 2002, vous aurez déjà remarqué que nous avons quelque peu modifié la maquette d'Education Santé. Notre souci est d'améliorer l'attractivité de la publication sans trop peser sur son coût de fabrication. Nous espérons y être parvenus. Cela nous permet de répondre à un souhait que vous avez exprimé lors de la dernière évaluation de la revue par questionnaire écrit.

D'autres attentes, sur le fond des textes, portaient sur une extension des champs de prospection possibles en promotion de la santé et sur la réalisation de dossiers thématiques. Nous avons œuvré dans ce sens l'an dernier, notamment en accordant une attention renforcée à la santé mentale, et comptons bien continuer dans cette voie cette année. Et ce n'est pas tout: nous mettons la dernière main à la préparation d'un site internet qui vous offrira un accès confortable aux archives de la revue, et vous permettra de vous constituer des dossiers documentaires en un rien de temps.

Enfin, il y a du mouvement au sein de l'équipe rédactionnelle d'Education Santé: **Bernadette Taeymans** nous quitte après 10 ans de bons et loyaux services, marqués par son souci permanent d'évaluation de notre projet et sa volonté d'accentuer le rôle que peut jouer une revue comme la nôtre en matière de formation continue de professionnels dont la promotion de la santé n'est souvent qu'une activité parmi d'autres. Bon vent à elle. **Anne-Marie Pirard** nous rejoint. Cette journaliste, qui a travaillé entre autres pour le quotidien La Cité ne doit pas vous être inconnue, puisque nous ne faisons que concrétiser aujourd'hui des collaborations occasionnelles entamées l'an dernier avec profit. Bienvenue donc à Anne-Marie.

Et merci à la Communauté française Wallonie-Bruxelles, qui nous permet de consolider notre projet éditorial!

Christian De Bock, rédacteur en chef

SOMMAIRE

Stratégie	7
La Communauté française Wallonie-Bruxelles et la prévention du SIDA, par <i>Michèle Michard</i>	7
Le Communauté française et le système d'information en santé, par <i>René Bonghi</i>	9
Les sites promotionnels de l'ANMC, par <i>Maryse Van Audenhaege</i>	11
Le tabac et les adolescents, par <i>Veronique Demeyer</i>	12
Sur quels critères évaluer les projets de promotion de la santé dans les écoles?, par <i>Mélanie Bouillon</i>	13
Le campagne "ambassadeurs 2000-2001", par <i>Anne-Marie Pirard</i>	15
Les francophones et les médias en 2001, par <i>Brèves</i>	16

Réalisation et diffusion • Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

Rédacteur en chef • Christian De Bock 02 246 48 50

Secrétaire de rédaction • Anne-Marie Pirard 02 246 48 51

Secrétaire de rédaction adjoint • Anne Fenaux 02 515 05 85

Responsable des rubriques Acquisitions, Brèves, Documentation, Lu pour vous, Matériel et Vu pour vous • Maryse Van Audenhaege 02 246 48 51

Documentation • Maryse Van Audenhaege, Astrid Grenson 02 246 48 51

Abonnements • Franca Tartamella 02 246 48 53

Comité stratégique • Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Anne Fenaux, Sophie Fiévet, Christian Grégoir, Véronique Janzyk, Roger Lonjils, André Lufin, Anne-Marie Pirard, Paul Sonkes, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorne, Christian Van Rompaey, Bernard Van Tichelen

Comité opérationnel • Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Véronique Janzyk, Thierry Poucet, Anne-Marie Pirard, Maryse Van Audenhaege

Editeur responsable • Edouard Descampe, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles

Maquette • Els Demeyer

Tirage • 2.400 exemplaires

Diffusion • 2.100 exemplaires

ISSN • 0776 2623

Les articles publiés par Education Santé n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans Education Santé peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Documentation consultable sur rendez-vous pris au 02 246 48 51.

Pour tous renseignements complémentaires • Education Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles, Tél. 02 246 48 53, Fax 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire). Mèl: education.sante@mcb.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse: www.pipsa.org

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles - www.arsc.be

Education Santé

Un mensuel au service des intervenants Francophones en promotion de la santé
Ne paraît pas en janvier et juillet - Bureau de dépôt: Bruxelles X - ISSN 0776-2623

Editeur responsable: Edouard Descampe; chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40 - 1031 Bruxelles



LA COMMUNAUTE FRANÇAISE ET LA PREVENTION SIDA en p.2

La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique Département de la Santé.



© CARO/PHANIE

La Communauté française Wallonie-Bruxelles et la prévention du sida

Sida • prévention • politique communautaire

L'épidémie du sida a aujourd'hui vingt ans. On sait qu'elle prend des proportions très inquiétantes dans les pays en voie de développement, notamment en Afrique subsaharienne qui, à elle seule, englobe 75 % de la population atteinte. Les pays développés semblent être parvenus à maîtriser, dans une certaine mesure, l'évolution de l'épidémie. Cependant, les données récentes obligent à maintenir, voire à renforcer les efforts de prévention.

Aujourd'hui plus que jamais, il importe à mes yeux que les stratégies nationales et communautaires s'intègrent avec rigueur dans le cadre d'une lutte qui, depuis la Déclaration de l'Assemblée Générale de l'ONU du 27 juin 2001, au sein de laquelle j'ai eu l'occasion de représenter la Belgique, a pris la dimension d'une mobilisation mondiale.

Ma volonté a été et reste de poursuivre, voire d'intensifier les actions de prévention qui sont de la compétence de la Communauté française. Dans le même mouvement, il importe, au regard des expériences passées et de leur fécondité, de maintenir un cadre de travail préventif qui allie la rigueur de l'expertise et de l'évaluation avec la créativité et la mobilisation renouvelée des acteurs de prévention et de la population elle-même. La lutte contre l'épidémie du sida est loin d'être terminée. Elle doit rester une priorité dans le champ de la promotion de la santé en Communauté française.

Cette déclaration formule de manière synthétique et prospective le cadre général de notre politique communautaire, qui s'appuie largement sur les lignes directrices du Plan Communautaire de prévention du sida, telles que celles-ci ont été élaborées en étroite concertation avec les acteurs de terrain. En même temps, dans la mesure où c'est bien le rôle attendu du politique, des perspectives doivent être dégagées pour intégrer le plan de prévention du sida dans le cadre d'une politique communautaire plus large de promotion de la santé, d'une part, mais aussi pour rejoindre en Communauté française les recommandations de l'ONU.

Au niveau communautaire, il est essentiel, après quinze ans de lutte, de penser à une intégration progressive du sida dans le champ

de la santé en général. Mais il faut à tout prix éviter la dilution de la problématique ou la démobilité des acteurs. C'est un défi essentiel pour les années à venir, qui nécessitera d'agir sans précipitation, en privilégiant l'expérience concrète plutôt que les grands principes abstraits.

Au niveau international, et pour la première fois depuis l'apparition de l'épidémie, c'est au niveau de la plus haute instance qu'un cri d'alarme a été prononcé. Nous avons le devoir d'en tenir compte et de veiller à ce que nos actions soient cohérentes avec les engagements politiques de la Belgique à l'ONU. La Déclaration de l'ONU nous oblige à réviser notre manière de penser et d'agir, pour tenir compte de la dimension mondiale de l'épidémie et des inégalités criantes face au risque. Nos savoirs et nos acquis doivent servir à d'autres pays. Les connaissances des pays en voie de développement sont à leur tour importantes puisque ces pays témoignent d'une capacité impressionnante de développer des programmes modestes et efficaces.

Nous sommes aujourd'hui arrivés à un tournant difficile. Le sida est apparu il y a vingt ans. L'épidémie continue tout en se modifiant. Il convient d'en prendre la mesure en maintenant ouvert l'espace d'une réflexion continue au sujet des actions à soutenir.

Ce plan s'articule autour de quelques grandes lignes qui sont complémentaires. C'est à partir de ce plan qu'il convient de penser l'intégration progressive de la lutte contre le sida, tant au niveau communautaire qu'au niveau national et international.

Un plan communautaire intégré

Promouvoir des attitudes et des actions anti-discriminatoires

Une politique de prévention efficace doit être profondément articulée à la promotion concrète d'attitudes non discriminatoires. Il est donc essentiel de rester très attentifs à la dimension sociale de l'épidémie et à la nécessité d'une solidarité à l'égard des personnes atteintes. Une campagne annuelle de solidarité reste ainsi un objectif majeur.

Le premier décembre est, depuis plusieurs années, le moment clé d'un ensemble

d'actions à l'intention des personnes séropositives ou malades du sida. Je pense qu'au-delà du soutien manifesté lors du premier décembre, il est essentiel que l'ensemble de la population et des institutions reste sensibilisé et informé au sujet de l'importance d'un accueil des personnes atteintes qui soit sans crainte et sans exclusion. Ainsi, la Communauté française a-t-elle tenu à soutenir la campagne du premier décembre 2001, tout en veillant aussi à appuyer dans le long terme des actions de solidarité concrètes à l'égard des personnes atteintes. Le travail nécessite le recueil et l'analyse rigoureuse des situations concrètes de discrimination.

Impliquer les personnes atteintes par le VIH dans le processus de prévention

Grâce aux progrès thérapeutiques dans le traitement du VIH (multithérapies), on meurt moins qu'avant du sida en Belgique. Cela signifie aussi que le nombre de personnes infectées dont la maladie est sous contrôle est en augmentation (prévalence). La diminution du taux de mortalité et l'amélioration connexe des conditions de vie, notamment sur le plan affectif et sexuel, rendent indispensable un travail de prévention en concertation étroite avec les personnes atteintes elles-mêmes, tant en ce qui concerne leur propre santé qu'en ce qui concerne le souci de réduire le nombre des nouvelles infections. Le travail de prévention est ainsi étroitement lié à l'accès à des traitements de qualité qui, favorisant une diminution de la charge virale, permettent de réduire le risque de transmission.

La répartition des compétences en matière de santé dans la Belgique fédérée est sans doute un frein par rapport à une politique bien intégrée. La concrétisation de cet objectif doit donc passer par un accord entre les différents niveaux de compétences afin d'assurer la cohérence d'un dispositif global qui allie les aspects préventifs et les aspects curatifs.

L'implication des personnes atteintes comporte plusieurs niveaux d'ores et déjà mis en œuvre en Communauté française, qu'il s'agisse de la lutte contre les discriminations, de l'offre de services d'entraide ou encore de

obtenue au 071-20 55 05 ou à l'adresse scom@awiph.be.

Les candidatures sont à envoyer à l'AWIPH, Service Communication, rue de la Riveline 21, 6061 Charleroi avant le 25 février. Le CV précisera si le candidat est lauréat d'un concours organisé par le SELOR et sera accompagné de tout document utile (attestation, diplôme,...).

LA Santé de l'homme

n° 354 - juillet-août 2001

Nutrition

La collation en maternelle: vers un guide des bonnes pratiques, Marie-Christine Bastien

International

Vers un vieillissement en santé, Diana Smith

Santé à l'école

Bien-être des adolescents: se former pour agir, François Alias

Cinésanté

Billy Elliot, Michel Condé, Alain Douiller

Dossier - Sport et loisirs: prévenir les accidents

Editorial, François Baudier, Bertrand Chevallier

Modèle d'intervention en santé publique et cadre épidémiologique

Prévention des traumatismes: une approche pour améliorer la sécurité des populations, Pierre, Maurice, Michel Lavoie, Monique Rainville

Epidémiologie des accidents de sports et de loisirs chez les enfants et les adolescents, Bertrand Thélot, Jean-Pierre Darlot, Marc Nectaux, Hubert Isnard

L'activité physique des jeunes de 12 à 25 ans, Philippe Guilbert, Marie Choquet

Dernière minute

La campagne de vaccination contre la méningite C démarre prochainement

Comme pour d'autres vaccinations de l'enfance, la Communauté française Wallonie-Bruxelles sera le maître d'œuvre d'une importante campagne de vaccination contre la méningite C, maladie aux conséquences parfois fatales dont l'incidence est en augmentation dans notre pays.

200.000 doses de vaccin ont été commandées au fabricant. Ce vaccin sera mis gratuitement à la disposition des vaccinoteurs habituels de la Communauté française, à savoir l'ONE, l'Inspection médicale scolaire et les pédiatres. Dans un premier temps, la vaccination sera proposée aux enfants âgés de 1 à 5 ans.

