

Les prochaines dates limites pour introduire un projet sont le 30 juin et le 31 décembre 2002. Les personnes intéressées peuvent obtenir le dépliant d'appel et le formulaire de candidature au centre de diffusion de la Fondation Roi Baudouin (070-233 065, courriel: proj@kbs-frb.be).

Emploi - offres

Promosanté scolaire et familiale A.S.B.L.

recherche un ACS de formation médicale, paramédicale ou infirmière sociale, de préférence licencié en éducation pour la santé ou ayant une expérience en ce domaine.

Son travail consistera à animer des groupes de mères et enfants de population défavorisées, programmer des activités, gérer des projets, etc.

Envoyer un C.V. et une lettre motivée à:
Promosanté scolaire et familiale, Centre Dansaert, rue d'Alost 7-11, 1000 Bruxelles.
Tél.: 02-213 37 57. Fax: 02-213 38 81.

L'ASBL Hainaut Santé

recrute un(e) spécialiste en santé publique.
Responsabilités: gestion d'un programme de dépistage du cancer du sein au niveau provincial (invitation des femmes, organisation de la double lecture, transmission des résultats, contacts avec les médecins, promotion du dépistage, coordination et évolution...), Titre requis: Docteur en médecine et/ou diplômé(e) en santé publique.

Conditions de participation:

- expérience en santé publique de deux ans;
- compétence avancée en statistique et en organisation de recherches de terrain;
- expérience en gestion de projet souhaitée;
- connaissance en promotion de la santé.

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.

Renseignements complémentaires: 065-87 96 00 (Dr Luc Berghmans ou Dr Christian Massot).

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 Lonfils, André Lufin, Paul Sonkes, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorme, Christian Van Rompaey, Bernard Van Tichelen

Comité opérationnel • Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Véronique Janzyk, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Maryse Van Audenhaege

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

Maquette • Els Demeyer

Mise en page • Groupe Image

Impression • Hayez

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, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 48 53. Fax: 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire). Mél. education.sante@mc.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

SOMMAIRE

Initiatives	
Ambiens: penser globalement, agir localement, par <i>Carine Lelionne</i>	2
Manger varié et limiter les graisses	3
Stratégie	
La Commission francophone de la promotion de la santé dans la pratique du sport, par <i>Nicole Marchal</i>	4
Locale	
Trois programmes développés dans le Hainaut occidental, par <i>René Dejonghère, Tien Nguyen et l'équipe du CLPS-Ho</i>	6
Officiel	
Le texte du décret relatif à la promotion de la santé à l'école	8
Matériel	13
Lu pour vous	15
Communication	17
Six années de campagnes audiovisuelles d'éducation pour la santé, par <i>Patrick Trefois, Philippe Mouchet et Christian De Bock</i>	
Brèves	19



© PHOTONIEWS 10 675

Penser globalement, agir localement

Santé publique • niveau local • niveau régional

Le 1er Colloque international des programmes locaux et régionaux de santé s'est déroulé à Amiens du 23 au 26 octobre 2001. Le présent article présente de manière subjective quelques lignes de force inspirées par la centaine d'exposés, les symposiums, les forums et les posters qui ont rythmé ces journées très denses.

Les programmes régionaux de santé

Il faut savoir qu'à ce jour une centaine de programmes régionaux sont développés dans 22 régions de France et 4 départements d'Outre-mer. Ils recouvrent un éventail très diversifié de thématiques, de publics, de stratégies,... De plus, les organisateurs avaient invité des professionnels de Belgique, de Suisse, du Canada, d'Espagne,... La matière pour ce colloque était donc extrêmement riche.

Cette rencontre avait plusieurs objectifs:

- analyser et comparer les mutations socio-politiques à l'origine des programmes locaux et régionaux de santé;
- comprendre la place des différents acteurs de santé publique impliqués et analyser le rôle des populations;
- prendre connaissance des expériences et des pratiques locales;
- débattre sur les méthodologies, les outils et les questionnements que suscitent les programmes.

Chose remarquable, tous ces objectifs ont été effectivement travaillés, même si ce fut avec plus ou moins de réussite. Les séances plénières se sont attachées à un essai d'analyse socio-politique et de compréhension de la place des différents acteurs. Les communications orales ont permis quant à elles des échanges autour des expériences de terrain. Tandis que les forums auxquels j'ai pu assister, furent le lieu d'intéressants débats sur les pratiques professionnelles et les outils.

Régionaliser les politiques

Le premier jour, une remarquable conférence inaugurale du professeur J.L. Denis de l'Université de Montréal a balisé le contexte des travaux du colloque. Dans son exposé, M. Denis s'est démarqué d'emblée d'une

vision trop angélique de la régionalisation en précisant qu'une des fonctions de celle-ci est d'adapter la "gouverne" (la gestion politique) à de nouvelles contingences souvent impopulaires (restriction budgétaire par exemple)! Il a défendu l'idée que cette régionalisation des politiques de santé met en tension différentes logiques plus ou moins conciliables:

- la logique démocratique: si on régionalise, c'est pour permettre l'implication active du citoyen;
- la logique pluraliste: si on régionalise, c'est pour permettre la responsabilisation et la négociation d'un compromis entre différents acteurs locaux influents;
- la logique de délégation: si on régionalise, c'est pour assurer un meilleur contrôle des politiques par l'intermédiaire d'un niveau de pouvoir plus proche.

Il a pu ensuite nous démontrer que le potentiel des politiques de régionalisation est dépendant des choix et des équilibres créés entre ces options.

Les communications orales de ce premier jour ont souligné que les programmes régionaux peuvent permettre la promotion par les acteurs de terrain d'idées nouvelles - un programme régional ouvre un espace de liberté où des propositions créatives peuvent naître - mais ils voient aussi se confronter des logiques de travail différentes et d'inévitables enjeux de territoire; cet exercice de démocratie se révèle donc moins idyllique que prévu.

Les programmes régionaux sont une tentative de rapprocher et d'impliquer tous les acteurs concernés par les priorités de santé (professionnels, population, politique). Ce défi est atteint en partie: les professionnels de terrain se mobilisent, des nouveaux modes d'intervention apparaissent... Mais, nos amis français évoquent aussi de nombreuses difficultés proches du constat que font certains d'entre nous:

- la démarche participative ne se décrète pas, elle se construit;
- la participation de la population reste un vœu pieux;
- le temps administratif n'est pas le temps de l'action de terrain;
- les programmes ne sont pas la panacée pour éviter les luttes de pouvoirs.

Et un des intervenants de conclure, "les convives sont nombreux, la table bien mise mais hélas peu pourvue".

Repenser les pratiques

Lors de la deuxième journée, les exposés des séances plénières ont rappelé que, lorsqu'il s'agit de mobiliser des acteurs au sein d'un même projet, il y a nécessité de créer un langage commun au sens propre comme au sens figuré.

La mise en parallèle des attentes et discours du médecin avec ceux du patient était une illustration intéressante de ce constat. Le Professeur Lalau du CHU d'Amiens fit la même démonstration, par le biais d'une vidéo originale, très humoristique et pleine d'auto-dérision. Il faut dire que les nombreux sigles utilisés - PRS, DRASS, DDASS, CRAM, ORS, APAIS, URCAM, CPAM, CRES, CODES... - par nos collègues français m'avaient déjà largement convaincue de cette nécessité!

Durant le reste de la journée, j'ai assisté aux ateliers et au forum présentant plusieurs méthodes d'évaluation de projets. J'ai pu ainsi identifier quelques éléments transversaux:

- l'évaluation a été utilisée par plusieurs acteurs: le promoteur du projet bien sûr mais aussi les relais de terrain impliqués dans le projet, les autorités subsidiaires...;
- elle peut être co-construite par les différents utilisateurs potentiels qui y introduisent ainsi leurs questions, leurs attentes...;
- elle peut être un facteur de changement et d'amélioration du projet;
- mais elle est difficile à mettre en œuvre car elle nécessite des outils pertinents et adéquats;
- elle continue à soulever un certain nombre de questions. Evaluer, est-ce contrôler? L'évaluation peut-elle être menée par l'équipe ou doit-elle être externe? Le rapport d'activités est-il de l'évaluation?...

Réfléchir les stratégies

Dans le cadre de la séance plénière de la troisième journée, le Docteur Demeulemeester a exposé comment l'utopie des programmes régionaux de santé avait pu être concrétisée et quelles leçons tirer de cette expérience. Dans le même registre, Michel Demarteau a fait partager sa conception des liens difficiles entre la réflexion et l'action et a proposé quelques pistes, notamment en terme d'évaluation, pour améliorer cette relation. Ainsi, il a présenté aux acteurs de terrain des modèles d'évaluation interactifs et participatifs. Chaque acteur du programme (promoteur, financeur, partenaires)

Alimentation

Kraainem
13 et 16 mars 2002

La Fondation pour l'information en médecine préventive pluridisciplinaire organise un colloque sur le thème *Bien manger... la forme de 0 à 100 ans.*

Mercredi 13 mars (à partir de 19h): liens entre activités physiques, intellectuelles et nutrition.

Samedi 16 mars (à partir de 9h): l'alimentation aux différents âges de la vie.

L'alimentation au cours de l'enfance: l'apprentissage du goût; l'éducation nutritionnelle à l'école: entre frites et fruits frais, une question d'équilibre.

L'alimentation de l'adolescent à la personne âgée: l'obésité de l'adolescent; calcium, adollescences et ménopause; une alimentation saine pour les aînés.

Lieu: "De Lijsterbes", Gemeenschapscentrum van 'de Rand', Lijsterbessenbomenlaan 6, 1950 Kraainem.

PAF 1 séance 10 €, 2 séances 17 €, étudiants 2,5 €.

Renseignements: FIMPP, avenue de la Reine 21, 1310 La Hulpe. Tél.: 02-653 26 48. Courriel: aamjanssens@skynet.be

Précarité

Havré
25 mars 2002

Un *Midi santé* sur le thème *Précarité et promotion de la santé*, avec en invité le Dr Pierre Hendrick, médecin généraliste, fondateur de la Maison médicale du Vieux Molenbeek, membre du mouvement ATD Quart-Monde.

Il exposera les enseignements de plus de vingt ans de recherche-action avec des personnes défavorisées: cheminement entre professionnels et population vers une éducation "réciproque"; travail en partenariat avec le public dans la lutte contre la pauvreté, le sentiment de culpabilité, le fatalisme; approche communautaire moins anxiogène qu'une approche individuelle.

Renseignements à l'Observatoire de la Santé du Hainaut, au 065-87 96 04 ou 05.

Femme

Namur
25 et 26 mars 2002

Colloque européen *Femmes, actrices de leur santé et de celle des autres?*

Renseignements: Fédération des mutualités socialistes, M.-C. Dannevoey, tél. 081-72 93 35, fax 081-74 25 25.

Outil pédagogique

Bruxelles
8 au 12 avril 2002

L'ASBL DeRives organise une formation intitulée *La marionnette comme outil pédagogique*, pour enseignants, éducateurs, infirmiers...

Prix: 275 €.

Renseignements: ASBL DeRives, rue Laneau 105, 1020 Bruxelles, tél. 02-426 99 62.

Formation

19 au 21 avril 2002

Les C.E.M.E.A. (Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active) organisent une formation en résidentiel sur le thème *Action pour la santé en collectivités d'enfants et de jeunes*: mettre en place des outils de mobilisation pour la santé des enfants et des jeunes en collectivité. Aborder la santé dans sa globalité: rythme de vie, hygiène, aménagement de l'environnement, éducation affective,...

Renseignements et inscriptions: C.E.M.E.A., chaussée de Lessines 236, 7060 Soignies. Tél.: 067-45 81 95. Internet: www.cemea.be

Epilepsie

Bruxelles
23 avril 2002

Conférence-débat sur *Les épilepsies, quand elles sont associées au handicap mental* (20h).

Inscription souhaitée (P.A.F. 2,5 €).

Renseignements: Ligue francophone belge contre l'épilepsie, avenue Albert 135, 1190 Bruxelles. Tél. 02-344 32 63. Courriel: epilepsie.lf@skynet.be

Education affective et sexuelle

Bruxelles
23, 24, 25, 30 et 31 mai 2002

Module de formation à l'animation en éducation affective et sexuelle, destiné à tous les agents de l'éducation affective et sexuelle en milieu scolaire amenés à faire des animations de groupes de jeunes.

Lieu: Auberge de jeunesse J. Brel, rue de la Sablonnière 30, 1000 Bruxelles.

Frais d'inscription: 123,95 €. Date limite d'inscription: le 31 mars 2002.

Renseignements: Fédération laïque de centres de planning familial, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles. Tél.: 02-502 82 03 (Nancy Peltier et Françoise Brouhon). Courriel: flcpf@freegates.be

Santé communautaire

Evry (F)
24 et 25 mai 2002

Le 2e colloque "Croisement des pratiques communautaires autour de la santé" aura lieu sur le thème *Evaluer, évoluer.*

Pour tout renseignement (pré-programme, bulletin d'inscription...), consulter le site de l'Institut Renaudot: <http://renaudot.free.fr>

Tabagisme

Varsovie
20-22 juin 2002

3e Conférence européenne sur le tabac ou la santé.