Ainsi, la protection d'un maximum d'enfants dans les tranches d'âge les plus exposées pourra être atteinte beaucoup plus rapidement qu'en l'absence de concertation.

Pour les enfants de 1 à 2 ans, la vaccination débutera dès le mois prochain. Les parents seront informés de façon détaillée de la procédure à suivre pendant ce mois de février.

La campagne fera l'objet d'une promotion importante (spots audiovisuels, dépliants, courriers).

D'après un communiqué de la Ministre de la Santé.

Information, communication et réglementation

Freins et stratégies à développer pour une prévention passive efficace: l'exemple du roller, Hélène Bourdossol

Les campagnes de prévention des accidents de sports, Michel Dépinoy

Le réseau d'épidémiologie de Médecins de montagne et la prévention des accidents de sports d'hiver, Marc-Hervé Binet, Jean-Dominique Laporte

Dos, ados et sport: des relations ambiguës, Isabelle Lagrut, Alain Douiller

La CSC et la prévention des risques liés aux activités de sports et de loisirs, Pierre Le Guérinel

Action communautaire

Intérêts et difficultés de l'approche communautaire dans la prévention des accidents, Bertrand Chevallier, Marc Sznajder

Organiser le partage de l'espace public, entretien avec Adeline Lemen

Le vélo en toute sécurité. Mais comment?, Céline Farley

Pour en savoir plus

Education du patient

La création d'un réseau hôpitaux-éducation pour la santé. Un partenariat original en Basse-Normandie, Nathalie Lesplingard, Jean-Luc Veret

éducation santé POUR MEUX VIVRE

LA Santé de l'homme

Sport et loisirs : prévenir les accidents

Cinésanté
Danse Billy, danse!

Basse-Normandie
Des habitats promoteurs de santé

Sea, santé and sun...

354

JULIET-AOÛT 2001 - 39 F

CEES 77

Environnement

Soleil, mer et santé..., Denis Dangaix

Lectures - vidéo

L'abonnement à La Santé de l'Homme (6 numéros par an) est de 33.53 € pour la Belgique. Prix au numéro: 5.94 €.

Pour tout renseignement: La Santé de l'Homme, Comité français d'éducation pour la santé, 2 rue Auguste Comte, BP51, F-92174 Vanves cedex, tél. 1 41 33 33 33, fax 1 41 33 33 90.

Epilepsie

Bruxelles
26 février 2002

Conférence-débat sur le thème "L'épilepsie, le patient et son médecin", organisée par la Ligue francophone belge contre l'épilepsie.
Lieu: avenue Albert 135, 1190 Bruxelles (20h15).

Inscription souhaitée (2,5 €).
Renseignement: Ligue francophone belge contre l'épilepsie, tél. 02-344 32 63.

Femme

Bruxelles
28 février 2002

Journée d'étude *Mon corps à moi, toujours en émoi. Après la cinquantaine, être femme*, organisée par Vie Féminine.

Quelques thèmes:

- Etre femme et habiter son corps, vieillir et aimer, quels rêves, quels tabous?
- Approche de la sexualité dans la Bible.
- Approche du corps dans la société arabo-musulmane.
- Est-ce que les émotions nous fabriquent?
- Les sexualités après 50 ans.
- Echec du couple: des deuils à faire.
- Danses orientales, une relation particulière au corps.
- Discours et symbolique du corps dans le Coran.

Lieu: Centre Jacques Brel, rue de la Sablonnière 30, 1000 Bruxelles.
P.A.F.: membre Vie Féminine 6 €, non membre 15 €.

Inscriptions avant le 18 février auprès de Monique Collie, Vie Féminine, rue de la Poste 111, 1030 Bruxelles. Tél. 02-227 13 04. Fax 02-223 04 42.

Promotion de la santé - formation

Bruxelles
14 et 26 mars, 18 et 25 avril 2002

Formation *Concepts, climats et projets en promotion de la santé*, organisée par l'ASBL Repères, en collaboration avec le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles.

Objectifs de la formation: aider les relais professionnels à se familiariser avec les concepts de promotion de la santé; à élaborer et mettre en place des projets en promotion de la santé pour et avec les personnes ou les collectivités qu'ils côtoient dans le cadre de leurs activités professionnelles; à repérer des "climats institutionnels" propices à l'amélioration de la qualité de vie et de la santé de ces personnes.

Durée de la formation: 4 journées de 9h30 à 16h30.

Lieu: CLPS de Bruxelles, avenue Emile De Béco 67, 1050 Bruxelles.
Formateurs: Anita Misrachi et Pascal Kayaert.
Coût: 49,58 € par personne pour les quatre jours.

Renseignements et inscriptions au secrétaire de l'ASBL Repères: 010-45 73 31 (tous les matins).

Santé au travail

Bruxelles
25 mars 2002

12e journée de formation et de rencontre de l'Association francophone des Infirmiers de Santé au travail en Belgique (AFISTEB).

Lieu: Unilever Belgium

Renseignements: AFISTEB, Madame Josette Moresi, Usine de Chertal, 4683 Vivegnis (Liège). Tél. 04-236 85 30. Fax: 04-236 84 55. Mél: josette.moresi@cockerill-sambre.com

Changement d'adresse

Le Centre local de promotion de la santé de Mons-Soignies a déménagé. Voici sa nouvelle adresse: rue de la Loi 30, 7100 La Louvière. Les numéros de téléphone et de fax sont inchangés. Nouvelle adresse de courrier électronique: clpsmonsoignies@hotmail.com

Nouveau site internet

Le Centre liégeois de promotion de la santé propose un nouveau site à l'adresse www.clps.be. Vous pourrez y découvrir:

- ses missions et comment le contacter;
- ses services (centre de documentation, dernier numéro de son bimestriel d'information, répertoire des adresses utiles, calendrier des séances d'information et de formation, aide méthodologique);
- ce qu'est la promotion de la santé et quelles structures existent en Communauté Wallonie-Bruxelles;
- des liens vers d'autres sites de promotion de la santé.

Par ailleurs, l'adresse électronique change. Contactez-le dès à présent à: promotion.santé@clps.be, ou pour contacter un des membres de l'équipe, tapez son nom.prenom@clps.be

Emploi - demande

Docteur en communication avec MSc in Medical Anthropology (y compris formation en observation participante) et BSc (Hons) in Psychology, tous obtenus au Royaume-Uni, totalement bilingue (traductrice qualifiée, membre de l'IoL de Londres), spécialiste de la réception des narratifs de santé/maladie à la télévision (ex. Urgences), cherche poste qui lui permette de continuer sa ligne de recherche.

Solange Davin, Flat 1/L, 15 Eskdale Street, Glasgow G42 8UD, Ecosse.
Tél./fax: 00 44 141 433 9099.
Mél: 106074.2052@compuserve.com

Emploi - offres

L'Observatoire de la Santé du Hainaut recrute un(e) spécialiste en éducation pour la santé.

Responsabilités: chef de secteur Education pour la santé

- production d'outils d'éducation pour la santé;
- animation et supervision d'une équipe d'éducateurs;
- participation à la gestion de l'Observatoire.

Profil:

- licencié en éducation pour la santé ou diplôme universitaire équivalent;
- expérience de 5 ans en éducation pour la santé.

Lieu de travail: Domaine provincial du Bois d'Havré (près de Mons) - accès aisé.

Statut:

- barème fonction publique - chef de secteur;
- statut d'intérim (remplacement congé de longue durée).

Les personnes intéressées sont invitées à adresser une lettre de motivation et leur curriculum vitae complet à l'adresse suivante: Observatoire de la santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré. Mél: observatoire.sante@hainaut.be
Renseignements complémentaires: 065-87 96 00 (Luc Berghmans ou Michel Demarteau).

L'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH), située à Charleroi, recherche pour l'élaboration et la mise en place d'une campagne de sensibilisation au handicap:

Un titulaire d'un diplôme d'études supérieures non universitaires formé aux matières sociales.

Profil souhaité:

- expérience de trois ans dans le domaine du handicap et de l'intégration sociale;
- qualités d'écoute et d'expression;
- facilité dans les contacts humains;
- qualités d'organisation, de gestion et coordination;
- capacité de prendre des initiatives;
- avoir le permis B et un véhicule;
- connaissance des outils informatiques de base (Word, Excel, Access).

Présenter un handicap peut être un atout pour cette fonction.

Il s'agit d'un contrat à durée déterminée (selon le contrat de gestion de l'AWIPH).

Une description de la fonction peut être

l'information au sujet des traitements et des services de soins adéquats. Plus spécialement, dans le cadre des campagnes destinées au public général, il est essentiel de consulter systématiquement les personnes atteintes pour éviter les effets potentiellement stigmatisants des messages diffusés.

Il n'est pas simple d'articuler la perspective curative et la démarche préventive. Notre volonté est aujourd'hui d'inviter l'ensemble des acteurs à réfléchir de manière approfondie à cette articulation. L'expérience des centres médicaux spécialisés est importante. Il faut en même temps développer des méthodes concrètes qui permettent l'échange des informations, la récolte et le traitement des données précieuses qui concernent le mode de vie des patients, leur confrontation au risque, l'évolution de leur perception de la maladie, etc. Ma volonté est de soutenir le développement de cette récolte en collaboration étroite avec l'Observatoire socio-épidémiologique du Sida et des Sexualités et les différents acteurs concernés. La concertation n'est pas une tâche facile mais chacun sait qu'elle est indispensable.

Depuis que j'ai la charge de cette matière, j'ai acquis la conviction que les divers acteurs de la lutte contre le sida sont de longue date engagés dans cette voie. Les moyens de notre Communauté sont limités. Il est donc important de gérer les fonds publics avec discernement, en écoutant attentivement les avis des organes consultatifs et des commissions d'avis qui ont été mis en place.

Il convient aussi de ne pas se contenter d'octroyer des subventions. Le rôle du politique est de soutenir concrètement des modalités de travail cohérentes, dynamiques et coordonnées. L'objectif n'est pas de faire en sorte que s'établisse un consensus ronronnant dans le champ. Au contraire, il me semble important de prendre en considération la richesse des approches différentes.

En même temps, il faut se tenir à l'écart de toute dispersion des efforts. Mon souci est aujourd'hui de favoriser et de renforcer la coopération structurée entre les différents acteurs en les invitant à garder leurs spécificités tout en faisant de leur capacité à coopérer un des critères centraux d'évaluation. Il convient pour cela d'offrir un cadre structuré de coopération qui s'intègre dans un plan communautaire de promotion de la santé. C'est un des objectifs majeurs de ma politique pour l'année à venir: prendre en considération la nécessité d'un travail d'intégration et de concertation. Ce travail sera mené en collaboration étroite avec les personnes engagées de longue date dans la lutte contre l'épidémie.



Garantir dans le long terme des actions de prévention de qualité en direction des publics les plus vulnérables

Au regard des données épidémiologiques et d'une analyse sérieuse des vulnérabilités, certains publics doivent continuer à bénéficier d'actions de prévention spécifiques. On pense particulièrement aux personnes vivant avec le VIH, aux couples sérodifférents, aux femmes séropositives qui souhaitent un enfant. On pense encore de manière plus générale à toutes les femmes qui, au niveau mondial, ont montré qu'elles étaient plus vulnérables face à l'épidémie du sida. Les personnes homosexuelles, les migrants, les usagers de drogues, les personnes victimes de diverses formes d'exclusion sociale, etc., doivent rester des publics prioritaires envers lesquels des actions et des messages particuliers et adaptés doivent être maintenus. En même temps, une attention vigilante doit être accordée à de nouvelles formes de vulnérabilité. Enfin, le maintien d'un travail de prévention à long terme nécessite de soutenir des projets de manière récurrente.

Il est important de gérer les fonds publics avec discernement, en écoutant attentivement les avis des organes consultatifs et des commissions d'avis qui ont été mis en place.

En Communauté française, plusieurs organismes thématiques poursuivent de longue date un travail de prévention spécifique auprès de certains publics. Je tiens à ce que leur rôle soit maintenu tout en insistant sur l'importance de tenir compte du caractère très évolutif de l'épidémie qui change progressivement de visage, s'attaquant, par exemple, de plus en plus aux femmes ou aux personnes socialement vulnérables.

Il faudra tenir compte de cette évolution et soutenir des programmes transversaux qui dépassent les frontières des "groupes-cibles" traditionnels.

Il faudra aussi veiller à ce que les campagnes générales prennent en considération ces vulnérabilités particulières et leurs évolutions.

Maintenir et développer l'accessibilité à un dépistage éclairé

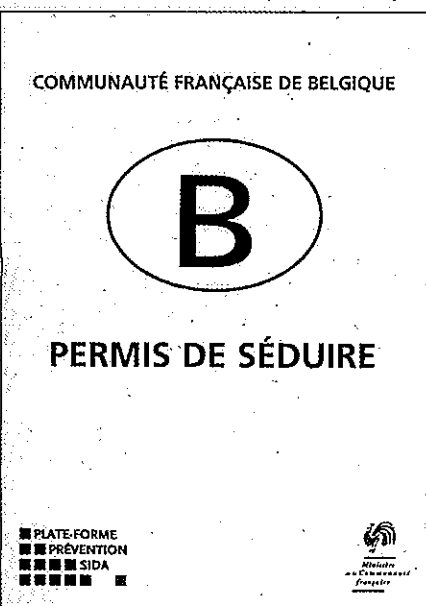
Le dépistage s'intègre dans une politique de prévention cohérente. C'est pourquoi le dépistage doit être éclairé, confidentiel et accessible. Il convient, dans une logique de santé publique rigoureuse, qu'il soit particulièrement disponible pour les plus vulnérables. Le dépistage sérieux est l'occasion d'un dialogue à propos du risque du sida. C'est une des raisons pour lesquelles un dépistage non respectueux de la déontologie médicale ou des droits de l'homme est à la fois inacceptable d'un point de vue éthique et contre-productif du point de vue de la santé publique. Des formations à l'intention des professionnels doivent continuer à être assurées à ce sujet.

Cette question est particulièrement cruciale. A cet égard, le travail de concertation doit être poursuivi et intensifié de manière à permettre aux personnes les plus vulnérables l'accès au dépistage et aux soins. Il convient cependant de se tenir à l'écart de toute injonction trop générale en matière de dépistage sans en mesurer préalablement les éventuels effets contre-productifs, que ce soit au niveau social ou au niveau financier.

J'ai décidé de soutenir la réflexion des acteurs au sujet des modalités les plus fécondes de promotion du dépistage, afin de concevoir rapidement avec eux une stratégie adaptée à l'évolution thérapeutique et épidémiologique.

Maintenir des programmes de prévention et d'information à l'attention du public général, en incluant des thématiques et des publics spécifiques parmi lesquels les professionnels de la santé eux-mêmes

Il est très important de maintenir la question du sida à l'ordre du jour, surtout au moment où une certaine banalisation menace l'effort de prévention. Dans un souci d'intégration progressive de la question du sida dans le champ de la promotion de la santé, il est important aussi que les campagnes de prévention ne négligent pas d'autres risques de maladies sexuellement transmissibles. L'ensemble de ces préoccupations doit à son tour prendre en considération la dimension sexuelle et affective des personnes.



La banalisation ou la diminution de l'intérêt face au sida est un fait. C'est la raison pour laquelle j'ai insisté sur la nécessité de mettre en place de nouvelles campagnes qui soient à la fois novatrices et sans détours. La campagne du premier décembre 2001, réalisée avec la complicité de Janin et Liberski, allie l'humour et le sérieux, la rigueur et l'impertinence. Elle vise à raviver l'intérêt du public général en renouvelant aussi le mode de communication. L'emploi du préservatif reste une préoccupation majeure. Il est essentiel de ne pas abandonner sa promotion.

La Plate-Forme Prévention Sida a obtenu un soutien des services du Gouvernement de la Communauté. Elle travaille aujourd'hui en étroite concertation avec les acteurs de terrain, avec l'administration compétente ainsi qu'avec mon cabinet pour élaborer des campagnes et remobiliser le public.

En même temps, il est important de reprendre conscience que la sexualité humaine n'est heureusement pas réduite à un espace de pure technique. C'est avant tout un espace relationnel dans lequel se joue la question de la reconnaissance et du plaisir. Il me semble que la prévention doit être soucieuse de cette dimension. Le permis de séduire que la Plate-Forme Prévention Sida a réalisé en juillet de cette année s'inscrit dans cette perspective. Il a obtenu un succès qui dépasse toutes les espérances. C'est la raison pour laquelle il sera à nouveau réimprimé et rediffusé pour devenir un véritable support dans la relation érotique, laquelle ne peut être réduite à un espace d'interdiction ou de prudence. A court terme, la Communauté française investira dans des programmes d'action "vie sexuelle et affective" particulièrement destinés au public jeune. La question du sida doit aussi être intégrée dans une approche globale de la vie sexuelle et affective, dont elle est une des facettes. On ne peut découper les relations sexuelles en actes techniques sans aborder de manière positive les relations affectives et amoureuses.

Étudier en continu l'évolution de l'épidémie du sida sous l'angle socio-épidémiologique

Un travail de prévention efficace ne peut pas faire l'économie d'une connaissance approfondie et actualisée des publics concernés et de l'évolution de leur attitude face au sida. La centralisation, le traitement et l'accessibilité des données existantes doivent donc être assurés dans le cadre d'un travail d'observation socio-épidémiologique sérieux et mené en collaboration avec les acteurs de prévention. J'ai tenu à mettre en place un Observatoire du Sida et des Sexualités qui prenne en charge cette tâche. Celui-ci travaille depuis un an. La conférence organisée sous sa responsabilité durant la journée du premier décembre s'inscrit très précisément dans

cette orientation de rigueur et d'expertise: en faisant le bilan de vingt ans de lutte et en essayant de dégager des perspectives, il s'agit pour l'Observatoire de fournir à l'action le soutien d'informations épidémiologiques et sociales pertinentes au sujet de l'évolution constante de l'épidémie.

Il faudra aussi veiller à ce que les campagnes générales prennent en considération les vulnérabilités particulières et leurs évolutions.

Soutenir l'échange de compétences et d'expériences avec les régions les plus touchées par l'épidémie

L'épidémie du sida a pu, dans une certaine mesure, être maîtrisée dans les pays industrialisés. Par contre, elle touche de plein fouet certaines régions du monde. Il est incontournable, sur le plan de la solidarité et de la prévention, et dans une société caractérisée par la mobilité des personnes, d'échanger les enseignements et les expériences de lutte contre l'épidémie en évitant toute forme de paternalisme.

La session extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'ONU de juin 2001 a été l'occasion de rencontres très fructueuses sur le plan international. La Communauté française a un rôle à jouer dans l'échange d'expériences. J'ai établi des contacts avec des pays avec lesquels des accords de coopération sont déjà en cours. Le rôle des associations et de la société civile est particulièrement crucial. C'est la raison pour laquelle la collaboration avec le Service "Latitudes" du Service Social des Etrangers est aujourd'hui poursuivie et intensifiée, pour permettre le transfert réciproque de compétences et d'information du sud et du nord. Le colloque du premier décembre a été aussi l'occasion pour ce service de mettre en évidence le rôle et les actions concrètes de la Communauté française.

Conserver les acquis dans le domaine de la prévention du sida sur le plan des connaissances, des stratégies et sur le plan éthique

Quinze ans de lutte contre l'épidémie ont permis d'enregistrer un savoir important dans le domaine de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des personnes atteintes. Il convient d'assurer la conservation, la transmission et l'intégration de ces acquis dans le champ plus large de la santé. La réduction des inégalités face au risque du sida, l'importance de la solidarité, l'absence de

LUFIN A., CASPERS E., DE BOCK C., La promotion de la santé à l'école. Le programme REES, n°158, 04/2001, pp.1-7
BOUTTIN V., ANDRIEN M., Locales. 21 communes pour un 21e siècle en santé, n°158, 04/2001, pp.12-14
HALBARDIER V., ANDRIEN M., RIFFON A., Les fruits de la formation, n°160, 06/2001, pp.9-10
TAEYMANS B., Vers des politiques communales de santé. Deuxième rencontre, n°163, 10/2001, p.14
DE BOCK C., Impressions parisiennes, n°163, 10/2001, pp.15-16
Dans les coulisses de l'Observatoire de santé du Hainaut, n°164, 11/2001, p.7
PIRARD A.M., Petit guide d'évaluation en promotion de la santé, n°164, 11/2001, p.15
Santé
DE BOCK C., TREFOIS P., Des chiffres, des lettres et des banalités, n°155, 01/2001, p.5
Les lauréats 2000 du Fonds Johnson & Johnson pour la santé, n°155, 01/2001, p.7
MOUCHET P., Promotion du don d'organes: bilan de campagne, n°156, 02/2001, pp.15-17
12 mai: journée internationale de la fibromyalgie, n°159, 05/2001, p.10
PIRARD A.M., Croiser savoirs 'savants' et 'profanes', n°164, 11/2001, p.14
POUCET T., La Nouvelle encyclopédie de bioéthique, n°165, 12/2001, p.15
Ma santé, ma famille, n°165, 12/2001, p.16
Santé communautaire
DELVOYE J.M., Mobilisation sur le territoire de Seraing. Le programme de santé communautaire de Seraing, n°159, 05/2001, pp.1-4
LEVA C., Quelle collaboration avec le Centre liégeois de promotion de la santé?, n°159, 05/2001, p.5
Santé, observation, partenariat: enjeux et perspectives, n°161, 08/2001, p.7
Santé mentale
TAEYMANS B., Le suicide, n°156, 02/2001, p.1
TAEYMANS B., Le centre de prévention du suicide, n°156, 02/2001, pp.2-3
TAEYMANS B., La prévention du suicide et la Province de Liège, n°156, 02/2001, pp.3-4
TAEYMANS B., THOMAS N., VAN TICHELEN B., Support social et suicide, n°156, 02/2001, pp.4-5
DANHAIVE J., D-CLIC: un nouveau service est né, n°156, 02/2001, p.10
La santé mentale en 2001. L'OMS à la recherche de solutions, n°157, 03/2001, p.12
GRIGNARD S., Construire la résilience, n°160, 06/2001, pp.17-18
TAEYMANS B., Dossier santé mentale et promotion de la santé, n°162, 09/2001, pp.1-4
Plein la tête. Un jeu pour réfléchir et parler de santé mentale, n°162, 09/2001, pp.13-14
Santé mentale: à la rencontre de l'autre, n°163, 10/2001, pp.11-12
Suicide, adolescents et milieu scolaire, n°164, 11/2001, p.14
Santé publique
DARIO Y., Outil de choix pour Charleroi. Un céderom pour cerner la situation socio-démographique et socio-sanitaire des arrondissements de Charleroi et de Thuin, n°160, 06/2001, p.14