Renseignements: Health promotion foundation, Sobieskiego 110/7, 00-764 Warsaw, Poland. Courriel: info@eco2002.org. Internet: www.eco2002.org

Suicide

Liège
18 au 22 novembre 2002

Deuxième Congrès international de la francophonie en prévention du suicide. Thème: *Prévention du suicide et pratique de réseaux.*

Lieu: Palais des Congrès de Liège.

Frais d'inscription: avant le 1-09-2002, entre 37 € et 248 €; après le 1-09-2002, entre 37 € et 297 €.

Secrétariat du Congrès: Maison du social de la Province de Liège, boulevard d'Avroy 28-30, 4000 Liège. Tél.: 04-232 31 68.

Fax: 04-232 31 77.

Courriel: Joelle.Gerardy@prov-liege.be

Internet: <http://social.prov-liege.be>

Appel à projets

Le Fonds Johnson & Johnson pour la santé, géré par la Fondation Roi Baudouin, propose son 6e appel à candidatures pour des projets novateurs mettant l'accent sur l'humanisation des soins de santé physique et/ou mentale. Le Fonds met l'accent sur trois lieux de vie, le domicile, le quartier et l'hôpital, et privilégie les initiatives centrées sur la santé des enfants et des adultes les plus exposés, dans le but d'améliorer leur autonomie.

L'an dernier, 28 projets, 16 néerlandophones et 12 francophones ont été retenus pour un total de près de 15 millions de francs (360.000 €). Les projets sont décrits en détail sur le site de la Fondation: www.kbs-frb.be.



vaccination contre la grippe et le pneumocoque de Question Santé (de 1996 à 2000);
- campagne de sensibilisation au bon usage des antibiotiques lancée en 2000 par le Ministère fédéral des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

Pourquoi ces choix? Parce que ces campagnes ont pu bénéficier soit d'enquêtes réalisées par des instituts de sondage, soit de données précises fournies par l'Institut National de Statistiques, ce qui a permis de mesurer beaucoup plus précisément leur impact auprès du public visé.

Don d'organes

Un exemple très frappant fut la campagne de promotion du don d'organes. Au regard des chiffres fournis par l'INS, on constate un rapport très net entre les passages de la campagne sur antenne et l'accroissement du nombre d'inscriptions au Registre National des personnes spécifiant un choix personnel en faveur ou non du don de leurs organes.

On découvre ainsi que d'octobre 98 à octobre 99 (période durant laquelle s'est déroulée la campagne), le nombre d'inscriptions en Communauté française en faveur du don d'organes a augmenté de près de 300% par rapport à la même période, l'année d'avant. Cette augmentation n'a pas été observée en Flandre, qui n'a pas bénéficié de la campagne.

Pour une information plus complète, voir *Education Santé* n° 156, p. 15.

Vaccination des personnes âgées de plus de 65 ans

Les campagnes de promotion de la vaccination pour les personnes âgées de plus de 65 ans sont menées annuellement, chaque automne, depuis 1995. Les vaccins concernés sont ceux contre la grippe, le pneumocoque et le tétanos. La vaccination contre le pneumocoque a été introduite récemment dans les recommandations du programme de vaccination.

Dans le nord du pays, des programmes de promotion de la vaccination sont menés de manière identique à ceux organisés en Communauté française, à l'exclusion des campagnes audiovisuelles, jugées trop coûteuses.

La comparaison des évaluations entre le nord et le sud du pays révèle une sensible différence dans les connaissances et les comportements de vaccination, principalement vis-à-vis du pneumocoque.

Le comportement de vaccination contre le pneumocoque a évolué beaucoup plus favorablement en Communauté française : en

cumulant les résultats des enquêtes menées suite aux campagnes de 1997, 1998, 1999 et 2000, on constate qu'environ 62% des personnes de plus de 65 ans déclarent avoir été vaccinées en Communauté française contre 26% seulement en Communauté flamande.

Pour une information plus complète, voir *Education Santé* n° 164, p. 16.

Sensibilisation à la résistance aux antibiotiques (2000 - 2001)

L'intérêt de cet exemple réside également dans le fait que l'on a pu mesurer le niveau de connaissances du public avant et après la campagne.

Cette campagne visait à faire prendre conscience d'un recours trop fréquent aux antibiotiques dans notre pays, induisant un accroissement des souches résistantes à l'action de certains antibiotiques.

On a pu vérifier que la campagne avait effectivement provoqué des changements d'opinion et d'attitude de la part du public visé, concernant la consommation d'antibiotiques.

Quelques chiffres:

- augmentation de près de 50% des personnes en accord avec l'affirmation que l'effet des antibiotiques diminue;
- augmentation de plus de 30% des personnes en accord avec l'affirmation qu'en Belgique, on a tendance à consommer trop d'antibiotiques;
- diminution de près de 60% des personnes enclines à demander spontanément des antibiotiques à leur médecin;
- diminution (temporaire) du volume des prescriptions d'antibiotiques.

Pour une information plus complète, voir *Education Santé* n° 166, p. 15.

Il est incontestable que la possibilité d'octroyer d'espaces gratuits en radio et télévision est un outil très puissant au profit de la promotion de la santé. De plus en plus d'organismes connaissent aujourd'hui cette opportunité et trouvent les moyens de produire des spots de qualité professionnelle. Comme le coût de production est nettement inférieur au coût de diffusion quand elle est payante, ils auraient tort de s'en priver!

Patrick Trefois et Philippe Mouchet, Service communautaire Question Santé asbl, avec la collaboration de Christian De Bock

Pour en savoir plus, vous pouvez prendre contact avec Philippe Mouchet, Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, ou consulter le site questionsante.org.

est invité à définir les utilisateurs potentiels de l'évaluation, les attentes qu'ils ont en terme d'évaluation (pilote du programme, aide à la décision de poursuite d'un financement...), les valeurs de référence utilisées (l'efficacité, la faisabilité, la visibilité...).

J'avais choisi de consacrer la suite de la matinée à la problématique "des territoires et partenariats". Dans leurs communications, les orateurs faisaient le constat que l'implantation de programmes repose sur toute une série de conditions et rencontre de multiples obstacles. Ils ont ainsi évoqué le développement de partenariat, la nécessité de la souplesse, de la créativité, de la clarification des rôles et responsabilités de chacun, du respect et du partage des expertises diverses, l'implication des décideurs, la permanence/rotation des acteurs.

Les exposés de l'après-midi s'articulaient autour de la thématique "des outils aux résultats d'évaluation". Les intervenants ont présenté des outils/méthodes d'évaluation: des fiches documentées, des entretiens, des questionnaires... Ce sont des outils dont la prise de connaissance n'était pas inintéressante car l'aspect très pratique-est séduisant mais seuls des échanges plus longs avec les auteurs auraient pu permettre d'en apprécier toutes les dimensions.

Enfin, le dernier jour consacré à la régionalisation des politiques était utile pour des planificateurs de politique de santé mais moins porteur pour des acteurs de terrain.

Bref...

La présence d'un fil conducteur permanent a permis une réelle progression dans la

connaissance des programmes régionaux de santé et surtout une première approche des éléments facilitateurs et des obstacles qu'ils rencontrent. Les nombreux parallélismes entre les expériences présentées et les situations rencontrées en Communauté française pourront se révéler enrichissants pour notre pratique quotidienne. Si on ajoute à tout cela, une organisation parfaite, des horaires respectés, des repas vite et bien servis, on comprend pourquoi ce colloque m'a laissé une excellente impression.

Carine Lafontaine, APES-ULG

Les actes du colloque sont disponibles auprès de l'APAS - Facultés de pharmacie et de médecine - Monsieur P. Lorenzo, 3 Rue Des Louvels, 80036 AMIENS Cedex 1, France, tél. 00 33 322827977.

Manger varié et limiter les graisses

Maladie cardio-vasculaire • alimentation • obésité • mass media

Traquer les graisses cachées, manger sainement et de manière variée et diversifier les modes de cuisson sont les priorités mises en évidence par la Fondation pour la chirurgie cardiaque et l'Observatoire de la santé du Hainaut pour ce début d'année. Spots en radio et en télévision et brochure explicative assurent la diffusion du message auprès d'un très large public.

Chacun a pu entendre en radio ou voir sur le petit écran ce détective un peu bougon qui analyse les viandes, les sucreries et les boissons gazeuses et met le doigt sur un monceau de graisses invisibles à l'œil nu...

Traquer les graisses cachées, diversifier les aliments et varier leurs modes de cuisson, en un mot opter pour une alimentation équilibrée, sont les priorités mises en exergue par la Fondation pour la chirurgie cardiaque et l'Observatoire de la santé du Hainaut durant les premiers mois de l'année.

Les deux associations s'emploient à les faire connaître largement dans le grand public. Des messages sont diffusés en radio et en télévision depuis le lendemain des fêtes de fin d'année. On pourra les entendre et les voir jusqu'à la fin du mois d'avril. Et une remarquable petite brochure, *Alimentation, saveurs et santé*, disponible gratuitement, prolonge et soutient l'impact des spots publicitaires.

Modifier les mentalités

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité en Belgique.

La Communauté française a donc fait de leur prévention l'une des priorités de son programme de promotion de la santé 1998-2003. Elle soutient et subsidie donc la campagne "Alimentation équilibrée" qui s'inscrit dans cette logique et dans le droit fil des actions "Votre cœur apprivoisé" menées par la Fondation pour la chirurgie cardiaque. Il est indispensable en effet de répéter régulièrement le même message pour arriver à modifier les mentalités. Or, l'alimentation fait partie des habitudes culturelles qu'il n'est pas aisé de changer. Elle est influencée par le mode de vie, les allégations et croyances diverses, les techniques agro-alimentaires, l'offre de produits. Résultat de cet ensemble de croyances et de pratiques: dans les pays industrialisés, la consommation de graisses est beaucoup trop élevée. Elle représente en effet 42 % de l'apport énergétique journalier alors que l'apport recommandé est de 30 %. Or, le lien entre une consommation excessive de lipides, le développement des maladies cardiovasculaires et l'apparition de l'obésité est clairement établi. Et les graisses visibles, telles le beurre, l'huile, etc., ne constituent qu'un tiers de nos apports en graisses. Les deux autres tiers des graisses que nous consommons sont des lipides invisibles ou cachés. Ils se trouvent dans les viandes grasses, les charcuteries, les fromages gras, les pâtisseries, les sauces.

Varié les aliments et cuisiner sainement

Pour limiter la consommation de graisses, il est donc primordial de connaître l'existence

des lipides cachés. Il est primordial aussi de savoir comment diminuer leur importance. C'est ici qu'interviennent la variété des aliments absorbés chaque jour. Par leur diversité, ils ont des propriétés complémentaires pour la santé. La manière de cuisiner n'est pas neutre elle non plus: privilégier la cuisson à l'eau, à la vapeur, au court-bouillon, à la poêle anti-adhésive, en papillote, par exemple, permet de faire très peu appel aux matières grasses. La brochure *Alimentation, saveurs et santé* propose des recettes faciles qui proposent d'essayer une autre manière de cuisiner, de découvrir de nouvelles saveurs, d'expérimenter des associations de goût originales. Elle donne aussi des idées de collations douces ou salées, mais toujours saines, qui aident à éviter le grignotage. Et elle rappelle que l'absorption de deux fruits par jour constitue un atout-santé, en suggérant des manières inhabituelles de les préparer.

La brochure est distribuée au public via le numéro gratuit de la Communauté française (0800-20000) durant toute la campagne télévisée. Elle est envoyée gratuitement sur demande à la Fondation pour la chirurgie cardiaque, rue Tenbosch 11, 1000 Bruxelles. Tél.: 02-644 35 44. Fax: 02-640 33 02. Ou à l'Observatoire de la santé du Hainaut. Tél.: 065-87 96 05. Enfin, elle est distribuée par les généralistes, les diététiciens, les pharmacies, les associations de terrain actives en promotion de la santé.

A.-M.P.

dont elles ont "assimilé" le message. Ont-elles acquis de nouvelles connaissances? Le message les a-t-il amenées à modifier leur attitude face au problème traité? Ont-elles adopté un nouveau comportement?

Le promoteur peut recourir à des enquêtes (de préférence permettant une comparaison entre la situation avant et après campagne). Ces enquêtes peuvent fournir des informations sur le niveau de connaissances, les attitudes et les comportements du public visé. La limite de ces enquêtes vis-à-vis de l'évaluation d'une campagne est notamment qu'on ne peut attribuer à la seule communication d'éventuels changements constatés. Le coût de telles enquêtes ne permet pas aux promoteurs d'y recourir systématiquement.

Ces campagnes sont-elles efficaces?