TAEYMANS B., et al., Santé publique, du biopouvoir à la démocratie. Une invitation à débattre, n°161, 08/2001, pp.8-11
DE BOCK C., Renforcement ou dilution des normes? (in: Santé publique, du biopouvoir à la démocratie. Une invitation à débattre), n°161, 08/2001, pp.8-11
JAVEAU C., Biopouvoir et liberté(s) (in: Santé publique, du biopouvoir à la démocratie. Une invitation à débattre), n°161, 08/2001, pp.8-11
DESPRETS V., Invitation à la 'récalcitrance' (in: Santé publique, du biopouvoir à la démocratie. Une invitation à débattre), n°161, 08/2001, pp.8-11
LEGGOS C., Plaidoyer pour un apprentissage de l'autonomie et de la citoyenneté à l'école (in: Santé publique, du biopouvoir à la démocratie. Une invitation à débattre), n°161, 08/2001, pp.8-11
GILLET P., Santé publique contre inégalités sociales (in: Santé publique, du biopouvoir à la démocratie. Une invitation à débattre), n°161, 08/2001, pp.8-11
BERGHMANS L., Pour une expertise de qualité au service de la démocratie (in: Santé publique, du biopouvoir à la démocratie. Une invitation à débattre), n°161, 08/2001, pp.8-11
HOFFMAN A., Pour une meilleure collaboration entre santé publique et soins de santé primaire (in: Santé publique, du biopouvoir à la démocratie. Une invitation à débattre), n°161, 08/2001, pp.8-11
Quelles priorités en santé publique pour l'Union européenne?, n°165, 12/2001, p.11
PETTIAUX M., Vache folle et tabagisme. Décisions publiques et décisions privées, n°165, 12/2001, pp.13-14
Secourisme
'Et lui sauver la vie, tu sais faire?', n°165, 12/2001, p.12
Sécurité routière
Les jeunes et la sécurité routière. Pour des jeunes citoyens responsables au volant, n°156, 02/2001, pp.5-8
TAEYMANS B., LEONARD C., AVALOSSE H., Roulez futés, roulez casqués! Un programme pour promouvoir le port du casque vélo, n°164, 11/2001, pp.3-5
Sexualité
DELVILLE J., MERCIER M., MERLIN C., Des femmes et des hommes. Programme d'éducation affective, relationnelle et sexuelle destiné aux personnes déficientes mentales, n°157, 03/2001, pp.9-11
HERNANDEZ D., Tom et Pedro, Max et Jeanne, Chloé et Sarah et les autres. Une campagne de sensibilisation sur l'homosexualité à l'attention des jeunes de 16 à 22 ans, n°161, 08/2001, pp.1-4
PIRARD A.M., Les Centres de planning et consultation wallons en première ligne, n°165, 12/2001, pp.10-11
De l'éveil à la sexualité à la prévention des abus sexuels, n°165, 12/2001, p.16
Sida
DE BOCK C., Sida: plus que jamais la prévention, n°155, 01/2001, p.6

Les capotes c'est pas fait pour les marmottes, n°155, 01/2001, p.14
LEVA C., MALEVE E., La plate-forme des associations liégeoises de prévention du sida, n°157, 03/2001, p.13
BACHY C., LALOUX M., Locales. Concert de musique africaine: une action participative..., n°159, 05/2001, p.11
HENKINBRANT J., De l'Assemblée générale de l'ONU sur le sida, n°162, 09/2001, p.9
HENKINBRANT J., Souvenirs de New-York, n°162, 09/2001, pp.9-11
Sport
Sport et dopage en Communauté française, n°159, 05/2001, pp.12-13
Décret relatif à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention en Communauté française, n°159, 05/2001, pp.13-15
Handicap: osons le sport avec l'Essor, n°160, 06/2001, p.15
La lutte contre le dopage harmonisée sur l'ensemble du territoire belge, n°164, 11/2001, p.8
BASTIN P., Un autre regard sur le dopage, n°164, 11/2001, pp.8-10
Tabagisme
LAMBERT M., VAN DEN BROUCKE S., La prévention du tabagisme vaut le coup, n°155, 01/2001, pp.11-12
JANSSEN B., Notre 'pari', parler du tabac et pouvoir en rire..., n°156, 02/2001, pp.14-15
Tabagisme: pas de diminution notable depuis une dizaine d'années, n°159, 05/2001, pp.6-7
PETTIAUX M., Le Réseau européen de prévention du tabagisme, n°159, 05/2001, pp.7-8
Appel à une action politique européenne - convention-cadre pour la lutte antitabac. Déclaration de la conférence de Sigtuna (Suède) 30-31 mars 2001, n°159, 05/2001, pp.7-8
PETTIAUX M., Une convention-cadre pour la lutte antitabac, n°159, 05/2001, pp.8-10
DE BOCK C., Fumer ou ne pas fumer, n°161, 08/2001, pp.4-5
Tabagisme passif ou passivité face au tabac?, n°161, 08/2001, pp.5-6
Les fabricants de cigarettes disent non au tabac, n°162, 09/2001, pp.11-12
RUSINGIZANDEKWE B., La vie, elle se respire... La prévention du tabagisme dans une approche globale de la santé, n°163, 10/2001, pp.12-14
PETTIAUX M., Une générosité rentable, n°164, 11/2001, p.10
PETTIAUX M., Vache folle et tabagisme. Décisions publiques et décisions privées, n°165, 12/2001, pp.13-14
Troisième âge
Vivre avec un parent âgé, n°161, 08/2001, p.7
MEERSMAN D., DELOBEL G., Ath: un groupe pluraliste au service des malades Alzheimer et leurs familles, n°163, 10/2001, pp.9-10
Vaccination
De nouveaux vaccins pour un nouveau millénaire, n°156, 02/2001, p.9

Certains de ces articles vous intéressent? Vous pouvez contacter Maryse Van Audenhaege par mél: education.sante@mc.be

Les antibiotiques, moins et mieux: une deuxième vague de sensibilisation

Médicament • maladie infectieuse

Les Belges sont prêts à consommer moins d'antibiotiques. Tel est le résultat positif de la campagne de sensibilisation menée l'an passé auprès du grand public et des professionnels de la santé. Pour renforcer ces résultats, une deuxième campagne est organisée fin 2001 - début 2002 avec, notamment, la diffusion d'un spot radio-TV et d'une brochure explicative.

75 % des Belges se disent prêts à consommer moins d'antibiotiques, 57 % des médecins ont personnellement évoqué la campagne auprès de leurs patients et une diminution moyenne mensuelle de 700.000 journées de traitement par antibiotiques a été constatée pour les mois de décembre à mars 2001. Tels sont les résultats, très encourageants, de la campagne de sensibilisation "Les antibiotiques, moins et mieux" menée à l'automne 2000 à l'initiative des ministres des affaires sociales et de la santé¹.

Toutefois, pour qu'une telle campagne ait un impact en profondeur et à long terme, il est nécessaire de relancer la sensibilisation et l'information. Les deux ministres concernés ont donc programmé une "deuxième" vague de cette campagne en novembre 2001. Celle-ci prend place dans le cadre des programmes d'information du grand public sur l'utilisation irrationnelle des antibiotiques lancés par l'OMS, l'Union européenne et tous les pays européens. Le 15 novembre 2001, le Conseil des ministres de la santé s'est d'ailleurs réuni afin d'examiner une proposition de recommandation sur l'utilisation prudente des antimicrobiens en médecine humaine.

Un programme européen

La première campagne avait pour objectifs de faire prendre conscience aux consommateurs de soins de santé de l'existence d'un problème d'antibiorésistance, de les inviter à utiliser les antibiotiques moins souvent et mieux et d'en discuter avec leur médecin et/ou leur pharmacien. Des moyens considérables avaient été mis au service de ces objectifs: diffusion de plus de 500.000 brochures dans les pharmacies, les cabinets des généralistes, des pédiatres, des ORL et des pneumologues, diffusion d'un spot radio-tv, ouverture de deux sites web (un francophone et un néerlandophone) pour le grand public et distribu-

tion de 200.000 dépliant par le biais des principaux organismes assureurs du pays. Aujourd'hui, 46 % de la population se souvient d'avoir entendu, vu ou lu quelque chose en rapport avec ces conseils.

La comparaison des retombées de cette campagne² et des résultats d'une enquête qui l'avait précédée, indique que 36 % des médecins semblent prescrire moins d'antibiotiques. Parallèlement, un pourcentage significatif de personnes résidant en Belgique n'attendent plus que le médecin leur fasse automatiquement une prescription pour un refroidissement, un mal de gorge, une fièvre, une bronchite... Ainsi, par exemple, l'attente de prescription d'un antibiotique en cas de grippe passe de 49% des personnes interrogées avant la campagne à 30% après.

Une brochure pour tous

L'analyse des résultats de la campagne de sensibilisation a mis une nouvelle fois en évidence la grande confiance de la population envers les médecins traitants: moins de 5 % des personnes interrogées déclarent vouloir changer de praticien en cas de refus de prescription d'antibiotiques. De nombreux praticiens (42% de l'échantillon) estiment que la campagne les a aidés à faire accepter aux patients le fait qu'ils ne leur prescrivent pas d'antibiotiques. Reste que près d'un tiers des médecins déclarent encore que la campagne ne sert qu'à faire épargner de l'argent à l'Etat! Reste aussi que certains points de la campagne sont mal compris: on constate une évolution négative du nombre de personnes s'attendant à une prescription d'antibiotiques en cas de méningite. Là, des précisions doivent être apportées compte tenu de l'évolution rapidement mortelle d'une méningite bactérienne. La nouvelle version de la brochure tient compte de cette donnée. Une deuxième vague de sensibilisation et d'information s'imposait donc. Comme l'an passé, elle s'adresse parallèlement au grand public et aux professionnels de la santé. Une brochure claire, articulée sur sept questions fréquemment posées et sept réponses précises, est distribuée au grand public: Qu'est-ce qu'une infection? Les infections guérissent-elles spontanément? Les antibiotiques permettent-ils de guérir plus vite? Comment les

L'après-midi, deux ateliers étaient consacrés au concept de 'vulnérabilité' et à la solidarité avec les pays en développement.

La vulnérabilité: un concept "bateau" ou un outil précieux?

Une mise en contexte théorique a été présentée par François Delor. A partir de là, les organismes de prévention du sida à l'attention de publics spécifiques² ont tenté d'aborder le concept de vulnérabilité de manière critique et ont mis en évidence les caractéristiques transversales de leurs actions respectives. Il apparaît essentiel d'adapter les actions de proximité aux évolutions de l'épidémie du sida. Ainsi, les critères de vulnérabilité doivent faire l'objet d'une réflexion en continu. Le langage utilisé pour s'adresser aux différents publics doit aussi faire l'objet d'une adaptation constante. Les questions de citoyenneté et de participation communautaire ont également été abordées, tant pour évoquer la richesse de ces approches que les limites qu'elles présentent.

Le Centre Elisa a présenté les résultats préliminaires d'une recherche réalisée en partenariat avec l'Observatoire socio-épidémiologique du sida et des sexualités. Cette présentation a mis en évidence les enjeux relatifs au dépistage du VIH dans un contexte de recrudescence de l'épidémie et de banalisation du sida.

La solidarité avec les pays en développement

L'atelier consacré à la solidarité avec les pays en développement a réuni des représentants du monde politique, des chercheurs et des acteurs de prévention qui entretiennent des contacts avec certains pays en développement. Tout d'abord, un bilan de la situation épidémiologique en Afrique a été dressé. Plusieurs constats ont ensuite été formulés au sujet des conséquences de l'épidémie, non seulement en matière de santé mais aussi plus largement sur le plan socio-économique. Ces constats alarmants montrent que la concrétisation de la solidarité avec les pays particulièrement touchés revêt plus que jamais un caractère d'urgence. Une approche globale qui comprend des mesures sanitaires, des actions de prévention mais aussi des mesures économiques s'impose. La création d'un Fonds spécial, décidée lors de la session extraordinaire de l'ONU à New York en juin

2001, représente un espoir certain mais suscite aussi des inquiétudes en ce qui concerne la gestion de ce fonds. La Communauté française a des atouts non négligeables pour contribuer à la lutte contre le sida dans les pays les plus touchés.

Du rififi dans la prévention

A l'entrée du colloque, des représentants des Centres de référence sida de l'ULB, de l'UCL et de l'Ulg manifestaient publiquement leur refus de participer au colloque pour marquer leur désaccord par rapport à la politique de la Communauté française en matière de prévention du sida. Leur colère trouve son origine dans le fait qu'ils n'avaient pas reçu de subsides depuis le début 2001.

Sans nous prononcer sur le fond du problème, nous n'avons apprécié que médiocrement cette attitude revancharde et inélégante puisqu'ils n'avaient même pas prévenu les organisateurs de leur intention de boycotter une manifestation au cours de laquelle plusieurs interventions de leur part étaient prévues, ainsi que l'animation d'un atelier.

D'autre part, les Centres de référence paraissent ignorer que la Communauté française ne finance pas des équipes, mais des programmes, et que la pérennité du financement implique une remise en question de la qualité du travail effectué, que ce soit par les opérateurs eux-mêmes ou les bailleurs de fonds.

En tout cas, bravo à l'Observatoire d'avoir improvisé si vite et efficacement un 'complément de programme'!

Christian De Bock

Observatoire socio-épidémiologique du sida et des sexualités, Facultés universitaires Saint-Louis, Bd du Jardin botanique 43, 1000 Bruxelles
Tél. 02 211 79 10, Fax 02 211 79 95
Mél: observatoire@fusl.ac.be

2 - Modus Vivendi pour les usagers de drogue, Espace P pour les personnes prostituées, Latitudes pour les migrants, Signons l'Information Sida pour les personnes sourdes et malentendantes



Jean-Yves Carlier, professeur de droit à l'UCL, abordait quant à lui le problème de la discrimination des séropositifs et malades, rappelant que notre pays continue à imposer aux étudiants d'Afrique et d'Amérique du Sud demandeurs de visas un test de dépistage qui ne repose sur aucune base légale.

Le Dr Jacques, du projet Lama, abordant la question de la pourvoyance légale des drogues, se félicitait du très faible nombre de toxicomanes touchés par la maladie en Belgique, par rapport à d'autres pays européens. Il attribuait une bonne part de ce succès à une politique pragmatique de réduction des risques et de substitution à bas seuil beaucoup moins délétère selon lui que la prohibition.

Enfin, Thierry Martin, de la Plate-forme prévention sida, présentait la campagne de sensibilisation de fin d'année, en soulignant les objectifs principaux de la Plate-forme: maintenir le sida à l'ordre du jour au moment où une lassitude de l'opinion et un relâchement des comportements de protection sont observés; jouer à fond la solidarité avec les séropositifs, en impliquant davantage ceux-ci dans les projets de prévention; enfin, plaider pour une vision positive de la sexualité, ce qui n'est pas superflu après des années de messages préventifs centrés quasi exclusivement sur les risques de la vie sexuelle.

bactéries deviennent-elles résistantes aux antibiotiques? Les antibiotiques sont précieux, que pouvons-nous faire pour sauvegarder leur efficacité? Les enfants ont-ils plus besoin d'antibiotiques que les adultes? Que retenir?

Bonnes pratiques médicales

Pour les professionnels de la santé, des recommandations de bonne pratique médicale sont établies au sein d'équipes multidisciplinaires d'experts. Elles concernent une série d'affections pour lesquelles on prescrit souvent des antibiotiques. Ainsi, des recom-



mandations sur le mal de gorge et l'otite moyenne aiguë sont à la disposition des généralistes, des pédiatres, des ORL et des pneumologues, notamment sur le site web de l'INAMI. Suivront ensuite des recommandations pour la rhino-sinusite aiguë, la cystite chez la femme, la pneumonie, la bronchite aiguë et l'exacerbation de la bronchite chronique obstructive. Pour toutes ces recommandations, un document "grand public" est actuellement prévu pour aider les patients.

A.M.P.

Renseignements: Commission de coordination de la politique antibiotique, Docteur Bauraind, Cité administrative de l'Etat, Vésale 534, à 1010 Bruxelles.
Tél.: 02 - 210 47 99. Fax: 02 - 210 44 93.
Mél: isabelle.bauraind@health.fgov.be

1 - Voir Education Santé n° 155 de janvier 2001.
2 - L'impact de la campagne a été mesuré par une enquête face à face auprès d'un échantillon de 1015 personnes résidant en Belgique (réalisée entre le 28 février et le 8 mars 2001). Cette enquête grand public a été complétée par un entretien téléphonique avec 400 médecins généralistes, effectué entre le 18 avril et le 11 mai 2001.

La Communauté française de Belgique et le système d'information sanitaire

Santé publique • épidémiologie

savoirs et les savoir-faire qui étaient visés explicitement, les savoir-être en découlant assez naturellement et les savoir-devenir étant peu présents. La dimension de la citoyenneté, présente dans quelques projets, est un exemple de la prise en compte d'un savoir-devenir.

4. Dimension positive et humoristique.

L'éducation sanitaire moralisatrice a fait long feu. Le jury a donc apprécié l'humour, la gaieté et la recherche du bien-être, aspects pris en compte, à des niveaux divers, dans la plupart des projets.

5. Cohérence entre besoins, objectifs, stratégies et évaluation. Ici, c'est la structure du projet en lui-même qui était interrogée dans ses différentes composantes. Les participants ont souvent rencontré une difficulté à articuler l'évaluation aux autres composantes du projet.

la perspective d'une généralisation de l'approche. Souvent, l'adéquation des projets à ce critère a été facilitée par le fait qu'ils touchaient l'environnement de l'école (aménagement de la cour de récréation, mise en place de poubelles sélectives, etc.). En outre, plusieurs écoles ont eu le souci de communiquer au sujet du projet (notamment à l'occasion de la fancy-fair).

8. Implication des bénéficiaires. Gage de la pérennité et de l'appropriation, ce critère était bien sûr également important. Les en-

Boire des berlingots de jus de fruits, c'est bien. Mais que faire des emballages, sinon les jeter un peu partout. Facile, économique, décoratif. Hum! Peu d'élèves sont d'accord, et s'ils reconnaissent leurs responsabilités en la matière, ils ne se contentent pas de regrets, ni de constats.

En avant pour trier les débris, installer des poubelles de couleur (en fait, des seaux décorés par les enfants), collaborer avec des Intercommunales spécialisées en recyclage, etc. En route aussi pour une approche positive de l'environnement: décorer les locaux avec l'aide du fleuriste voisin, dessiner une fresque murale qui égayera l'accueil du matin, lutter contre les bagarres en créant de nouveaux espaces de jeu.

fants étaient les principaux bénéficiaires des projets et ils ont très souvent été impliqués dans leur mise en oeuvre. A partir de quel moment? Là c'est très variable. Les impliquer dès le début (analyse de la situation) serait souhaitable.

9. Durabilité du projet. Sortir de l'action ponctuelle et inscrire le changement dans la durée fut un des critères retenus. Souvent en effet, les actions en milieu scolaire ont une durée de vie limitée à l'année scolaire. Ce critère fut rencontré d'une façon très variable d'une école à l'autre et fut surtout difficile à évaluer: beaucoup de projets s'identifient à une seule année scolaire, mais peuvent très bien se reproduire d'année en année. Les actions aboutissant à des modifications de l'environnement scolaire pouvaient plus facilement mettre en avant leur durabilité.

10. Partenariats extérieurs. Les partenaires extérieurs à l'école peuvent apporter un plus tant au niveau de l'expertise que de l'expérience qu'ils ont déjà acquise. On a constaté une tendance à utiliser les partenaires de promotion de la santé que les participants connaissaient déjà. Certains partenariats originaux ont vu le jour (par exemple, avec une école de coiffure ou avec une maison de repos).

11. Participation des membres de la communauté scolaire. Associer un maximum d'acteurs de la communauté éducative favorisait aux yeux du jury la réussite du projet; dans l'ensemble, les participants ont essayé d'impliquer divers acteurs (parents, PMS, IMS, personnel d'entretien, etc.).

La santé, c'est aussi mettre la main au torchon. Telle cette classe secondaire qui a travaillé la notion d'hygiène en retroussant manches et serpillières pour nettoyer (et s'appropriant de ce fait) les toilettes qui, depuis, sont l'affaire de tous. Pas terrible pour l'image de soi, direz-vous? Qu'à cela ne tienne. Les mêmes élèves ont rendu visite à leurs voisins de l'école de coiffure pour se faire shampooiner, bichonner, mettre en plis et en beauté. Bien-être de disposer de sanitaires propres. Bien-être de se sentir belle et soignée...

12. Critères supplémentaires. Le jury a également tenu compte de différents critères supplémentaires, qui n'étaient pas applicables à tous les projets, mais qui accroissaient la qualité de certains d'entre eux: l'efficacité, (lorsqu'elle était démontrée, ce qui était assez rare), la souplesse des enseignants (lorsqu'ils avaient dû faire face à des obstacles inattendus), la production d'un matériel didactique original (même si l'originalité n'est pas une qualité en soi), etc.

Conclusions

Les critères définis ci-dessus ont permis au jury de se faire une bonne idée de la qualité des projets. La plupart des critères pouvaient être utilisés dans l'analyse des dossiers remis par les participants. Les membres du jury ont complété leur analyse par des questions posées aux représentants des écoles et aux enfants lors de la journée événement.

Outre la qualité des projets de promotion de la santé, *Gros plan sur mon école* a suscité une dynamique intéressante à l'intérieur des écoles. Il appartient à chacune d'elles, avec l'appui des acteurs locaux de la promotion de la santé, d'inscrire ces projets dans la durée.

Véronique Bouttin, coordinatrice du CLPS Mons Soignies, Michel Andrien, directeur du CERES (Université de Liège), André Lufin, chef de projet Service Education pour la santé Croix-Rouge

Adresse du CLPS Mons Soignies; rue de la Loi 30, 7100 La Louvière. Tél.: 064-84 25 25. Fax: 064-26 14 73.

Mél: clpsmonssoignies@hotmail.com.

Un constat

Après l'adoption par l'Assemblée Mondiale de la Santé, en mai 1977, de la fameuse résolution en faveur de "la santé pour tous" WHA30.43¹, les pays de la région européenne ont élaboré une stratégie de santé commune en 1980² et ils ont défini 38 objectifs régionaux en 1984³.

L'objectif régional n°35 proposait, dès ce moment, une définition politique du système d'information sanitaire que chacun des pays de la région s'était engagé à mettre rapidement en place: "Avant 1990, les Etats Membres devraient s'être dotés de systèmes d'information sanitaire pouvant soutenir leur stratégie nationale de 'La santé pour tous'. Ces systèmes d'information auront pour vocation de soutenir la planification, la surveillance continue et l'évaluation des actions du développement sanitaire et des services, l'évaluation des progrès réalisés aux niveaux national, régional et mondial en direction de 'La santé pour tous' et de diffuser des renseignements scientifiques pertinents; ils auront d'autre part pour tâche de rendre l'information sanitaire aisément accessible au public."

Force est de reconnaître qu'en Belgique cet objectif n'est toujours pas atteint. La situation actuelle, à tous les niveaux de pouvoir, se caractérise par la maîtrise insuffisante de nombreux éléments importants du système d'information sanitaire.

Il en résulte, en particulier,

- des manquements récurrents aux obligations nationales et internationales relatives à la collecte et au traitement des statistiques sanitaires (par exemple, dans le domaine de la déclaration des causes de décès ou de la déclaration des maladies transmissibles);
- une productivité faible du système et une exploitation limitée des informations disponibles en vue de la mise en oeuvre d'une politique de santé cohérente;
- d'importants besoins d'information non couverts, particulièrement dans le domaine des comportements de santé et des attentes de la population.

Ce diagnostic, forcément incomplet, gagnera à être précisé et documenté dans le cadre de la préparation et de la réalisation de la table ronde qui est envisagée sur le sujet.

Le défi à relever

Face à cette situation, le défi principal à relever est celui de la maîtrise d'un système d'information sanitaire cohérent et performant au sein du système global de santé.

Il s'agit de relever un défi dans la mesure où la situation actuelle, jugée insatisfaisante, remet en cause la nature, la pertinence et l'adéquation des politiques et des moyens mis en oeuvre dans le domaine de l'information sanitaire en Belgique et dans les entités fédérées.

Il s'agit d'affirmer un choix en faveur d'une approche qui prend en compte le système global de santé, c'est à dire l'ensemble des services (publics et privés), des acteurs (formels et informels), des politiques, des attitudes et des pratiques (explicites ou implicites), ainsi que des éléments du contexte socio-économique ou politique (identifiés ou non) qui, en interrelation plus ou moins visible, influent sur la santé des habitants. Le système d'information sanitaire peut alors être défini comme la partie du système global de santé, qui permet de fournir les données objectives, nécessaires à la prise de décision en santé et à l'évaluation des politiques, stratégies et tactiques, mises en oeuvre. Ce choix a pour conséquence d'imposer que la réflexion sur le système d'information sanitaire en Communauté française de Belgique soit conduite de manière intersectorielle, s'appuie sur la réunion des représentants de l'ensemble des acteurs en santé, transcende les clivages de compétences entre les divers niveaux de pouvoirs et prenne en compte les attentes internationales en la matière (Union Européenne et Région Européenne de l'OMS).