Nous reprenons ci-après une synthèse de quelques bilans de campagne permettant de confirmer l'impact des campagnes de promotion de la santé en radio et en télévision sur les changements d'attitude, voire de comportement du public visé.

Trois campagnes ont été sélectionnées entre 1996 et 2000:

- campagne de promotion du don d'organes lancée en 1999-2000 par l'Association nationale des greffés cardiaques et pulmonaires (ANGCP);
- campagnes annuelles de promotion de la

La Commission francophone de la promotion de la santé dans la pratique du sport

Sport • dopage

L'an dernier, deux décrets importants ont été votés par les parlementaires francophones, le premier relatif au sport et au dopage¹, le second concernant la promotion de la santé à l'école². Les instruments permettant l'application des textes législatifs se mettent progressivement en place. Nous reproduisons ci-dessous de larges extraits de l'intervention de la Ministre de la Santé à l'occasion de l'installation de la Commission francophone de la promotion de la santé dans la pratique du sport (les titres sont de la rédaction).

C'est en 2001 que le Parlement de la Communauté française a voté à l'unanimité le 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. Ce texte permet enfin à la Communauté française d'assumer une compétence dont elle dispose depuis 1971.

Si c'est la lutte contre le dopage qui retient l'attention, le titre même du décret indique que mes objectifs étaient plus larges: intégration de la logique de promotion de la santé dans le domaine du sport ainsi que suivi et conseil médical aux sportifs.

Si le décret représente le cadre normatif que se donne la Communauté française et indique ses objectifs et axes d'action, ce sont les arrêtés d'exécution du Gouvernement qui doivent permettre de le mettre réellement en œuvre.

Ces arrêtés d'exécution doivent être soumis à une commission consultative, intitulée "Commission francophone de promotion de la santé dans la pratique du sport" dont la composition permet d'aborder les différentes facettes de ce décret.

Du bon usage du sport

Depuis toujours, sport et santé nourrissent des relations ambiguës. Développer une activité sportive a un impact positif sur la santé. Et a aussi un impact positif sur la sociabilisation et sur l'image qu'on a de soi. Le sport a donc aussi une mission sociale, éducative et culturelle.

Le sport est donc promoteur de la santé s'il est associé à une hygiène et à une qualité de vie et s'il respecte les limites ou faiblesses physiques de chaque individu. Et c'est là que souvent les choses se gâtent.

Le sport, intrinsèquement, mais aussi son environnement, intègre la notion de la performance, du dépassement de soi, de la compétition. Le risque est alors de surexploiter la santé, jusqu'à lui nuire.

La marchandisation du sport, sa mise en spectacle, la surenchère des performances, les salaires démesurés et les enjeux financiers qui accompagnent aujourd'hui le sport de haut niveau mènent à la tentation du dopage et au dopage.

Le dopage s'est développé et banalisé dans la pratique du sport, et pas seulement dans le sport d'élite et professionnel. Les sportifs amateurs et, plus dangereux encore, les sportifs de plus en plus jeunes, sont touchés par le phénomène du dopage.

D'autre part, tous les sportifs ne sont pas dopés, professionnels ou amateurs. Beaucoup pratiquent leur activité sportive pour se maintenir en forme, dépasser raisonnablement leurs limites, avoir une activité sociale riche.

C'est à ceux-là aussi que le décret s'adresse, pour les aider, avec la collaboration du secteur médical et des fédérations sportives, à ne pas prendre de risque pour leur santé et à développer leur qualité de vie.

Les ambitions du décret

Le premier objectif est celui de l'intégration de la philosophie de la promotion de la santé dans le sport. Il s'agit de développer une démarche éducative, préventive et informative vis-à-vis des sportifs, à quelque niveau que ce soit.

On pourra ainsi organiser des campagnes à l'égard de publics-cibles, par exemple les plus jeunes dans les écoles ou clubs sportifs, en respectant l'approche de la promotion de la santé:

- participation des individus et/ou du groupe, partant de leurs propres compétences et les enrichissant par l'information;
- responsabilisation des individus et/ou du groupe, afin que chacun soit apte à poser des choix ayant un impact sur sa santé;
- prise en compte de l'environnement global des personnes: les déterminants de la santé ne sont pas que physiques, l'environnement social, culturel, affectif de chacun a un impact sur sa qualité de vie. On est donc au-

delà du seul secteur médical, et la logique de ce type de campagne est celle de la proximité.

Les interventions préventives pourront se développer dans le milieu sportif mais aussi dans les lieux de sport non encadrés, collectifs ou individuels ou dans les écoles. Il pourra aussi s'agir de campagnes grand public.

Le deuxième objectif est la lutte contre le dopage, en définissant ici trois axes d'intervention:

- la prévention: viser la réduction des risques et l'éducation à la responsabilisation des consommateurs. Des campagnes d'information et de prévention attireront l'attention des publics-cibles sur les caractéristiques des produits et leurs dangers;
- la sanction des sportifs: elle sera d'ordre disciplinaire. Ces sanctions seront prévues dans les règlements des fédérations sportives. Nous n'avons pas voulu sanctionner pénalement les consommateurs mais bien les organisateurs de la consommation;
- les sanctions pénales, relevant des Cours et Tribunaux, pour ceux qui favorisent, organisent et facilitent la consommation de produits dopants.

Les pouvoirs publics pourront donc organiser des contrôles, en plus des contrôles déjà organisés par les fédérations et de la possibilité qui existe toujours pour la Justice d'ouvrir un dossier sur base d'une plainte.

Ces contrôles de la Communauté française pourront avoir lieu lors de manifestations ou d'entraînements. Ils consisteront en prélèvements de sang, salive, urine, cheveux, échantillons des ravitaillements et fouilles des lieux et personnes qui encadrent le sportif. Prélèvements et échantillons seront analysés dans un laboratoire agréé.

Ici aussi, on ne contrôlera pas que les milieux sportifs fédérés. On pourra aussi intervenir dans le milieu sportif non encadré (cyclo-tourisme, salle de musculation, etc.).

La définition du dopage que nous avons retenue est large et permet d'anticiper l'arrivée sur le marché de nouvelles substances ou de nouveaux procédés susceptibles d'améliorer les performances.

Le troisième champ d'intervention est celui du suivi médical. Il s'agit à nouveau de préve-

Six années de campagnes audiovisuelles d'éducation pour la santé

Mass media

Vous avez certainement vu ou entendu au cours de ces dernières années des messages d'éducation pour la santé diffusés par nos télévisions et/ou radios francophones.

Du lever au coucher, en passant par le petit déjeuner, l'embarras de circulation, la détente de la soirée, ces spots visant un meilleur bien-être et une meilleure santé sont diffusés dans le cadre des espaces publicitaires.

La signature générique bien connue "Ma santé, c'est notre intérêt. Avec le soutien de la Communauté française" soutenue en version télévisée par quatre mousquetaires, a été remplacée récemment par une version plus sobre reprenant le sigle du coq gouvernemental accompagné d'une mention "Avec le soutien de la Communauté française".

Comment des campagnes d'éducation pour la santé aboutissent-elles sur les chaînes audiovisuelles?

La base légale de diffusion de ces campagnes est constituée par l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 18 janvier 1995 relatif à la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion (modifié par l'arrêté du 17 juillet 1997).

Cette opportunité est exceptionnelle: le Gouvernement de la Communauté française de Belgique est, à notre connaissance, le seul en Europe à avoir mis en place une telle possibilité d'octroi d'espaces gratuits aux campagnes de promotion de la santé.

Les moyens ainsi dégagés pour la santé publique sont considérables. On peut estimer la valeur annuelle des espaces octroyés aux campagnes de promotion de la santé entre 1 et 2 millions d'euros.

Notons toutefois que la gratuité ne s'étend pas à la réalisation du message à diffuser. Une procédure précise a été mise au point, afin de garantir le sérieux et l'équité de l'octroi des espaces gratuits de diffusion.

La Commission d'avis "Campagnes radiodiffusées" du Conseil supérieur de promotion de la santé, installée en vertu du Décret du 14/7/97 art.4, remet généralement avis sur le projet avant réalisation, puis sur le matériel audiovisuel réalisé.

L'examen du projet est basé sur les trois critères suivants: la rigueur scientifique, l'éthique et la cohérence avec le Programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française. En outre, deux autres critères sont pris en considération: l'intelligibilité du message et la pertinence du plan de diffusion.

Le Gouvernement de la Communauté française de Belgique est le seul en Europe à avoir mis en place une telle possibilité d'octroi d'espaces gratuits aux campagnes de promotion de la santé.

Quels thèmes sont concernés par l'octroi d'espaces gratuits de diffusion?

L'arrêté cite à titre d'exemple une série de thèmes de campagnes d'éducation pour la santé.

Cette liste doit évidemment être éclairée par l'esprit du Décret du 14/7/97 et par les priorités énoncées dans le Programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française.

Outre un accent sur des stratégies et des populations prioritaires (populations fragilisées, naissance et enfance, population scolaire), le programme quinquennal énonce quelques problèmes de santé prioritaires. Ce sont les maladies infectieuses (prévention du sida, vaccination et lutte contre la tuberculose), les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les assuétudes, les problèmes de santé mentale, les accidents.

Quels sont les supports concernés?

Tous les organismes de radiodiffusion de la Communauté française sont concernés.

Cela représente donc aussi bien les chaînes de télévision de service public que les chaînes privées commerciales telles que RTL-TV, Club RTL, ou Canal + (lors de ses émissions en clair). En plus de ces télévisions, il ne faut pas oublier les douze télévisions locales, pour autant, bien entendu, qu'elles aient diffusé des spots publicitaires sur des boissons alcoolisées, des médicaments ou des soins

médicaux (comme le prévoit l'Arrêté à l'article 1er, voir page 2).

Les radios sont également concernées: les cinq chaînes de la RTBF (La Première, Fréquence Wallonie, Musique 3, 21 et Bruxelles Capitale), ainsi que les réseaux privés tels que Bel RTL, Radio Contact, NRJ, Fun radio, Nostalgie, Contact 2, etc.

Quelles campagnes ont pu bénéficier de ces espaces depuis 1995?

De 1995 à 2001, près d'une cinquantaine de campagnes ont bénéficié des espaces de diffusion gratuits.

Les thèmes des campagnes sont variés.

Citons notamment

- la prévention: du sida, de l'ostéoporose, du tabagisme, de la mort subite du nourrisson, de l'endoctrinement dans les sectes, de la maltraitance de l'enfant;
- la promotion: de la vaccination, du don d'organes, de la conduite responsable, de l'emploi des personnes handicapées, de la sécurité des enfants dans la ville, du carnet de l'enfant et de la mère;
- le dépistage du cancer du sein.

Comment peut-on évaluer les campagnes audiovisuelles?

La Commission d'avis "Campagnes radiodiffusées" est attentive, lors d'une demande de rediffusion d'une campagne, aux éléments d'évaluation remis par le promoteur.

Les promoteurs peuvent recourir à différentes évaluations.

Les chaînes peuvent fournir des indices techniques similaires à ceux utilisés pour mesurer l'impact d'une campagne publicitaire. La limite de ces indices est la suivante: on estime le nombre de personnes touchées par un message, mais on ne sait rien de la manière

Un être sain dans un logement sain

Habitat • pollution • accident domestique

Comment faire du lieu où nous passons une grande partie de notre vie, notre logement, un espace propice à une bonne santé?

Comment remédier au fait que tant de gens n'aient pas un logement décent? Ces questions sont au coeur du dossier "Ensanter l'habitat" publié par la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé.

Le rapport entre santé et habitat existe depuis les premières cavernes. Mais il connaît des développements nouveaux avec l'essor technologique. La Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones aborde quelques aspects de cette vaste problématique dans un cahier spécial de son trimestriel, *Santé conjuguee*. Ce dossier se limite à l'habitat et à l'espace privé. Mais les relations qu'il entretient avec la politique de la ville, la santé mentale, les questions d'urbanisme, d'espace public et de santé communautaire seront abordées dans de prochains numéros. Le champ d'analyse est déjà très vaste. En effet, "les conditions dans lesquelles se déroule la vie domestique influencent de manière non négligeable la santé et le bien-être des habitants" constate Françoise Noël, directrice du Centre de recherche urbaine à l'ULB en conclusion générale à ce cahier qui traite de la santé dans son acception la plus large.

miques ou biologiques (par exemple suite à un excès d'isolation ou un manque de ventilation). Enfin, elle met en cause les pollutions de l'air à l'intérieur du logement.

Le dossier détaille un certain nombre de ces problèmes: analyse des nuisances, rapport entre problèmes de santé et pollution intérieure, saturnisme infantile, intoxications au CO (monoxyde de carbone)... Il présente aussi une série d'initiatives destinées à rendre l'habitat plus sain: le projet *Sandrine* qui vise à prévenir les problèmes de santé liés à la pollution intérieure, le projet-pilote *Ambulance verte* mené au Luxembourg et dans quelques maisons médicales bruxelloises, en collaboration avec l'Institut bruxellois de la gestion de l'environnement, le projet *Hector* qui veut combler au plan communal le déficit de communication dans le domaine de la santé environnementale, etc.