Il s'agit enfin d'afficher une conviction⁴. Le champ de la santé n'est pas celui de patients à normaliser, mais celui de personnes porteuses d'un projet individuel. Que tout un chacun puisse être un acteur social en santé suppose une capacité de choix et d'action autonome, permettant l'exercice d'un véritable droit personnel à la santé. La politique de santé publique doit donc avoir pour but de contribuer à réunir les conditions permettant l'exercice de ces droits objectifs et subjectifs. Pour réunir ces conditions, il est indispensable

que, tant les décideurs que les professionnels et le public, aient accès à un système d'information sanitaire cohérent et performant. La mise en place d'un tel système est donc l'une des mesures indispensables de réorganisation des services de santé qui précèdent d'un impératif moral.

Les objectifs à atteindre

Le système d'information sanitaire (S.I.S.) a une finalité et ses objectifs doivent être identifiés, négociés et explicités. La situation actuelle se caractérise, entre autres, par un manque de clarté des objectifs poursuivis. Divers instruments de collecte des données sanitaires sont utilisés en vue de satisfaire à des obligations administratives, de réunir des informations pour assurer la gestion financière du système de santé, de soutenir des efforts de recherche, de contribuer à la surveillance épidémiologique, ou de permettre l'orientation optimale de programmes d'interventions spécifiques, mais les objectifs de ces activités en vue de l'amélioration de la santé de la population ne sont ni précisés ni hiérarchisés.

Il y a donc lieu d'ouvrir une négociation avec tous les acteurs de manière à redéfinir les objectifs du système d'information à mettre en place en vue de contribuer à une meilleure santé de la population. Ces objectifs devraient être redéfinis en fonction des priorités de santé identifiées au préalable. En effet, ce qui justifie la collecte continue d'informations sur un problème de santé c'est le caractère prioritaire de ce problème.

A l'heure actuelle, en Communauté française de Belgique, on peut constater que la disponi-

1 - "Le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive"

2 - résolution EUR/RC30/R8

3 - WHO Regional Office for Europe. Les buts de la santé pour tous. Copenhague, 1985.

4 - A. Touraine. Comment une pathologie devient-elle un problème de santé publique? Rev Epidém et Santé publique 1997;45: 185-192.



6. Qualité de la planification. Il s'agissait d'évaluer l'enchaînement des différentes étapes du projet et sa logique dans le temps. Le canevas remis aux écoles proposait les étapes suivantes: analyse de la situation, choix des objectifs et des activités, réalisation des activités, évaluation. En général, les participants ont planifié leurs projets de façon rationnelle, respectant les étapes proposées. La logique du projet ne semble pas les avoir déroutés comme on a parfois tendance à le craindre.

7. Visibilité du projet à l'intérieur de l'école. Le rayonnement du projet dans l'espace école est un "plus" appréciable dans

Sur quels critères évaluer les projets de promotion de la santé dans les écoles?

Milieu scolaire

Prémisses

Le projet *Gros plan sur mon école* a été réalisé dans le cadre du programme "La Santé au cœur des jeunes"¹, initié par l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

Dans le cadre d'un groupe de travail de ce programme, les enseignants ont exprimé le souhait de voir les choses bouger, d'être informés, de participer, en d'autres mots, d'agir. Une idée a émergé, celle de réaliser une "foire aux idées" de la promotion de la santé à l'école afin de donner aux communautés éducatives des exemples de réalisations concrètes dans ce domaine.

Un groupe de travail s'est réuni autour des animateurs du Centre local de promotion de la santé (CLPS) des arrondissements de Mons et de Soignies. Il a décidé de réaliser un concours de projets de promotion de la santé dans les écoles, concours qui trouverait son point d'orgue à l'occasion d'une journée événement en fin d'année scolaire.

Partenariat

Gros plan sur mon école a bénéficié du partenariat du CLPS Mons-Soignies, de La Louvière Ville Santé, du Service de prévention de la Ville de Mons et de l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

Plusieurs partenaires institutionnels ont donné des prix visant à récompenser les meilleurs projets: la Communauté française, à travers les Ministres de la Santé et de l'Enseignement secondaire, l'ORPAH, le Service Provincial de la Jeunesse du Hainaut et l'association "Dinant Aventures". Le jury du concours était composé de **Véronique Bouttin**, Coordinatrice du CLPS Mons-Soignies, **André Lufin**, Chef de projet au Service éducation pour la santé de la Croix-Rouge, et **Michel Andrien**, Directeur du CERES (Université de Liège) et consultant pour l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

Objectifs

Le concours a été lancé en octobre 2000 pour l'ensemble des écoles des Arrondissements de Mons et de Soignies².

Ses objectifs étaient:

- d'offrir un cadre à la réflexion de chaque communauté éducative sur la promotion de la santé à l'école;

- de donner une opportunité aux écoles de réaliser des projets durables visant l'amélioration de la qualité de la vie avec la participation active des élèves;
- de favoriser rencontres et partages d'expériences à l'occasion d'une journée événement en fin d'année scolaire.

Déroulement du projet

L'appel aux projets a été réalisé par l'envoi d'une brochure explicative et d'une affiche aux directions d'écoles, aux services d'inspection, aux IMS, aux PMS et aux pouvoirs organisateurs de l'enseignement. Une conférence de presse a permis de relayer l'information dans les médias.

Vingt classes se sont inscrites et quatorze d'entre elles ont participé au concours jusqu'au bout du projet. Les organisateurs ont visité chacune des écoles impliquées dans le projet. Le centre de documentation du CLPS a été mis à leur disposition.

Fin avril 2001, les participants ont remis leur carnet de bord reprenant le déroulement du projet au fil du temps. Le jury a alors procédé à une évaluation de chacun des projets sur base de ce dossier.

Le palmarès a été finalisé lors de la présentation des projets à l'occasion de la journée événement du 15 mai 2001.

Quelle importance finalement de perdre ou de gagner le concours, de terminer premier ou septième, d'être le meilleur ou le moins bon? A quand un jury qui renverra tout le monde dos à dos, main dans la main, et ex æquo (une sacrée prouesse qu'une telle figure)? Comme l'affirme cette classe de fin du primaire, "gagner (le concours Gros Plan), c'est montrer nos compétences aux autres et surtout à nous-mêmes".

Il va de soi que cette classe l'a emporté haut la santé. Du moins aux yeux des personnes âgées à qui ces élèves ont été dire en paroles, en jeu et en musique: "Non, les vieux, vous n'êtes pas seuls!" (sic). La santé, c'est cela aussi: lutter contre l'isolement, surmonter l'égoïsme, apporter un sourire sur le visage des autres.

Critères du jury

Dans le cadre de ce concours, le jury a été amené à définir des critères d'évaluation des projets de promotion de la santé à l'école. Ces critères ont été soumis au comité organisateur du concours avant d'être adoptés.

1. Exactitude des contenus "santé": Il s'agit de vérifier l'exactitude des savoirs et des savoir-faire qui étaient installés ou renforcés par le biais de ce projet. Ce critère a été bien rencontré, principalement parce qu'on n'a pas abordé des sujets très complexes.

2. Complémentarité entre l'action sur l'enfant et l'action sur le milieu de vie. Le jury a privilégié l'approche écologique de la promotion de la santé visant à travailler sur les individus en même temps que sur leur milieu de vie. Ce critère a été bien respecté, sauf dans le cas d'un projet qui ne visait que les processus pédagogiques (formation à l'hygiène médicale).

3. Qualité de la démarche pédagogique. La pédagogie active a été privilégiée, de même que les démarches visant à la fois les savoirs, les savoir-faire, les savoir-être et les savoir-devenir. Le jury a constaté que les démarches pédagogiques faisaient généralement appel à l'activité de l'élève (en particulier dans le fondamental); cependant, ce sont surtout les

Un gâteau quatre-quarts, c'est riche, mais quand l'école est pauvre, c'est un excellent projet, complet, équilibré, à la portée de tous. Sa réalisation offre de multiples exploitations en français ou en mathématiques. Il incite au travail en équipe, oscille entre tâches intellectuelles et travaux manuels pour aboutir à une dégustation conviviale avec les parents ou à une vente avec bénéfices. Et la santé dans tout cela? Elle frémite dans le beurre de la satisfaction personnelle des élèves qui ont réussi une telle entreprise comme elle sourit dans les fruits et les céréales qui en constituent le cinquième quart.

1 - Observatoire de la Santé du Hainaut, La Santé au cœur des jeunes en Hainaut. De l'analyse à l'action. Havré, Observatoire de la Santé du Hainaut, novembre 2000.
2 - Les arrondissements de Mons et de Soignies correspondent au territoire du CLPS: ils comptent près de 500 écoles.

bilité des informations relatives à un problème de santé est plutôt déterminée par les circonstances ou par des exigences opérationnelles que par un choix raisonné. Il en résulte que, dans le même temps, des informations d'une qualité exemplaire sont collectées sur des problèmes qui sont loin de pouvoir être rangés parmi les toutes premières priorités de santé (exemple: la tuberculose⁵), alors que la pénurie d'informations utiles est criante pour ce qui a trait à des priorités reconnues par tous (exemple: les cancers⁶).

De l'information utile pour servir un plan: le couplage entre objectifs de santé et objectifs du système d'information sanitaire doit donc être systématiquement organisé. La finalité première du système est de monitorer ce qui permettra d'atteindre les objectifs de santé que l'on s'est fixé, et de produire des données articulées aux interventions envisagées pour les atteindre. Afin de définir de tels objectifs, il serait certainement utile de prendre en compte les objectifs régionaux de l'OMS quitte à modifier, adapter et enrichir cette liste. En l'état, celle-ci propose cependant un cadre utile à la réflexion. Et les attentes de la Commission européenne devraient également être prises en compte de manière à ce que la Belgique contribue à la mise en place d'un recueil coordonné d'informations sanitaires en Europe⁶⁻⁹.

De l'information utile pour alerter: par ailleurs, le système d'information sanitaire (S.I.S.), outre cette finalité première, peut aussi contribuer à définir de nouvelles priorités et doit être capable aussi de se détacher des politiques décidées, (ne pas monitorer qu'en fonction des objectifs), et rester apte à détecter un problème émergent ou à révéler l'apparition d'une problématique non suffisamment prise en compte jusque là.

De l'information utilisable pour guider l'action: le S.I.S. doit aussi fournir l'information nécessaire pour orienter les stratégies d'interventions et gérer les aspects opérationnels des programmes.

De l'information utilisée pour mobiliser: le S.I.S. doit encore veiller à organiser la diffusion des informations auprès des acteurs de santé et sociaux de manière à constituer un outil de sensibilisation, de clarification des débats démocratiques sur les enjeux de santé et de mobilisation sociale.

De l'information utilisée pour plus de justice sociale: de même, il faut certainement garder à l'esprit que l'un des objectifs du S.I.S. doit être enfin de fournir les données utiles à la recherche de plus d'équité en santé comme les données relatives à la situation et aux besoins spécifiques des plus défavorisés.

Les qualités du système à mettre en place

Le système à mettre en place doit être maîtrisé, cohérent et performant.

Maîtrise • On maîtrise une situation si on a prise sur elle, si on peut l'influencer. Ceci implique, en particulier, que le management du système d'information sanitaire soit assuré de manière continue, souple et réactive. De ce point de vue, il faut rappeler que la maîtrise du système d'information sanitaire implique la maîtrise de chacune des étapes du traitement de l'information: production¹⁰, collecte, gestion, analyse, exploitation des données et diffusion des résultats.

Il y a également lieu d'insister sur la nécessité de donner au S.I.S. les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs fixés. Au minimum, ces moyens doivent permettre de professionnaliser la gestion du système et d'en assurer le pilotage de façon concertée entre les différents niveaux de pouvoir. Pour ce faire, il est sans doute indispensable de pouvoir compter sur une petite équipe permanente de professionnels qualifiés chargés de réguler le fonctionnement du système et de mettre à jour les indicateurs.