Architecture, bien-être et santé

Le logement constitue aussi un élément clé sur le plan de la santé mentale et du bien-être psychologique. "Parler de son logement, en fin de compte, c'est parler de soi" remarque encore Françoise Noël. Les permanences "logement" sont d'ailleurs l'occasion pour de nombreuses personnes de parler de leur mal-être. Ne pas avoir de "chez soi" agréable voire

Les sujets abordés sont passionnants: comment concilier patrimoine historique et rôle du logement social, avec le cas concret de la cité Hellemans, à Bruxelles; le choix utopique (?) de l'habitat groupé; une approche de la distance fondamentale qui existe entre "loger" et "habiter" qui prend tout son sens quand on s'intéresse à l'impact de l'environnement immédiat sur la santé. Ces apports ouvrent des pistes de réflexion vraiment originales.

Les mal logés

Enfin, les problèmes cruciaux et souvent scandaleux qu'éprouvent certaines personnes à posséder un logement, entendu ici en son sens plein d'habiter, composent le troisième volet du cahier. Le thème est abordé sous des angles très différents: difficulté de vivre le lien de l'habitat avec le quartier et la ville, l'habitat comme facteur d'intégration, de marginalisation ou d'exclusion et dès lors vecteur d'épanouissement ou d'aliénation, rôle clé - mais exigeant humilité - des professionnels de la santé comme témoins et mobilisateurs. Et puis, la problématique décourageante du lien entre habitat et santé quand la pauvreté apparaît, difficulté pour les personnes vieillissantes de trouver un logement adapté, problèmes d'accès au logement d'une partie significative de la population et rôle de l'accompagnement social en matière de logement comme moyen de réinscription dans le milieu de vie.

Enfin, le cahier présente l'expérience menée à "L'Autre Lieu" qui offre des possibilités d'accueil individualisées et chaleureuses aux personnes en difficulté.

Au total, un dossier très riche, très fouillé, bien au-delà des clichés et propos lénifiants trop souvent de mise en ce domaine. A.M.P.

"Ensanter l'habitat", dossier spécial de *Santé conjuguee* n° 18 d'octobre 2001. Prix: 8,68 €. Numéro disponible à la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones, boulevard du Midi 25 bte 5, 1000 Bruxelles. Tél.: 02-514 40 14. Fax: 02-514 40 04. Courriel: fmmcsf@fmm.be. Site internet: <http://www.maisonmedicale.org>

1 - Sur ce sujet, signalons également la publication par Educa-Santé d'une enquête de la société Cooparch-R.U. sur l'intégration de la prévention des accidents dans les pratiques des architectes, qui s'inscrit dans un programme quadriennal de prévention des traumatismes et de promotion de la santé financé par la Communauté française Wallonie-Bruxelles. Renseignements: Martine Bantuelle, Educa-Santé, av. Gl Michel 18, 6000 Charleroi. Tél.: 071-30 14 48. Fax: 071-31 82 11. Courriel: martine.bantuelle@educasante.org.

nir les risques et de donner aux sportifs des recommandations adaptées de comportement et de mode de vie favorisant la pratique du sport dans le respect de la santé.

Les médecins généralistes et les médecins sportifs seront les relais privilégiés de cette démarche visant à protéger l'athlète des performances parfois abusives, mais en associant à la prise en compte de sa santé. Pour chaque discipline sportive, sur base de recommandations scientifiques internationales, une liste d'indications et de contre-indications sera fixée pour permettre l'évaluation de l'aptitude de la pratique du sport. Cette liste servira de référence pour les médecins lors du suivi des sportifs et de leur examen d'aptitude. Elle sera régulièrement actualisée.

Un carnet de santé du sportif sera créé pour supporter ce suivi médical et personnaliser les recommandations de prévention. Cet outil permettra également un dialogue entre patient et médecin et responsabilisera le sportif face à sa pratique.

Je dois encore ajouter que la Communauté française a inscrit son dispositif législatif dans le cadre des dispositions européennes sur la lutte contre le dopage. Un accord de coopération réunissant Flamands, Bruxellois, Germanophones et Francophones a permis l'harmonisation des différentes législations et des pratiques de contrôle.

Un peu plus de 420.000 € sont prévus au budget, nous permettant de réaliser un millier d'analyses par an. Une partie de ce budget sera consacrée aux campagnes de prévention et d'information.

LA Santé de l'homme

n° 355 - septembre-octobre 2001

Aide à l'action

A propos de la notion de résilience
Résilience: "Les blessures sont irréversibles, mais elles sont réparables", entretien avec Boris Cyrulnik

Les éducateurs pour la santé et la résilience: du coup de foudre au mariage de raison, Christine Ferron

La santé à l'école

Atelier santé: les élèves prennent leur place, Florence Daussant, Gilles Chinaud

La santé en chiffres

La fumée des autres, Karina Oddoux

Dossier - Travail: la santé impossible?

Présentation

Si loin, si proche, Alain Douiller



Voilà le cadre global dans lequel la Commission francophone de la promotion de la santé dans la pratique du sport va travailler.

Il faut désormais que la Communauté française entre dans une phase active: lancement de campagnes spécifiques et ciblées, contrôles visibles sur le terrain. La Commission aura beaucoup de travail dans les prochains mois, pour pouvoir mettre en œuvre le décret dès le mois de juillet de cette année.

Nicole Maréchal, Ministre de la Santé de la Communauté française Wallonie-Bruxelles

Le travail: ce n'est pas toujours la santé!

Intensification du travail: des effets sur la santé, Serge Volkoff, Michel Gollac
La santé des salariés au microscope, Sylvie Hamon-Cholet
Accidents du travail: vers des statistiques plus proches de la réalité?, Sylvie Hamon-Cholet
Plaidoyer pour une vraie politique de santé au travail, Annie Thébaud-Mony
Sortir de soi. Travail, chômage et action collective, Yves Clot
Logiques organisation et place de la santé dans l'entreprise
Produire, sans détruire la ressource humaine, François Hubault
Du code du travail au dialogue social, Francis Bourdon

Vers un statut de sujet... même au travail. Trois questions à Omar Brixii
Comprendre le travail, pour limiter les atteintes à la santé, Alain Garrigou
Quelles actions de prévention?
Donner la parole aux salariés sur leurs condi-

Un bref commentaire

C'est le Prince Alexandre de Mérode, une 'pointure' en la matière, qui assurera la présidence de la Commission. Il sera assisté à la vice-présidence par Michel Demarteau, à la fois spécialiste en éducation physique et en méthodologie en promotion de la santé. Souhaitons à ce tandem et à son équipe d'efficients et de suppléants plein succès dans leur entreprise!

1 - Voir *Educations Santé* n° 159.
2 - Voir *Educations Santé* n° 165 pour la philosophie du décret, et ce numéro pour le texte officiel.

tions de travail, entretien avec Michel Berthet
Tabac en entreprise: entre loi et prévention, Sylviane Ratte, Anne Borgne
Pour une prévention de l'alcoolisation en entreprise, Jean-Paul Jeannin
Des outils de sensibilisation et d'information des acteurs médicaux, Anne Delépine
Pour en savoir plus

Educations du patient

"Pour un libre patient", Philippe Barrier

Cinésanté

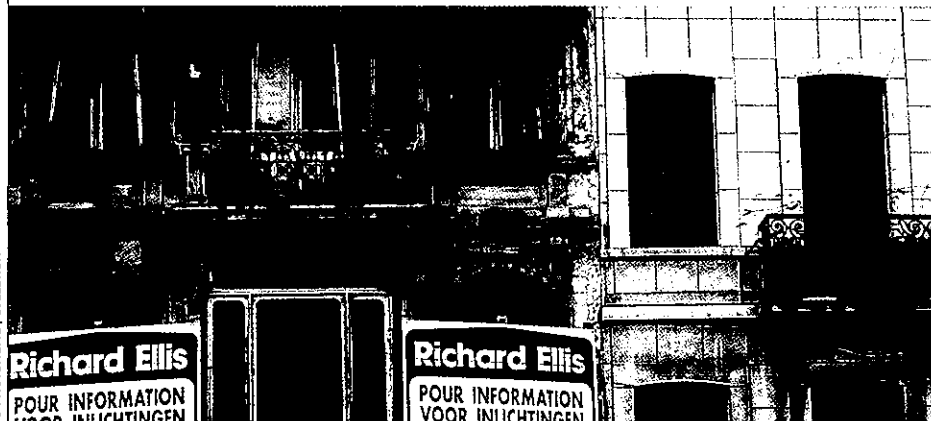
Traffic, Michel Condé et Alain Douiller

Environnement

Téléphone portable: le doute raisonnable, Denis Dangaix

Lectures - vidéo

L'abonnement à *La Santé de l'Homme* (6 numéros par an) est de 220 FF / 33.53 € pour la Belgique. Prix au numéro: 39 FF / 5.94 €. Pour tout renseignement: *La Santé de l'Homme*, Comité français d'éducation pour la santé, rue Auguste Comte 2, BP51, F-92174 Vanves cedex, tél. 1 41 33 33 33, fax 1 41 33 33 90.



Alerte à la pollution

Elle rappelle que, selon l'OMS, les accidents (blessures accidentelles, intoxications, noyades, etc.) restaient les premières causes de décès chez les enfants de 4 à 14 ans en 1995 et que la majorité d'entre eux se déroulaient dans l'espace du logement. Elle note aussi que certains composants matériels agissent défavorablement sur la santé: exposition à l'amiante, exposition aux polluants chi-

simplement décent constitue une souffrance d'autant plus grande que notre société privilégie fortement les valeurs d'intimité et d'épanouissement personnel et assigne au logement le rôle de "camp de base", lieu privilégié du déploiement de la vie privée.

Dans la deuxième partie du dossier, plusieurs architectes se penchent sur ces différents thèmes: pour les auteurs, la santé devrait être l'affaire de tous et donc aussi des architectes¹.

Concertation et coordination d'acteurs locaux à partir de pratiques de terrain

Nourrisson • jeune • personne âgée • niveau local

Trois programmes développés au CLPS du Hainaut occidental

En partenariat avec divers acteurs locaux, le Centre local de promotion de la santé du Hainaut occidental poursuit depuis quelques mois trois programmes parmi d'autres, qui touchent plus particulièrement à la "Santé du nourrisson et de sa famille", au "Bien-être des jeunes" et au "Bien-être des personnes âgées".

L'intérêt de ces projets, au regard des diverses missions imparties à un CLPS, peut se mesurer selon différentes perspectives.

Une première perspective, que nous n'évoquerons que brièvement, concerne l'éclaircissement des éléments mis classiquement en avant pour l'implantation d'un projet particulier de promotion de la santé (par exemple l'analyse du contexte, l'état des lieux de la demande, du besoin et de l'offre, le cadre des évaluations, la mesure des ressources, etc.).

Nous tenterons en revanche de développer davantage une seconde perspective: celle-ci touche globalement aux modalités de concertation et de coordination entre acteurs qui, dans un contexte riche en particularismes (par exemple les particularités des acteurs individuels, des institutions, des projets, des pratiques locales, etc.), constituent la résultante de multiples partenariats issus des projets évoqués plus haut.

Nous organisons notre propos en trois parties:

- une première partie portera sur les pratiques locales avec lesquelles est en prise la promotion de la santé, suite à une brève description des trois projets; nous en soulignerons quelques éléments-clés dont notamment les partenaires, les enjeux et objectifs poursuivis ainsi que les stratégies engagées;
- une deuxième partie essaiera de tirer quelques enseignements issus des expériences, de cerner les impulsions et les encadrements assurés par le CLPS-Ho dans son double rôle de structuration (méthodologique) et de médiation (socio-politique);
- une troisième partie, en guise de conclusion, s'interrogera sur certains éléments de bilan en vue d'une continuation de la réflexion et de l'action.

Le contexte général et les trois programmes locaux

On sait que le concept de "promotion de la santé" se réalise progressivement en Communauté française au travers, entre autres, de dispositifs politiques et institutionnels objectifs: un décret en a fixé le cadre, un budget y est affecté, des institutions, chacune à leur niveau, opérationnalisent des projets'...

Bien sûr, notre description de la "promotion de la santé" suivant les seuls dispositifs politiques et institutionnels de la Communauté française peut paraître réductrice. Dans le cadre limité de cet article, nous ne mentionnerons pas, en effet, l'Etat fédéral et les Régions qui, aux termes de leurs lignes politiques, peuvent également montrer une certaine sensibilité au concept.

Nous ne soulignerons pas, par ailleurs, les "tendances lourdes" concernant divers phénomènes sanitaires, démographiques, économiques, sociologiques et culturels qui pèsent sur la structuration du débat en matière de promotion de la santé et qui concourent, parmi d'autres effets, à sa prise en compte progressive dans les champs politiques et institutionnels.

Il n'en reste pas moins que cette réalisation du concept de "promotion de la santé" semble être en prise avec des pratiques locales. Ces dernières ressortissent à des terrains particuliers, avec leurs contextes, leurs acteurs, leurs enjeux et objectifs, leurs stratégies et leurs moyens mis en oeuvre.

Ainsi, de manière plus concrète, nous rapportons ici, à titre illustratif, trois projets inscrits dans le programme pluriannuel 2000-2005 du CLPS-Ho.

Les trois projets

Santé du nourrisson

Le projet "Santé du nourrisson et de sa famille" s'est inscrit dans la continuité locale (c'est-à-dire en Hainaut occidental) du programme communautaire "La semaine du nourrisson" initié par le Centre d'éducation du patient (voir l'article 'Papa, maman, bébé et compagnie' dans le numéro 165 de décembre 2001) et appuyé par la Communauté française. Le CLPS-Ho a mobilisé 19 partenaires² de mars à octobre 2001. Localement, ces partenaires ont eux-mêmes associé 13 autres institutions. Le projet "Santé du nourrisson et de sa famille" se réalise

suivant deux axes. L'un consiste en une dizaine de manifestations (ateliers, séminaires, colloques, conférences-débats, animations, etc.) se déroulant début octobre 2001 sur l'ensemble du Hainaut occidental. L'autre consiste en l'édition d'une brochure "La santé du nourrisson de sa famille: des services pour vous aider" dont l'élaboration a été coordonnée par le CLPS-Ho. Cet outil est destiné aux professionnels ainsi qu'aux (futurs) mamans des arrondissements de Tournai-Ath-Mouscron.

Bien-être des jeunes

Le projet "Bien-être des jeunes" est né d'un bilan (notamment sur les dynamiques de groupe et les contenus) du CLPS-Ho à propos de 2 programmes antérieurs (et précurseurs) qui avaient relativement "bien marché" en Hainaut occidental, le "Réseau Ecoles en Santé" en partenariat avec la Croix-Rouge de Belgique et le "groupe demandes-besoins-offres en matière d'information et de formation en promotion de la santé", dans le cadre d'un programme mis en oeuvre par l'Observatoire de Santé du Hainaut, intitulé "La santé au cœur des jeunes".

Au terme de ce bilan, l'initiative du CLPS-Ho a été, depuis septembre 2000, de construire un partenariat avec 15 institutions locales³.

Ce partenariat débouche aujourd'hui sur des scénarios d'actions potentiellement réalisables suivant 2 pistes principales. L'une se situerait à l'intérieur de l'école (analyse des attentes des jeunes en matière de "bien-être", concours de dessins sur le sujet, mise en place de structures visant la collaboration de partenaires "bien-être" au sein de l'institution scolaire) et l'autre se déploierait au-delà de l'école (concours de publicité, forum-animations, micro-trottoir, journal des jeunes, fête des associations dont le public est constitué de jeunes).

Personnes âgées

Le projet "Bien-être des personnes âgées" résulte des réflexions en réunions d'équipe du CLPS-Ho. Ainsi, de l'ensemble des activités menées, il nous a semblé que les problématiques liées au groupe de population des personnes âgées demeuraient insuffisamment approfondies. L'équipe a relevé en outre un contexte de plus en plus pressant et opportun, notamment au travers des débats portant sur le vieillissement des populations, le budget des pensions, le travail des personnes âgées en Europe,...

Mieux prévenir les maladies coronariennes

Maladie cardio-vasculaire

L'évolution du traitement des maladies coronariennes est positif. Mais les écarts entre la connaissance des facteurs de risque et leur incidence sur le mode de vie de la population reste énorme. Il est donc urgent d'intensifier la prévention auprès du plus large public.

Les maladies cardio-vasculaires restent la première cause de mortalité en Belgique. Toutes se caractérisent par un dépôt de lipides à la surface et à l'intérieur même de la paroi artérielle (athéromatose). Ces dépôts se forment petit à petit mais leurs manifestations extérieures (angine de poitrine, accident vasculaire cérébral, infarctus aigu du myocarde, etc.) surviennent généralement plusieurs décennies après le début des lésions vasculaires.

Le traitement de ces maladies a connu une évolution favorable au cours des dernières décennies, si l'on en croit les études réalisées à Charleroi et Gand depuis 1983. Cette évolution s'explique tant par une baisse des taux d'attaque que par une meilleure survie, surtout quand les patients sont hospitalisés à temps. Malgré cela, la maladie ischémique du cœur tue encore: en 1993-1994, elle était la cause du décès de 11 % des femmes et 13 % des hommes. De plus, les femmes malades bénéficient moins que les hommes de ces mesures positives puisque leur survie est moins bonne alors que leur risque absolu est moins élevé.

Facteurs de risque connus

Toutes ces données sont mises en évidence par le dernier "Rapport sur la maladie ischémique du cœur". Réalisé par le Centre de recherche

opérationnelle en santé publique (CROSP), il a pour objectif d'aider les ministres des Communautés française et flamande compétents en matière de prévention santé et leurs Administrations à rechercher une approche globale et harmonieuse des problèmes. Mais les données qu'il contient, accessibles très largement via l'internet, peuvent également intéresser le personnel médical et paramédical, les chercheurs, les enseignants et les étudiants, et la presse médicale. Elles montrent en effet l'écart entre la connaissance que le public a des risques encourus et l'influence étonnamment faible de ce savoir sur son mode de vie.

Les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, en effet, sont bien connus. On sait que les facteurs génétiques jouent un rôle important dans la genèse de la maladie cardio-vasculaire ainsi que dans le développement de plusieurs de ses facteurs de risque majeurs: l'hypertension, la cholestérolémie, le diabète et la consommation de tabac. On sait aussi que le risque lié au manque d'exercice physique est clairement démontré, de même que l'influence directe du régime alimentaire. Enfin, on n'ignore plus que les facteurs psychosociaux (personnels, familiaux et professionnels) et les facteurs socioéconomiques jouent également un rôle important tant sur les facteurs de risque que dans la genèse de la maladie.

Intensifier la prévention primordiale

Pourtant, en Belgique, un cinquième des patients sont toujours fumeurs, quatre cinquièmes sont obèses ou présentent une sur-

charge pondérale. La moitié a une pression artérielle trop élevée. Trois cinquièmes présentent un excès de lipides...

Les progrès à réaliser en matière de détection et de prévention restent donc très importants, qu'il s'agisse de prévention primaire (auprès du public à risque) ou de prévention secondaire (accompagnement des patients après un accident coronarien). Le Rapport note aussi que le vieillissement de la population et l'amélioration de l'efficacité des traitements préventifs et curatifs font croître le nombre de patients qui nécessitent une prévention secondaire. Avec l'augmentation des coûts que cela suppose.

Ceci rend donc la "prévention primordiale" (auprès du plus large public possible) plus nécessaire que jamais. Celle-ci relève de la promotion de la santé. Comment s'y prendre? Selon le Rapport, pour amener la population à adopter un mode de vie plus sain, il ne suffit pas d'influencer les connaissances, les attitudes et les pratiques des individus. Il faut surtout réussir à mobiliser tous les secteurs concernés: milieu de travail, écoles, transports, consommation, logements... Ces actions de prévention primordiale exigent un travail de longue haleine, mais ce sont elles qui doivent permettre d'atteindre les gains de santé les plus importants.

Le texte de ce Rapport peut être consulté sur le site <http://www.iph.fgov.be/epidemia/morbidat>

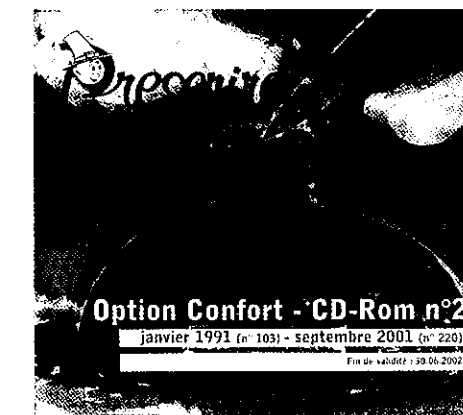
Renseignements complémentaires: Centre de recherche opérationnelle en santé publique (CROSP), Docteur Jean Tafforeau, ISP, Service d'épidémiologie, 14, rue J. Wyltsman, à 1050 Bruxelles. Tél.: 02 - 642 57 71. Fax: 02 - 642 54 10.

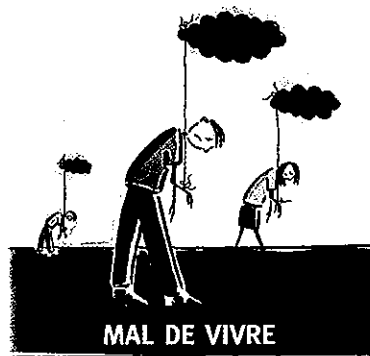
Prescrire sur cédérom

Médicament • documentation

Il ne s'agit pas d'une tendance nouvelle de la pratique médicale, du style consultation en ligne sur l'internet, mais d'un service proposé à ses abonnés par le mensuel Prescrire. Ce disque offre un complément idéal à la version papier, puisqu'il permet de disposer de 10 années d'archives de la revue, soit 100 numéros parus entre janvier 1991 et septembre 2001. Outre le contenu de la revue, il comprend son index depuis 1981 et un moteur de recherche très performant. En quelques secondes, vous avez le résultat de

vos recherches imprimé dans le format de la publication: impressionnant. Ce cédérom étant mis à jour deux fois par an, le suivant sortira en juin 2002. Le prix du Service option confort CD-ROM est de 228,67 € la première année et de 99,09 € les années suivantes pour les souscripteurs individuels, et de 457,35 € et 198,18 € pour les institutions. Revue Prescrire, Service aux Abonnés, BP 459, F-75527 Paris Cedex 11. Courriel: index@prescrire.org.





MAL DE VIVRE
COMMENT TROUVER DE L'AIDE



Mal de vivre

Santé mentale

Nous sommes nombreux à ne pas savoir vers qui nous tourner lorsque la vie perd de sa saveur et que le mal-être s'installe en nous. Certes, il n'est pas facile de reconnaître que cela ne va plus et d'oser demander de l'aide. Pourtant, cette prise de conscience peut nous aider à sortir de l'impasse.

La brochure *Mal de vivre comment trouver de l'aide* a été conçue sur base des témoignages recueillis lors d'animations des Mutualités et des Femmes prévoyantes socialistes autour du jeu *Plein la tête, Bingo de la santé mentale*². C'est dire si les informations qu'elle fournit s'ancrent dans la réalité quotidienne de chacun.

Ce document présente aussi bien des réflexions générales sur le bien-être et la souffrance que des informations précises sur les aides individuelles et collectives, et sur les médicaments de l'humeur. Il comprend aussi un important carnet d'adresses utiles.

La brochure *Mal de vivre comment trouver de l'aide est disponible gratuitement à l'UNMS - Département Communication, rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles. Courriel: unms@mutsoc.be. Elle peut aussi être téléchargée sur le site www.mutsoc.be, qui vient d'être sérieusement rafraîchi.*

2 - Voir *Éducation Santé* n° 162, pp. 13 et 14, pour la description de cet outil de promotion de la santé mentale.

Le guide de l'hospitalisé

Hôpital

Puis-je choisir un hôpital quand je suis transporté en ambulance? Quels sont les médecins qui peuvent demander des suppléments d'honoraires? Comment connaître les suppléments d'honoraires qui peuvent m'être réclamés? Quel est le coût d'une hospitalisation? Puis-je bénéficier d'une intervention majorée?

Une des missions des mutualités est d'informer leurs affiliés sur les arcanes de notre système de soins de santé, pour leur faciliter l'accès à des soins de qualité à un coût raisonnable, tant pour la collectivité que pour les assurés sociaux.

Parmi les classiques de l'information, il y a évidemment tout ce qui touche à l'hospitalisation.

Avec 1,7 millions d'admissions chaque année dans notre pays, cela fait beaucoup de gens intéressés, d'autant que leurs mutualités leur offrent en plus des produits complétant l'intervention financière de l'assurance obligatoire.

Le dernier en date de ces documents est le *Guide de l'hospitalisé*, une réalisation de l'Union nationale des mutualités libres (avec 1.600.000 de bénéficiaires, elle est la troisième en importance, après les mutualités chrétiennes et socialistes).

Il traite classiquement les points suivants: choix de l'hôpital, déclaration d'incapacité de travail, préparation, choix de la chambre et du médecin, acompte, sortie de l'hôpital, décès, facture, coût d'une hospitalisation, et assuran-

ce proposée par les Mutualités libres.

Complément intéressant, le site www.mloz.be/sh reprend les suppléments de chambres et d'honoraires des hôpitaux belges.

Pour rappel, l'UNML a aussi édité une brochure spécialement consacrée à l'hospitalisation de jour.