Cohérence • La cohérence du système d'information sanitaire concerne son aspect organisé (c'est-à-dire structuré, pensé, construit, voulu, réfléchi...), et tout le processus menant à l'amélioration de son organisation, en fonction d'une finalité de santé publique clairement reconnue par tous comme la référence ultime au point de vue politique, éthique, managérial, etc.: cette finalité ne peut être que la recherche d'une meilleure capacité de décision en vue de promouvoir la santé de la population. Cette proposition, qui semble évidente, l'est déjà moins lorsqu'on reconnaît que cette recherche se fait sous contrainte: contraintes budgétaires, mais aussi limites des ressources humaines et conflits d'intérêts. Au milieu de ces contraintes, conserver une cohérence signifie admettre que le critère ultime de référence ne peut être, par exemple, la défense d'intérêts sectoriels, la sauvegarde d'institutions obsolètes, le seul souci de l'efficacité et de la réduction de coûts, ou les désirs exprimés unilatéralement par différents groupes de pression. La cohérence du système d'information sanitaire suppose donc que l'on évite le maximum de contradictions entre les enjeux, entre les objectifs et entre les acteurs. Comme il existe toujours des contradictions (ou des tensions) au sein de tout système social, la cohérence suppose que l'on gère au mieux les contradictions qui ne peuvent être évitées, en un élargissement continu et constant des zones de consensus entre intervenants.

Performance • Par performance du système d'information sanitaire, il faut entendre sa capacité à contribuer effectivement à améliorer la qualité des décisions relatives à la promotion de la santé de la population, mais aussi ses modalités de fonctionnement (processus de prise de décision, de règlement des conflits, de définition d'objectifs, de contrôle de la gestion, etc.). Cette performance est à apprécier davantage comme une dynamique d'amélioration que comme l'obtention de résultats considérables à court terme. Il ne s'agit pas avant tout d'obtenir de bons résultats ponctuels mais de garantir une évolution positive dans le temps.

Utilité • La qualité du système d'information sanitaire va être mesurée également en termes d'exhaustivité, de validité et de continuité de l'information recueillie, ainsi qu'en référence à sa pertinence par rapport au problème de santé visé.

Les outils à utiliser

Sans prétendre être exhaustif à ce stade de la réflexion, il semble possible de définir trois types d'outils pour réaliser les objectifs du système d'information sanitaire.

Les statistiques sanitaires de base¹¹ • Il va de soi que la collecte d'informations sur les causes de décès et la morbidité doit être assurée. Le recueil de ces informations est indispensable non seulement en raison d'obligations nationales et internationales mais encore parce qu'il permet de suivre l'évolution à long terme d'indicateurs épidémiologiques robustes.

Dans ce domaine, il est absolument indispensable, en Communauté française de Belgique, de tout mettre en œuvre pour résoudre rapidement les problèmes inacceptables posés par les insuffisances de la collecte des données de mortalité et des données relatives aux maladies à déclarer.

5 - Problème pour lequel leur utilité opérationnelle est néanmoins indéniabile.
6 - Type de problèmes qu'il serait justifié de voir bénéficier d'une au moins aussi performante attention.
7 - Chamouillet H. L'épidémiologie et la Commission Européenne. Rev Epidém et Santé publique 1998;46:442-443.
8 - Aromaa A. Health observation and health reporting in Europe. Rev Epidém et Santé publique 1998;46:481-490.
9 - J.M. Robine, C. Jagger, V. Egidì, Selection of a coherent set of health indicators, a step towards: a user's guide to health expectancies for the european union. Commission of the European Communities, Health Monitoring Program, Montpellier, Euro-Reves, June 2000.
10 - La source doit émettre de manière fiable les données primaires (par exemple, rédaction du certificat de décès ou rédaction d'un protocole de recherche).
11 - Elles ont un caractère obligatoire, sont des données de routine permanentes et imposées, il s'agit, par exemple, des données de naissance, décès et des déclarations obligatoires de maladies.

Vers une vie sans tabac

Tabac • sevrage • formation • médecine générale

La Fédération des maisons médicales propose des formations tabac dans la relation individuelle et dans l'animation d'un groupe

Le tabac fait partie de la réalité quotidienne de beaucoup de patients et de pas mal de soignants, tant dans les maisons médicales que pour toutes les professions de santé... Nous nous sentons d'ailleurs souvent impuissants, découragés, abattus de reparler une fois encore d'une matière complexe et d'un comportement si difficile à changer. L'année dernière, la Fédération des maisons médicales a testé une formule nouvelle pour préparer et aider des groupes de patients à arrêter de fumer s'ils le souhaitent. L'originalité de cette démarche - déjà expérimentée dans d'autres pays et d'autres publics - est de ne plus se centrer sur le tabac, mais bien sur les personnes qui le consomment, et prioritairement pour des femmes de milieux sociaux précaires.

Au terme de cette formation, les quatre équipes qui y ont participé se sentent capables de proposer à leurs patients un accompagnement en groupe autour des questions liées au tabac: le stress, l'alimentation, le poids, la respiration, la dépendance, le bien-être, etc. Cette méthode permet de mettre en place des relations non culpabilisantes et responsables renforçant l'estime de soi des participants. Ceux-ci pourront ensuite envisager d'arrêter de fumer dans un futur proche ou pas. Cette année 2002, nous reprenons cette formation d'accompagnement des patients tabagiques que nous proposons selon deux modalités complémentaires:

Première partie - formation à l'accompagnement du patient dans la relation individuelle

Comment intégrer la dimension "tabac" dans les relations que nous avons déjà avec les patients?

- osons parler du tabac;
- faire émerger les motivations du patient à un changement possible;
- soutenir ces motivations;
- informer le patient: la dépendance à la nicotine, les moyens d'avancer;
- les croyances des soignants à propos du tabac;
- les croyances des patients;
- le stress, l'alimentation, le contexte, les habitudes de la vie avec le tabac;

- le contrat thérapeutique et le plan de traitement;
- la conduite du sevrage tabagique.

Deuxième partie - mise en route d'un groupe de personnes désireuses d'arrêter de fumer

- information sur le tabac (rappel et résumé de la première partie);
- préparation de la mise sur pied d'un groupe de personnes désireuses d'arrêter de fumer;
- adhésion de l'équipe professionnelle au projet;
- découverte et utilisation d'outils pour parler du tabac dans un groupe;
- définir et construire son propre projet;
- partage d'expériences avec des personnes-ressources extérieures.

Cette formation est fondée sur les principes d'éducation des adultes: les gens peuvent faire des choix à la lumière de leur propre expérience; l'apprentissage doit se faire dans un cadre détendu, amical et accueillant. Il doit dans la mesure du possible, se fonder sur l'expérience, "le vécu des participants" et non sur la théorie. L'utilisation du langage écrit doit être réduite au minimum.

Le programme part du principe que la dépendance au tabac est influencée par le contexte social de la personne.

Il vise à sensibiliser les femmes et leur entourage se trouvant dans des conditions précaires et de pauvreté à une approche globale de la santé. Ces personnes pourront apprendre des techniques leur permettant de modifier leurs comportements de santé, d'arrêter éventuellement de fumer ou de réduire leur consommation de tabac quand elles se sentiront prêtes et accompagnées par "leurs" soignants qu'elles connaissent déjà.

Le programme

Cette formation, étalée sur 6 mardis de février à octobre 2002, souhaite développer chez les professionnels de la santé leurs ressources et compétences en matière d'aide et d'accompagnement à l'arrêt du tabac.

Formateurs: Axel Roucloux, kiné licencié en éducation pour la santé, expérimenté dans plusieurs programmes "tabac"; Jean Laperche, médecin généraliste licencié en éducation pour la santé et d'autres experts sollicités ponctuellement suivant les besoins des participants: le Dr Galanti, tabacologue de renom, un kiné, une diététicienne, etc.

Public-cible de la formation: les maisons médicales et les professionnels de la santé intéressés par ces difficiles questions d'aide à l'accompagnement et à la préparation de l'arrêt du tabac.

Contenu de la formation: les trois premiers mardis aborderont le tabac, la dépendance à la nicotine et les techniques de sevrage dans la relation individuelle. Les mardis suivants seront centrés sur la communication en groupe avec les patients, les messages positifs en promotion de la santé, la mise en route des groupes de patients, l'adhésion des collègues au projet et le contrat thérapeutique.

Les participants qui s'engagent dans la seconde partie devront avoir suivi également la première. Nous leur demanderons à ce moment d'inviter des patientes fumeuses à constituer un groupe d'environ 10 personnes qui se réunira 6 x 2 heures dans une ambiance amicale. Les participantes prioritaires de ces groupes sont les femmes des milieux précaires. Le suivi de la dynamique mise en place dans ces groupes et à l'intérieur des équipes sera assuré par les organisateurs lors de deux demi-journées ultérieures.

Modalités de travail: en groupe dans une dynamique participative, suivant la tradition des maisons médicales! Pour chaque maison médicale participante, nous demandons que ce soient les deux mêmes personnes qui puissent participer à toute la formation des 6 mardis. Cette formation sera accréditée et évaluée par les chercheurs d'AEP.

Où et quand? au domaine provincial d'Hélécine (accès aisé par l'autoroute Bruxelles - Liège, sorties 26 ou 27) les mardis 26 février, 12 mars et 16 avril 2002 pour la première partie et les mardis 17 septembre, 01 octobre et 22 octobre 2002 pour la seconde partie, toute la journée de 9h30 à 16h. Une petite restauration est disponible au bistrot du coin: 6 euros.

Prix: une demande de subsides est introduite au Ministère de la Région wallonne et ces formations seront donc gratuites. De plus, les équipes qui mettront en place un groupe de patientes pendant la formation recevront un soutien financier spécifique.

Le nombre de participants est limité. Ne tardez pas à vous inscrire à la Fédération des maisons médicales: tél.: 02-514 40 14; fax: 02-514 40 04, courriel: agir.prevention@fmm.be.

Une concertation dans ce but est nécessaire entre l'INS, l'ISSP-LP, les Médecins Inspecteurs d'Hygiène et les autres acteurs concernés. Nous proposons d'envisager de créer une structure de veille sanitaire qui garantirait la réalisation de ces missions de surveillance épidémiologique de base. Cette structure devra prendre, à terme, la forme d'une **agence nationale de veille sanitaire** (un service fédéral, un parastatal).

Les registres et les enquêtes¹² • Nous disposons, en Belgique, d'un ensemble d'outils mis en place en vue de collecter des informations exhaustives, valides et continues sur différents problèmes de santé prioritaires. Ce sont, par exemple, les registres du cancer ou de l'infarctus, l'enquête de santé par interview, le réseau des médecins vigies, etc. Ces outils se caractérisent cependant par des qualités et des modalités de gestion fort diverses. Ils sont très souvent le produit de l'initiative de quelques-uns. Ils disposent généralement de moyens précaires.

Afin de renforcer la maîtrise, la cohérence et la performance de ces éléments du système d'information, nous proposons d'envisager d'organiser une gestion concertée de ceux-ci en suscitant la création d'un comité national des registres et enquêtes de santé qui travaillerait en dialogue avec les autorités de tutelle, à l'image de ce qui se fait dans d'autres pays d'Europe comme la France¹³.

Les observatoires et les réseaux locaux • Nous disposons, en Belgique, d'un réseau en voie de structuration d'Observatoires de la santé, avec des mandats de proximité et disposant de ressources spécifiques pour les assumer. Les Centres locaux de promotion de la santé et d'autres structures délocalisées ont également des responsabilités en matière d'identification des besoins. Il nous semble que les missions respectives et les actions de ces structures, en matière de collecte d'information sanitaire, devraient être le mieux possible définies et coordonnées, dans le cadre de la construction du S.I.S. Leur enracinement

sur le terrain doit être valorisé comme source potentielle d'information sur les comportements et les attentes de la population. Probablement y aurait-il lieu d'envisager le renforcement du maillage assuré par ces structures et de les charger d'une généralisation de l'usage, au niveau local, de véritables **tableaux de bord permanents de la santé** des belges.

René Tonglet, médecin, agrégé en sciences médicales et santé publique, professeur à l'UCL

Adresse de l'auteur: Ecole de santé publique UCL, Clos Chapelle-aux-Champs 30/30.34, 1200 Bruxelles.

¹² - Des données qui ont, elles, un caractère facultatif, sont souvent plus spécifiques et voulues en réponse à un besoin.

¹³ - Collectif. Registres et décision en santé publique. Rev. Epidém. et Santé publique 1996; 44:51-59.

Pédagogie et entraide: deux sites gérés par la mutualité socialiste

Internet • mutualité • outil pédagogique • entraide

Nous vous avons déjà parlé de "Pipsa", le site de l'Outilthèque Santé. Depuis quelques mois, un autre site reprenant la base de données de l'"Inventaire des groupes d'entraide", lui aussi géré par le Service Promotion santé de la Mutualité socialiste, est accessible.