Le Guide de l'hospitalisé et la brochure Hospitalisation de jour sont disponibles gratuitement à l'UNML, Service Communication, rue Saint-Hubert 19, 1150 Bruxelles. Tél.: 02-778 92 11. Fax: 02-778 94 04. Ils peuvent également être consultés sur le site des mutualités libres.

Tabagisme passif? Toxicité, danger!

Tabagisme

Fumer nuit à la santé. Ne pas fumer ne suffit pas pour échapper au fléau. En effet, les non fumeurs inhalent aussi la fumée répandue dans l'atmosphère par un ou plusieurs fumeurs de cigarette, de pipe ou de cigare. C'est ce que l'on appelle le tabagisme passif.

Et, pour être passive, cette forme de tabagisme n'en est pas moins toxique elle aussi. En effet, la fumée de tabac contient plus de 4000 substances chimiques. Parmi elles, la nicotine, des irritants, le dangereux monoxyde de carbone, etc. Elle contient aussi plus de 60 cancérigènes. L'Académie de médecine française affirme même que la fumée de tabac "constitue la source

la plus dangereuse de pollution de l'air domestique en raison de sa concentration élevée en produits toxiques mais aussi parce que l'on y est exposé à tout âge et pendant des périodes beaucoup plus longues que celles où l'on subit une pollution atmosphérique extérieure". Le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) a donc consacré une petite brochure d'information au tabagisme passif. Elle explique ses effets désastreux sur le fœtus, sur le jeune enfant, mais aussi sur l'adulte. Elle rappelle la protection garantie par la loi française (fort proche de la loi belge en ce domaine): interdiction de fumer dans les hôpitaux, les transports en commun (sauf compartiments particuliers) et

les réglementations en vigueur dans les cafés, les restaurants, les lieux de travail. Enfin, la brochure donne quelques informations sur l'inquiétude suscitée par ces révélations dans l'industrie du tabac. Celle-ci n'hésite d'ailleurs pas à mettre d'importants moyens en œuvre pour tenter d'influencer les résultats des enquêtes ou dévier l'attention du public en proposant de soi-disant solutions. Une liste de sites internet où recueillir une information sérieuse et complète termine la brochure.

"Tabagisme passif" est disponible au CFES, 2, rue Auguste Comte, BP 51, à 92174 Vanves cedex, France.

Ces constats et observations semblaient par ailleurs confirmés par la hausse des demandes adressées au centre de documentation du CLPS-Ho et qui touchaient aux personnes âgées en général. En début 2001, le CLPS-Ho entama un partenariat associant 14 institutions locales⁴. Ce partenariat débouche aujourd'hui sur l'approfondissement de 4 axes pour l'action: les perspectives de formation (meilleure connaissance de l'évolution des besoins des personnes âgées et adaptation des professionnels), un groupe d'étude et de pilotage pour des initiatives locales (étude des besoins du terrain, capacité de reconnaissance et d'expertise auprès des autorités), des cellules (sous)locales de concertation et de coordination entre services (échanges d'informations, définition d'un cadre de qualité pour des activités de concertation/coordination, mise en place de groupes de réflexions thématiques) et des formules de réalisations concrètes à tester (une "maison des seniors", un "immeuble à cohabitation intergénérationnelle" ou un "guichet unique").

Enseignements tirés des trois expériences

En ce qui concerne l'origine et l'enjeu des projets

Les origines des trois projets évoqués plus haut ne sont pas identiques.

Pour *"La santé du nourrisson et de sa famille"*, l'impulsion a été extérieure aux acteurs locaux et le CLPS-Ho s'est chargé ensuite de la construction et de la coordination d'un partenariat afin de répondre de manière locale, par le biais d'un outil et de diverses manifestations, à une demande externe plus globale.

Toute autre est l'origine du *"Bien-être des personnes âgées"*, puisque ce sont des facteurs saisis à l'interne du CLPS et du Hainaut occidental qui impulsent une action partiellement dirigée vers l'extérieur: le projet souligne en effet une capacité de reconnaissance et d'expertise auprès des autorités publiques au-delà du territoire du Hainaut occidental.

A l'intersection de ces deux cas de figure se place le projet *"Bien-être des jeunes"*. Cette initiative s'inscrit comme une continuation et un "reformatage" local de deux projets précédents et extérieurs auxquels le CLPS-Ho a participé. Au-delà de l'exercice d'analyse comparative, l'enjeu pour le CLPS-Ho était clair: saisir l'opportunité d'incitants extérieurs ou initier des impulsions propres pour développer une promotion de la santé reconnue et légitimée à l'échelle locale.

En ce qui concerne les stratégies engagées

En considérant la composition institutionnelle des partenariats, les publics-cibles auxquels

sont destinés les projets, la dynamique en vigueur auprès de chacun des groupes de manière à ce qu'il en résulte une production, et enfin cette production elle-même, quatre éléments de stratégie ont été mis en œuvre par le CLPS-Ho:

- à partir de la composition même des différents partenariats engagés, une mise en œuvre concrète du concept de promotion de la santé, et notamment d'un de ses axes, centré sur une approche intersectorielle des problèmes de santé;
- toujours à partir de la composition des partenariats et de leur hétérogénéité, un effort de clarification des dynamiques institutionnelles qui se côtoient au sein d'un partenariat, cet effort pouvant constituer par la suite un gage de succès quant à une éventuelle production;
- dans la continuation des publics-cibles concernés par les projets (les nourrissons et leur famille, les jeunes et les personnes âgées), un approfondissement de la connaissance des problématiques affectant ces publics, non seulement à propos des réalités sanitaires, mais également en fonction des terrains locaux et des situations socio-économiques dans lesquels ils évoluent ainsi que des "tendances lourdes" dont ils font éventuellement l'objet (par exemple les effets du vieillissement des populations en ce qui concerne le bien-être des personnes âgées, les mouvements de citoyenneté et d'autonomisation chez les jeunes, le questionnement sur la "bientraitance" de la petite enfance, etc.);
- un rôle de médiation pour les acteurs, non seulement aux niveaux opérationnels et institutionnels mais aussi "temporels", ce processus qui consiste à capitaliser des expériences passées pour orienter le futur.

Conclusions et perspectives

Certes les trois programmes ayant servi à illustrer la démarche du CLPS-Ho sont loin d'être clôturés. Pour la *"Santé du nourrisson et de sa famille"*, il s'agit encore d'évaluer les impacts des actions entreprises. Les projets *"Bien-être des jeunes"* et *"Bien-être des personnes âgées"* poursuivent leurs développements suivant des scénarios qu'il convient encore de clarifier et de tester.

Ces trois programmes ont par ailleurs largement résulté de la mise en œuvre de partenariats "sans tabou" et toujours ouverts, ainsi que d'une reconnaissance et d'un dépassement des particularismes locaux, qu'ils soient géographiques, institutionnels ou encore liés à la propre démarche de chacun des acteurs pris individuellement.

Cela étant dit, quelques difficultés demeurent; elles sont d'ailleurs observables auprès des pro-

jets que nous avons évoqués. Nous en pointons trois:

- les difficultés récurrentes à propos de la "représentation" des usagers (destinataires finaux des opérations). Quelle est leur place? Quel est leur niveau de participation dans les projets qui les concernent? A cet égard, nous pensons qu'un premier pas peut être franchi en construisant (certes non sans difficultés) une "culture de la participation": négocier ensemble, forger un consensus, évaluer ensemble, etc.
- les difficultés récurrentes à propos de la "représentation" des institutions dans les partenariats. Qui représente légitimement telle ou telle institution? Avec quel mandat? L'information est-elle répercutée? Tant du côté des partenaires que du CLPS-Ho se pose aussi la question des modalités formelles d'engagement respectif: il s'agit en effet de convenir d'un protocole d'accord qui puisse déboucher sur une bonne répartition des rôles et des tâches, ou encore sur l'affectation des ressources humaines et du budget.
- il reste enfin à se prémunir de ce que les actions de promotion de la santé ne dérivent vers une sorte de "nouveau gadget" d'une certaine bonne conscience; à cela nous ne pouvons que miser sur l'autonomie et la responsabilité des acteurs, sur le renforcement de leur crédibilité et de leur légitimité, ainsi que sur la durabilité des moyens nécessaires à leurs actions.

René Dejonckheere, Tien Nguyen et l'équipe du CLPS-Ho

Adresse des auteurs: CLPS-Ho, rue de Cordes 9, 7500 Tournai. Tél.: 069-22 15 71. Fax: 069-23 52 50. Méc: clps.hainaut.occidental@skynet.be.

1 - Voir le décret de la Communauté française du 14 juillet 1997 portant sur l'organisation de la promotion de la santé en Communauté française.

2 - Il s'agit du Conseil de Prévention de Mouscron, du Plan Social Intégré de Comines, des plannings familiaux d'Ath et "Aurore Carlier" de Tournai, de 6 sections locales de l'ONE, de la Maison Maternelle "L'Espérance" de Tournai, de la Ligue des Familles, du Réseau Hospitalier en Médecine Sociale de Ath-Tournai-Baudour, de la Halte Garderie "Les p'tits Loups" de Tournai, des crèches "Le Sourire" de Tournai et "La Babillarde" de Ath, du Service à l'Aide Précoce du Hainaut occidental et de l'Observatoire de Santé de la Province du Hainaut.

3 - Il s'agit du CPMS provincial de Péruwelz, de l'IMS de l'Enseignement Libre de Tournai, des Plannings familiaux "Infor-Vie" de Mouscron et "Aurore Carlier" de Tournai, du Service "Éducation à la Santé" de la Croix Rouge, de l'Institut St Charles de Dottignies, du service "Infor Santé" des mutualités chrétiennes de Tournai/Ath, du Plan Social Intégré de Comines, des AMO "Le Délicé" de Mouscron et "Cana! J" de Tournai, de l'Observatoire de Santé de la Province du Hainaut, du Conseil de Prévention de Mouscron et d'Infor-Jeunes de Tournai.

4 - Il s'agit d'une asbl en travail intergénérationnel "Ag'y Sont", des CPAS d'Ath et de Bernissart, de "La Maison Médicale" de Tournai, de l'"Espace Senior" des Mutualités socialistes d'Ath/Tournai, des Mutualités neutres, des Mutualités chrétiennes d'Ath/Tournai, de l'Union chrétienne des Pensionnés, du centre de coordination au soins "CECOSAD" de Tournai, de la Centrale des Services à Domicile de Tournai/Ath, de l'Aide à Domicile en Milieu Rural, de la maison de repos "Le Logis" à Péruwelz, de la Ligue des Familles et de l'Observatoire de Santé du Hainaut.

La médecine scolaire prend le tournant de la promotion de la santé

Promotion santé à l'école

Nous vous avons présenté¹ en détail le projet de réforme de l'inspection médicale scolaire de la Ministre de la Santé, Nicole Maréchal. Une étape essentielle est maintenant franchie, puisque le décret a été approuvé par les parlementaires de la Communauté française Wallonie-Bruxelles le 11 décembre dernier. Vous trouverez ci-dessous le texte de ce décret dont l'importance n'échappera à personne. Nous ne manquons pas de revenir sur la concrétisation de ce nouveau cadre législatif, qui devrait sortir ses effets dès la rentrée scolaire 2002-2003.

Décret relatif à la promotion de la santé à l'école

Chapitre I^{er} Champ d'application et missions

Article 1^{er}

Au sens du présent décret, on entend par : 1^{er} promotion de la santé: la promotion de la santé, telle que définie à l'article 1^{er} du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française; 2^o service: le service de promotion de la santé à l'école exerçant les missions prévues par le présent décret dans les établissements scolaires subventionnés par la Communauté française; 3^o centre: le centre psycho-médico-social de la Communauté française exerçant les missions prévues par le présent décret dans les établissements scolaires de la Communauté française; 4^o centre psycho-médico-social: le centre organisé ou subventionné par la Communauté française, qui a pour mission d'assurer les tâches de guidance définies à l'arrêté royal du 13 août 1962 organique des centres psycho-médico-sociaux; 5^o conseil de participation: le conseil de participation, tel que défini à l'article 69 du décret du 14 juillet 1997 définissant les missions prioritaires de l'enseignement fondamental et de l'enseignement secondaire et organisant les structures propres à les atteindre; 6^o prophylaxie: ensemble des mesures permettant d'éviter l'apparition, le développement et la propagation des maladies trans-

missibles, à l'exception de toute mesure de vaccination obligatoire; 7^o pouvoir organisateur: personne de droit public ou personne morale de droit privé qui organise les services visés au 2^o du présent article.

Article 2

La promotion de la santé à l'école consiste en: 1^o la mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé, telles que précisées à l'article 5; 2^o le suivi médical des élèves, qui comprend les bilans de santé individuels et la politique de vaccination, tel que précisé à l'article 6; 3^o la prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles, telles que précisées à l'article 7; 4^o l'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires, tel que précisé à l'article 8. Le Gouvernement fixe la durée minimum des prestations affectées à chacune des actions visées à l'alinéa 1^{er}, 1^o, 2^o et 4^o, de manière à garantir la réalisation de l'ensemble de celles-ci. La durée des prestations affectée aux actions visées à l'alinéa 1^{er}, 2^o, ne peut être inférieure à 70 %.

Article 3

La promotion de la santé à l'école (PSE) est obligatoire dans tous les établissements d'enseignement fondamental et d'enseignement secondaire ordinaires et spéciaux, ainsi que dans les centres d'éducation et de formation en alternance, organisés ou subventionnés par la Communauté française. La promotion de la santé à l'école (PSE) est gratuite.

Article 4

§ 1^{er}. Pour les établissements scolaires organisés par la Communauté française, la promotion de la santé à l'école (PSE) est exercée dans les centres psycho-médico-sociaux de la Communauté française, par le personnel de ces centres. § 2. Pour les établissements scolaires subventionnés par la Communauté française, la promotion de la santé à l'école (PSE) est exercée par les services agréés selon les dispositions du présent décret. Toutefois, la mise en place des programmes de promotion de la santé visés à l'article 2,

alinéa 1^{er}, 1^o, est une mission remplie par les services agréés et par le personnel des centres psycho-médico-sociaux.

Article 5

§ 1^{er}. Pour les établissements scolaires organisés par la Communauté française, les programmes de promotion de la santé sont réalisés en fonction du projet-santé élaboré, après avis du conseil de participation et du chef d'établissement, par le centre psycho-médico-social. Pour les établissements scolaires subventionnés par la Communauté française, les programmes de promotion de la santé sont réalisés en fonction du projet-santé élaboré, après avis du conseil de participation et du pouvoir organisateur ou de son délégué, par le personnel du service et le personnel du centre psycho-médico-social et sont coordonnés sous la responsabilité du médecin responsable du service.

Les programmes visés aux alinéas précédents peuvent concerner les problèmes de santé mentale et d'assuétude, la prévention des accidents domestiques et de la route, la vie affective et sexuelle, la prévention des maladies sexuellement transmissibles, la prévention des violences et de la maltraitance, la pédiculose, l'alimentation, la santé dans le sport, ou toutes autres problématiques de santé spécifiques à certaines populations scolaires. Le Gouvernement peut fixer d'autres programmes en fonction de l'évolution du plan quinquennal de promotion de la santé. § 2. La promotion d'un environnement favorable à la santé nécessite, en collaboration avec l'établissement scolaire, des actions relatives aux installations en général, et plus particulièrement aux classes, aux cantines, aux cours de récréation et aux installations sanitaires. Le service ou le centre transmet ses observations au pouvoir organisateur de l'établissement d'enseignement subventionné ou au directeur d'établissement scolaire organisé par la Communauté française. Il les transmet également au conseiller en prévention visé à l'article 33 de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs.

¹ - Réforme de l'inspection médicale scolaire, *Education Santé* n° 165, décembre 2001

Vieillir...et aimer

Sexualité • personne âgée

"N'est-il pas vrai que le plaisir de la table n'est pas plus réservé aux "vieux" que ne l'est le plaisir sexuel aux "jeunes" ?" Depuis l'âge foetal jusqu'à la mort, nous sommes en effet des êtres sexués et, à tous les âges, l'humanité oscille entre désir et plaisir. C'est encore plus vrai aujourd'hui qu'il y a quelques décennies puisque l'espérance de vie augmente, puisque la vitalité se prolonge. Malgré cela, la sexualité des aînés représente encore un tabou dans notre société. L'Union chrétienne des pensionnés (UCP), mouvement social actif et participatif des aînés, a brisé cette loi du silence en publiant une brochure intelligente et claire: "Vieillir et aimer". La première partie de la brochure explique la relation entre sexualité et vieillissement. Elle rappelle l'anatomie et la physiologie chez la femme, abordant aussi la ménopause et les modifications anatomiques et psychologiques. Elle fait de

même avec l'anatomie et la physiologie chez l'homme, expliquant l'andropause et les diverses modifications liées à l'âge. La deuxième partie, intitulée "Pour une sexualité épanouie du couple âgé", se penche sur le désir, les zones érogènes, les caresses et aborde aussi les problèmes de diminution du désir ou de la puissance sexuelle, les maladies qui affectent la sexualité et les traitements appropriés. La troisième et dernière partie de la brochure traite du problème de la solitude et de la sexualité. Judicieux, un "forum" propose un choix des questions que les couples vieillissants se posent le plus fréquemment. Enfin, un petit lexique, utile à tout âge, termine ce travail.

"Vieillir et aimer" est disponible au prix de 2,97 € à verser au compte 799-5500203-14 de l'UCP, 579 (boîte 40) chaussée de Haecht, 1031 Bruxelles. Tél.: 02 - 246 46 76. Courriel: ucpbe@skynet.be



Promotion de la sécurité

Accident

Educa-Santé, l'asbl spécialisée en prévention des traumatismes, nous propose un annuaire francophone des ressources en matière de promotion de la sécurité et de prévention des traumatismes. Cette base de données sur cédérom a été réalisée en Access, et comprend près de 200 adresses utiles, essentielle-

ment en Belgique, France, Suisse et Canada. La recherche, très simple, peut se faire selon 5 critères: nom et type d'activités de l'organisme, pays, lieu du traumatisme ou de l'accident, type de traumatisme ou d'accident. Étant donné le caractère fluctuant de ce type d'information, une mise à jour vraiment annuelle sera bien nécessaire!

Educa-Santé, Av. Général Michel 1B, 6000 Charleroi. Tél.: 071-30 14 48. Fax: 071-31 82 11. Courriel: doc@educasante.org. Internet: www.educasante.org (en phase de test, références documentaires déjà disponibles).

Comprendre le cancer du sein non métastatique

Cancer du sein

Le cancer du sein est une maladie fréquente. Une femme sur douze développe un cancer du sein au cours de sa vie. Cette vie - vie de famille, vie de couple et vie professionnelle - s'en trouve profondément modifiée. Grâce aux résultats de la recherche, on connaît mieux aujourd'hui le cancer du sein. Ces études ont permis d'améliorer son diagnostic et ses traitements. Cette (grosse) brochure, réalisée par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer à Paris¹, est destinée en premier lieu aux femmes, mais aussi aux membres de leur famille et à leur entourage. Elle aborde exclusivement le cancer du sein non métastatique, forme la plus fréquente. Elle

tente d'expliquer, avec des mots que les auteurs ont souhaité simples et clairs, ce que les médecins savent actuellement du cancer du sein, de ses traitements et de ses conséquences. Ce guide a pour objectif de faciliter le dialogue entre la patiente et le médecin, d'aider les femmes et leurs proches à mieux comprendre la maladie et ses traitements, sans remplacer la relation individuelle et personnelle avec le médecin. Il est là pour aider à mieux poser ses questions au médecin et à l'équipe médicale, et mieux participer à la décision thérapeutique. Le document comprend des résumés à la fin de chaque chapitre, correspondant aux informations clés identifiées et formulées par des

patientes et d'anciennes patientes. Un glossaire situé en fin de brochure explique le vocabulaire médical souvent utilisé par les médecins et les équipes soignantes. Enfin, des fiches expliquent le déroulement des différents examens. Renseignements: Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, rue de Tolbiac 101, F-75013 Paris. Tél.: +1 44 23 04 62. Fax: +1 44 23 04 17. Courriel: fnclcc@fnclcc.fr. Internet: www.fnclcc.fr

¹ - Ce guide est issu du projet SOR SAVOIR PATIENT (Standards, Options et Recommandations pour le Savoir des Patients), projet mené par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer et les 20 centres de lutte contre le cancer, en collaboration avec la Ligue nationale contre le cancer et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

§ 2. Sont punis d'une amende de vingt-six à deux cents francs et d'un emprisonnement de huit jours à six mois ou d'une de ces peines seulement le chef d'établissement scolaire qui ne se conforme pas aux décisions prises en vertu de l'article 12 en matière de prophylaxie générale.

Article 30

Toutes les dispositions du livre I^{er} du Code pénal, sans exception de son chapitre VII, ni de l'article 85, sont applicables aux infractions prévues par le présent décret ainsi qu'aux infractions aux arrêtés d'exécution pris en vertu de celui-ci.

Chapitre VI. - Dispositions abrogatoires, transitoires et finales

Article 31

Sont abrogés à la date fixée par le Gouvernement:

1° la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire, modifiée par le décret du 5 novembre 1986;

2° l'arrêté royal du 16 juillet 1964 déterminant la date d'entrée en vigueur des dispositions de la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire en ce qui concerne l'enseignement gardien, primaire ou d'un niveau équivalent;

3° l'arrêté royal du 17 juillet 1964 fixant les conditions et la procédure d'agrément des équipes et des centres d'inspection médicale scolaire, modifié par les arrêtés royaux des 26 janvier et 23 mai 1966, 10 avril 1967, 24 octobre 1969, 22 juin 1970, 27 décembre 1971, 11 décembre 1972, 3 février 1975, 8 avril 1977, et par l'arrêté de l'Exécutif du 5 septembre 1985, en particulier en ce qui concerne l'article 6bis;

4° l'arrêté royal du 12 octobre 1964 réglant la fréquence et les modalités des examens médicaux et fixant les conditions d'exercice de l'inspection médicale scolaire, modifié par les arrêtés royaux des 8 avril 1965, 22 août 1968, 23 octobre 1969, 11 juillet et 11 décembre 1972, 22 mars 1973, 3 juillet et 10 décembre 1974, 31 janvier 1977, 8 août et 12 septembre 1980, 20 août 1981, et par les arrêtés de l'Exécutif des 29 novembre 1982, 10 juillet 1985, 24 juillet 1986, 27 août 1987, 10 juillet 1991 et 25 juillet 1997;

5° l'arrêté royal du 22 août 1968 déterminant la date d'entrée en vigueur des dispositions de la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire en ce qui concerne l'enseignement moyen, normal, technique et artistique et modifiant l'arrêté royal du

12 octobre 1964 réglant la fréquence et les modalités des examens médicaux et fixant les conditions d'exercice de l'inspection médicale scolaire;

6° l'arrêté royal du 4 août 1969 fixant l'intervention de l'Etat dans les frais qui, en ce qui concerne l'inspection médicale scolaire, résultent du transport des élèves, modifié par les arrêtés royaux des 31 août 1970 et 13 avril 1971;

7° l'arrêté royal du 4 août 1969 relatif à l'octroi de subventions aux équipes agréées d'inspection médicale scolaire, modifié par les arrêtés royaux des 24 octobre 1969, 22 juin et 31 août 1970, 1^{er} décembre 1971, 11 décembre 1972, 22 juin 1973, 7 juin et 21 novembre 1974, 3 février et 3 septembre 1975, 15 février 1978, par l'arrêté de l'Exécutif du 10 juillet 1991 et par l'arrêté du Gouvernement du 18 janvier 1994;

8° l'arrêté royal du 4 août 1969 allouant une subvention traitement au personnel paramédical des équipes agréées d'inspection médicale scolaire, modifié par les arrêtés royaux des 24 octobre 1969, 9 novembre 1971 et 3 juillet 1972;

9° l'arrêté royal du 16 mai 1980 fixant les modalités d'organisation d'une expérience de rénovation du fonctionnement de certaines équipes d'inspection médicale scolaire en ce qui concerne les examens médicaux, leur fréquence, les conditions d'exercice de cette inspection, le mode et les conditions d'octroi de subventions.

Article 32

§ 1^{er}. Les dispositions de la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire, à l'exception du chapitre II, restent d'application pour l'enseignement supérieur non universitaire jusqu'à l'entrée en vigueur d'un décret réformant l'inspection médicale scolaire pour ce niveau d'enseignement.

§ 2. Pour l'application de l'article 17, § 2, sont considérés comme possédant la qualification exigée les membres du personnel qui, à la date d'entrée en vigueur du présent décret, exerçaient effectivement la fonction pour laquelle la qualification est exigée, en vertu des dispositions légales et réglementaires antérieures.

Article 33

§ 1^{er}. Durant les années scolaires 2002-2003 et 2003-2004, le programme de formation sera approuvé par le Gouvernement. Des subventions seront octroyées aux opérateurs autorisés à prendre en charge les formations, sur base du programme approu-

vé conformément à l'alinéa précédent.

§ 2. Aussi longtemps qu'une nouvelle étude interuniversitaire telle que visée à l'article 21, § 2, alinéa 2, n'a pas été établie, le Gouvernement fixe le seuil déterminant les secteurs statistiques à prendre en compte pour l'attribution du forfait social visé à l'article 21, § 2, en se basant sur une classification de ces secteurs établie par une étude interuniversitaire sur base de données socio-économiques relatives au logement, au revenu moyen par habitant, au niveau de diplômes et de classification des statuts professionnels, et à la situation familiale.

Article 34

Dans la réglementation relative aux centres psycho-médico-sociaux, la référence à la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire est remplacée par la référence au présent décret.