Nous nous sommes demandé ce qui poussait une mutualité à investir dans des sites de promotion de la santé à côté de son propre site *mutsoc.be*. Nous avons donc rencontré Catherine Spièce et Anne Fenaux, qui gèrent respectivement les sites Pipsa et Self-help.

Education Santé: Pouvez-vous retracer pour nous en quelques mots l'origine des sites Pipsa et Self-help?

Catherine Spièce: Au départ, nous n'avions pas pensé immédiatement à un site. Nous songions plutôt à réaliser un catalogue papier présentant les outils disponibles dans le secteur de la promotion de la santé (un peu sur le modèle du catalogue de la collection

Education pour la santé de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique¹). Pour nous, le site viendrait plus tard. Il faut savoir qu'au moment où nous imaginions de lancer l'*Outilthèque Santé* (1998), moins de gens avaient accès à l'internet qu'aujourd'hui.

Nous étions toutefois confrontées au problème de la gestion des mises à jour d'un catalogue, de son manque d'interactivité, de sa lourdeur d'utilisation. L'idée a fait son chemin et nous nous sommes lancées dans le projet de site; nous avons introduit une demande de financement auprès de la Communauté française, qui a été acceptée.

La subvention prend en charge les coûts de fonctionnement du projet *Outilthèque Santé*, c'est-à-dire qu'elle soutient le travail réalisé en direction des éducateurs-relais.

Anne Fenaux: L'idée du site Self-help est venue un an après. Dans la décision de le réaliser intervient à nouveau le problème de la lourdeur des mises à jour de l'inventaire des groupes d'entraide que nous éditons

depuis une dizaine d'années. Contrairement au site Pipsa, celui-ci est entièrement financé par la Mutualité socialiste, et non par la Communauté française, puisqu'il ne s'agit pas de prévention mais de participation des usagers des services de santé.

ES: Pourquoi ce choix de la Mutualité socialiste d'investir dans l'internet?

AF: En réalité, au moment de la création du site Pipsa, le site de la Mutualité socialiste n'était pas encore accessible. Mais la demande pour ce type de support était bien présente. Il faut quand même remarquer que le lien avec la Mutualité socialiste sur Pipsa est assez discret.

Par rapport au site Self-help, la Mutualité socialiste a depuis des années la pratique des associations de patients. Il s'intègre dans les

¹ - A présent, ce catalogue n'existe plus sous format papier mais est lui aussi accessible sur le site www.lamediathèque.be (ndlr)

ambitions de la Mutualité socialiste de développer un système de santé moderne et accessible à tous, de favoriser le travail de prévention et d'information et d'améliorer le soutien aux patients et à leur famille.

ES: Quel est le coût du lancement et de la maintenance de deux sites comme ceux-là?

CS: La conception de Pipsa a coûté environ 17.350 €. Dans ce montant, on compte le travail de la société créatrice ainsi que le service après-vente de la première année, mais pas notre temps de travail.

AF: On arrive à environ la même somme pour le site Self-help...

A cela, il faut ajouter le coût de l'hébergement du site (les deux sites sont hébergés chez le

de sites. La société avec laquelle nous travaillons actuellement a été choisie en fonction du sentiment que nous avons de pouvoir travailler avec quelqu'un capable d'opérationnaliser nos souhaits, qui connaissait un peu notre domaine, et surtout qui avait le souci de rendre le client indépendant et autonome. C'est très important lorsqu'on se lance dans une telle aventure!

Un conseil pour ceux qui veulent créer un site de banque de données: n'hésitez pas à le pré-tester avec des gens qui ne sont pas familiarisés avec le message que vous voulez faire passer, laissez-les surfer et recueillez leurs impressions. C'est aussi une étape intéressante dans le processus de création.

ment de coordonnées, sur les activités qu'elle développe (publications, colloques, formations,...). Ce n'est qu'avec cet accord daté et signé que nous renseignons l'association sur le site.

CS: Pour Pipsa, nous travaillons un peu différemment. Il y a en fait deux étapes: l'encodage dans la base de données d'outils pédagogiques se fait soit par nous-mêmes, soit directement par les producteurs des outils. On a alors une simple collection d'outils, sans jugement de valeur (sauf si un utilisateur prend la peine de partager son expérience avec un outil et souhaite en faire part au plus grand nombre via le site). Pour aller plus loin, nous avons mis sur pied une Cellule d'experts représentatifs du secteur de la promotion de la santé (relais de terrain, CLPS, pédagogues, documentalistes,...), qui analysent les outils et émettent un avis sur les objectifs qu'ils poursuivent et sur les utilisations possibles. A ce jour, 31 outils ont été évalués et ont reçu entre zéro et trois coups de cœur. Cette liste est accessible directement sur le site dans la rubrique "Sélection rapide" en sélectionnant "Nos coups de cœur".

Par ailleurs, nous avons établi des conventions de partenariat:

- avec la plupart des centres locaux de promotion de la santé (CLPS), dans le but d'optimiser l'échange d'informations entre les utilisateurs de Pipsa et les relais qui fréquentent les CLPS, et de mettre en commun l'analyse des besoins et attentes de nos publics respectifs;
- avec la Pédagothèque du Comité français d'éducation pour la santé, qui a la même démarche que nous dans le recensement et la recherche de qualité dans les outils de promotion de la santé;
- avec le service Infor Santé de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes qui publie Education Santé, afin d'optimiser le système d'échange d'information entre les utilisateurs de Pipsa et les lecteurs de la revue³.

AF: Vous l'aurez compris, la gestion de ces deux sites est très exigeante, elle demande beaucoup de rencontres et discussions avec les différents partenaires... Je pense que nous ne pourrions pas le faire si nous n'avions, derrière nous, l'appui de la Mutualité socialiste,

c'est-à-dire une institution importante, qui nous soutient par l'apport de son infrastructure, de l'outil informatique, ainsi que par l'investissement en terme de temps de travail.

ES: Pouvez-vous nous donner un aperçu des gens qui consultent les sites?

AF: Pour Pipsa, il s'agit de relais et de professionnels de la santé ou de l'éducation. Nous avons environ 1800 visiteurs par mois (au bout de deux ans), dont on observe la fidélisation progressive et, peu à peu, l'interaction avec notre service en terme de demandes pour aller plus loin que le seul outil. Pour le site Self-help, le public est différent. Il s'agit prioritairement des affiliés, des familles, des patients et ensuite des professionnels de la santé. Ce site a été ouvert en

mai 2001 et nous avons à ce jour environ 850 visiteurs par mois. Il est possible d'obtenir chez nous des statistiques de consultation détaillées.

L'essentiel est de fidéliser l'utilisateur, puisque les sites évoluent chaque jour. Pour cela, la page d'accueil est très importante. Elle doit accrocher le visiteur et lui donner envie d'effectuer une visite plus complète du site. Mais ce qui compte, c'est surtout le contenu des bases de données (informations détaillées, claires et exactes).

Je voudrais encore dire une chose: le support internet permet de nous faire connaître dans le monde entier et de créer des liens (ndlr: sans jeu de mot!), notamment via le site Self-help. Une anecdote, à ce propos: nous avons un jour reçu un appel à l'aide venant du Mali

(un enfant soldat déserteur et dans une grande détresse avait lancé une "bouteille à la mer" avec le mot "help" repris dans l'adresse de notre site). Nous avons pu relayer cet appel auprès de différentes ONG qui ont pu le localiser et l'aider. Cela, c'est un des côtés agréables de notre travail sur internet!

Propos recueillis par
Maryse Van Audenaeye

Ces sites sont accessibles aux adresses
www.pipsa.org et www.self-help.be

Pour plus de renseignements:
Union nationale des mutualités socialistes,
Service Promotion santé, Anne Fenaux et
Catherine Spièce, place Saint-Jean 1-2,
1000 Bruxelles.
Tél. 02-515 05 85.



concepteur), qui se monte à 49,58 € par an, ainsi que la réactualisation du nom de domaine pour 2 ans. Pour nous, cela se chiffre à 991,57 € pour 8 noms (on peut ainsi arriver sur nos sites en utilisant plusieurs orthographe).

Dans le coût de l'entretien d'un site, il faut aussi compter le travail de référencement sur d'autres sites, qui dans notre cas est pris en charge par le concepteur, la gestion des "bugs", l'ajout de fonctionnalités nouvelles, ... Tout ajout ou toute modification technique fait l'objet d'un devis complémentaire.

ES: A qui avez-vous fait appel pour concevoir les sites?

CS: Nous avons envoyé des demandes de prix un peu au hasard, auprès de différentes sociétés qui ne s'occupent que de conception

ES: Comment arrivez-vous à maintenir un niveau de qualité dans la mise à jour de chaque site?

AF: Avant tout, il faut savoir que ce genre de sites ne peut pas vivre tout seul. Pour Pipsa, chaque mois ou parfois plus, un nouvel outil est publié. De plus, les avis sur les outils recueillis dans le cadre du travail de la Cellule d'experts², doivent être ajoutés au fur et à mesure. Sur le site Self-help, ce sont des adresses d'associations qui sont répertoriées, ainsi qu'un agenda de leurs activités, et il n'y a rien de plus changeant!

Pour ce dernier, nous travaillons donc en partenariat avec ces associations, chacune s'engageant par un accord annuel à nous fournir toute l'information sur un éventuel change-

2 - Voir Education Santé n°155, janvier 2001, p.17.
3 - C'est pourquoi vous retrouvez les informations que nous publions dans la rubrique "Brèves" sur le site Pipsa. Nous fournissons également aux "Niouzes" de Pipsa les informations que nous recevons hors délais pour une publication dans la revue, mais qui trouvent leur place sur le site (ndlr).

Le tabac et les jeunes: encore!

Tabac • adolescent

Le 21 novembre dernier, l'Institut provincial des Arts et Métiers de La Louvière accueillait une journée consacrée au tabagisme des adolescents. Le lieu était propice pour permettre à près de deux cents personnes d'écouter les intervenants du matin et de partager leurs expériences en ateliers l'après-midi.

Le sujet du jour, 'La prévention peut-elle faire un tabac auprès des jeunes?', ne manque pas d'accrocher l'attention au moment où d'aucuns s'inquiètent d'une recrudescence du phénomène tabagique, en particulier chez les jeunes en âge scolaire.

En début de journée, la Ministre de la Santé, **Nicole Maréchal**, a rappelé sa conception non intrusive de la prévention, et s'est réjouie de la perspective de voir prochainement des moyens très importants débloqués pour la lutte antitabac, en bonne entente entre le pouvoir fédéral, les Régions et les Communautés.

Elle ajoutait un bémol à cette bonne nouvelle en insistant sur le fait que les moyens ne suffisent pas si les interventions manquent de pertinence, et qu'en prévention tabac chez les jeunes, le défi à relever pour être efficace dans le respect de l'autonomie des personnes n'est pas simple.

Ensuite, **Bernard Defrance**, professeur de philosophie en banlieue parisienne, nous a rappelé que ce comportement est une bonne occasion de prendre le temps de réfléchir à des choses aussi fondamentales que le permis et l'interdit, la Loi et les lois, le pouvoir et l'autorité, la douleur et la jouissance.

Pour répondre aux demandes d'outils concrets, plusieurs initiatives étaient présentées dans un 'espace pédagogique' animé par l'asbl Educa-Santé. La démarche d'un de ces outils, *Libre comme l'air*, axé sur le développement des compétences psychosociales des adolescents, a été détaillée par **Michelle Perrot**, chargée de mission au Comité français d'éducation pour la santé.

Enfin, le **Dr Laurence Galanti**, tabacologue aux Cliniques universitaires de Mont-Godinne, a fait une mise au point technique mais néanmoins vivante sur les dépendances induites par le tabac chez le fumeur. Les questions posées par la salle confirmaient le bien-fondé d'une intervention de ce genre.

L'après-midi, les participants se répartirent classiquement en ateliers pour débattre de pistes concrètes pour gérer le problème avec intelligence en milieu scolaire. Et même si la journée ne leur offrit pas le même feu d'artifices d'idées percutantes que celle de Namur



en mai 2001, ils auront pu se familiariser avec plusieurs approches intéressantes et adaptées à leur public; ce n'est déjà pas si mal...

C.D.B.