Article 35

L'article 24, § 2, de la loi du 29 mai 1959 modifiant certaines dispositions de la législation de l'enseignement est complété comme suit:

" 2° ter: respecter les dispositions fixées par le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école. "

Article 36

Le présent décret entre en vigueur à la date fixée par le Gouvernement.

Promulguons le présent décret, ordonnons qu'il soit publié au Moniteur belge. Bruxelles, le 20 décembre 2001.

Le Ministre Président, chargé des Relations internationales, H. HASQUIN

Le Ministre de la Culture, du Budget, de la Fonction publique, de la Jeunesse et des Sports, R. DEMOTTE

Le Ministre de l'Enfance, chargé de l'Enseignement fondamental, de l'Accueil et des Missions confiées à l'O.N.E., J.-M. NOLLET

Le Ministre de l'Enseignement secondaire et de l'Enseignement spécial, P. HAZETTE

Le Ministre de l'Enseignement supérieur, de l'Enseignement de promotion sociale et de la Recherche scientifique, F. DUPUIS

Le Ministre des Arts et des Lettres et de l'Audiovisuel, R. MILLER

Le Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé, N. MARECHAL

Texte adopté en séance du 11/12/2001, et publié au Moniteur belge le 17/01/2002

§ 3. Le Gouvernement fixe les modalités d'application de cet article.

Article 6

§ 1^{er}. Les bilans obligatoires de santé individuels des élèves qui comprennent l'examen médical et son suivi ainsi que la politique de vaccination sont réalisés, sous la responsabilité du médecin, selon les fréquences et les modalités fixées par le Gouvernement, sur avis de la Commission visée au chapitre IV. Ces fréquences sont fixées à cinq bilans au minimum et huit au maximum sur l'ensemble de la scolarité visée à l'article 3, alinéa 1^{er}.

§ 2. Le Gouvernement prévoit des modalités particulières permettant l'organisation de bilans de santé supplémentaires spécifiques pour des risques particuliers ou imprévisibles, ou pour renforcer l'égalité des chances en santé.

§ 3. Le Gouvernement fixe la mise en oeuvre de la politique vaccinale, en déterminant les types de vaccins proposés gratuitement aux élèves, et l'âge de l'élève ou l'année scolaire auquel ce vaccin est proposé.

Article 7

Le Gouvernement fixe la liste des maladies transmissibles impliquant la mise en oeuvre de mesures de prophylaxie et de dépistage, pour éviter leur propagation dans le milieu scolaire.

Il fixe également les modalités de mise en oeuvre des mesures visées à l'alinéa 1^{er}.

Article 8

L'établissement du recueil standardisé d'informations sanitaires doit contribuer à une définition des besoins locaux en matière de santé et à l'élaboration d'une politique communautaire pour la santé des jeunes.

Le Gouvernement fixe le modèle de ce recueil, ainsi que le contenu des informations sanitaires qui y sont reprises.

Il fixe également les modalités de transfert et de traitement de ces informations, dans le respect des dispositions de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Article 9

Le Gouvernement fixe les modalités selon lesquelles les données individuelles relatives à la santé des élèves sont transmises aux services ou au personnel des centres par les parents, par la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou par l'élève majeur.

Article 10

§ 1^{er}. Les services exercent leurs missions en étroite collaboration avec les centres psycho-médico-sociaux compétents.

§ 2. Dans leur mission de suivi médical des élèves, les services et le personnel des centres collaborent avec:

1° les parents ou le milieu familial de l'élève;

2° les professionnels intervenant dans le cadre de la prise en charge individuelle de la santé des jeunes, et plus particulièrement le médecin généraliste ou le pédiatre.

Dans l'accomplissement de leurs missions, les services ou le personnel des centres organisent la collaboration avec les intervenants suivants:

1° les centres locaux de promotion de la santé;

2° les divers professionnels intervenant dans le domaine de l'information et l'éducation pour la santé; toutefois, les actions de ces intervenants en milieu scolaire doivent résulter d'une concertation avec le service ou le personnel du centre et avec le centre psycho-médico-social, conformément à l'article 5, § 1^{er}.

Ils peuvent également collaborer:

1° avec les services spécialisés d'aide à l'enfance et à la jeunesse;

2° avec les services de prévention et de protection du travail visés par la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

Article 11

§ 1^{er}. Les membres du personnel des services et des centres suivent une formation continue.

§ 2. Le Gouvernement fixe les modalités de coordination du personnel du service ou du centre.

Article 12

§ 1^{er}. Toutes les mesures individuelles ou générales d'ordre prophylactique à l'égard des élèves sont prises par le médecin du service ou du centre.

Le médecin avertit de ses décisions le directeur de l'établissement. Le médecin du centre avertit également le directeur du centre. Les décisions du médecin lient les élèves, les parents ou la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, le pouvoir organisateur et le personnel de l'établissement scolaire.

§ 2. Un recours non suspensif est ouvert auprès du médecin-fonctionnaire des services du Gouvernement visé à l'article 25, contre toute décision qui interdit temporairement ou définitivement l'accès de l'établisse-

ment à un élève, en raison du risque que présente son état de santé pour l'entourage. Ce recours peut être introduit par le pouvoir organisateur de l'établissement scolaire, par les parents ou par la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou par l'élève majeur.

Article 13

§ 1^{er}. L'établissement scolaire est tenu de faire connaître aux parents, à la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou aux élèves majeurs, lors de l'inscription, le service ou le centre auxquels sont confiées les missions de promotion de la santé à l'école (PSE), ainsi que l'existence des sanctions pénales visées à l'article 29, § 1^{er}.

§ 2. S'ils s'opposent au fait que le bilan de santé soit réalisé par le service ou le centre visé au § 1^{er}, les parents, la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou les élèves

majeurs, sont tenus de faire procéder au bilan de santé individuel par un autre service agréé ou par un autre centre, selon les modalités déterminées par le Gouvernement.

§ 3. Le médecin du service ou du centre qui a procédé au bilan de santé individuel communique les conclusions de cet examen aux parents, à la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou à l'élève majeur, dans des termes empruntés autant que possible au langage courant.

Il communique ces conclusions au médecin traitant désigné par les parents, par la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou par l'élève majeur, lorsqu'un suivi particulier est nécessaire ou lorsque les personnes visées ci-dessus en ont fait la demande.

Il communique également ces conclusions au personnel médical du centre psycho-médico-social, selon les modalités déterminées par le Gouvernement.

Article 14

Au plus tard le 1^{er} novembre de chaque année, l'établissement scolaire adresse au service ou au centre visé à l'article 13, § 1^{er}:
1° la liste des élèves inscrits dans l'établissement à la date du 1^{er} octobre;
2° la liste des élèves soumis à l'obligation du bilan de santé individuel visé à l'article 6.

Chapitre II - Conditions, procédure et modalités d'agrément

Article 15

Le service de promotion de la santé à l'école peut être organisé par une personne de droit public ou une personne morale de droit privé.

Article 16

Le service doit disposer de locaux permettant l'organisation des bilans de santé visés à l'article 6, répondant aux conditions fixées par le Gouvernement.

Article 17

§ 1^{er}. Le service est composé de personnel médical, de personnel infirmier et de personnel administratif.

Il comprend au minimum un équivalent mi-temps de personnel médical et un équivalent temps plein de personnel infirmier.

Le Gouvernement peut fixer des normes minimales d'encadrement.

§ 2. Le personnel visé au § 1^{er} doit répondre aux conditions de qualification suivantes:

1° personnel médical: diplôme de docteur en médecine;

2° personnel infirmier: diplôme d'accoucheuse et d'infirmier(ère) gradué(e) délivrés conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 17 août 1957 portant fixation des conditions de collation des diplômes d'accoucheuse, d'infirmier ou d'infirmière, de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 21 avril 1994 portant fixation des conditions de collation des diplômes d'accoucheuse et d'infirmier(ère) gradué(e), ou du décret du 5 août 1995 fixant l'organisation générale de l'enseignement supérieur en hautes écoles;

3° personnel administratif: certificat de l'enseignement secondaire supérieur. La durée minimale des prestations de chaque membre du personnel médical est de quarante heures par mois.

§ 3. Le pouvoir organisateur du service désigne le médecin qui exercera la fonction de responsable d'équipe

Article 18

Les membres du personnel infirmier et les médecins responsables de service suivent une formation continuée, dont la durée est fixée par le Gouvernement, sans cependant pouvoir être inférieure à deux jours et supérieure à dix jours par année scolaire.

Les objectifs de la formation continuée sont:

1° l'entretien et le développement des compétences nécessaires à l'exercice de la profession;

2° la prise de recul par rapport à sa pratique et la mise à jour des connaissances et des aptitudes professionnelles dans la fonction exercée;

3° la capacité de participer à l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation du projet-santé visé à l'article 5.

Le Gouvernement fixe les programmes de formation continuée.

Il fixe également les modalités de l'organisation de cette formation.

Article 19

Le pouvoir organisateur du service, en collaboration avec celui-ci, doit établir avec le pouvoir organisateur de chaque établissement scolaire qui l'a choisi pour exercer les missions visées à l'article 2, une convention prévoyant les moyens et la manière de mettre en oeuvre ces missions. Le projet-santé visé à l'article 5, § 1^{er}, alinéa 2, fait partie intégrante de la convention.

Le Gouvernement fixe un modèle de convention-cadre, à utiliser par tous les pouvoirs organisateurs du service. Cette convention-cadre doit au minimum contenir les éléments suivants:

1° le projet-santé visé à l'article 5;

2° le lieu où se dérouleront les bilans de santé;

3° les modalités d'organisation du transport vers le lieu visé au point 2°;

4° la composition du service;

5° les modalités de transmission des informations.

Le Gouvernement fixe également la durée de la convention. Celle-ci ne peut être inférieure à trois années scolaires, et doit être un multiple d'une année scolaire.

Article 20

§ 1^{er}. Le Gouvernement fixe les procédures d'octroi et de retrait d'agrément des services.

§ 2. Les procédures prévoient, au moins:

1° les modalités d'introduction de demande d'octroi d'agrément;

2° les modalités de forme et de délai selon lesquelles doivent être prises les décisions d'octroi, de refus ou de retrait d'agrément;

3° les modalités et conditions de suspension ou de suppression de l'octroi des subventions;

4° la possibilité d'introduire un recours contre les décisions de refus ou de retrait d'agrément et contre les décisions de suspension ou de suppression des subventions; les modalités de ce recours, et la possibilité pour le pouvoir organisateur du service d'être entendu lors de ce recours;

5° la durée des agréments.

Article 21

§ 1^{er}. Les services bénéficient d'une subvention globale, calculée sur base d'une subvention forfaitaire par élève régulièrement inscrit au 1^{er} octobre dans les établissements scolaires avec lesquels ils ont conclu une convention, conformément à l'article 19.

La subvention forfaitaire visée à l'alinéa précédent est fixée par le Gouvernement.

§ 2. Un forfait social est attribué aux services, en complément de la subvention visée au § 1^{er}, par élève sous tutelle dont le lieu de résidence est classé dans un secteur statistique donnant droit à l'attribution de ce forfait.

Sur base de l'indice socio-économique établi pour chaque secteur statistique par l'étude interuniversitaire visée à l'article 4 du décret du 30 juin 1998 visant à assurer à tous les élèves des chances égales d'émancipation sociale notamment par la mise en oeuvre de discriminations positives, le Gouvernement fixe le seuil déterminant les secteurs statistiques à prendre en compte pour l'attribution du forfait social.

Le Gouvernement fixe les montants du forfait social visé aux alinéas 1^{er} et 2. Ce forfait doit représenter 25 % au moins et 50 % au plus de la subvention forfaitaire visée au § 1^{er}, alinéa 1^{er}.

Quel que soit leur lieu de résidence, les élèves primo-arrivants bénéficient automatiquement du forfait social.

§ 3. Le Gouvernement peut fixer un complément de subvention forfaitaire pour les élèves inscrits dans l'enseignement spécial.

Article 22

Le service bénéficie également d'une subvention octroyée par élève pour l'ensemble des frais de transport exposés soit pour le déplacement du personnel des services, soit pour le déplacement des élèves.

Le Gouvernement fixe le montant de cette

subvention, en fonction de la densité de population du lieu de situation de l'établissement scolaire.

Article 23

Les subventions visées aux articles 21 et 22 servent à couvrir l'ensemble des frais de personnel, d'équipement, de fonctionnement et de transport nécessaires au service pour accomplir ses missions.

Article 24

§ 1^{er}. Le Gouvernement fixe les modalités de liquidation et de justification des subventions visées au présent chapitre.

§ 2. En cas de non-respect des obligations du présent décret, des sanctions pécuniaires peuvent être prises à l'encontre des pouvoirs organisateurs de service. Ces sanctions consistent en suspension ou retrait de tout ou partie des subventions.

Les sanctions pécuniaires et leurs modalités d'application sont fixées par le Gouvernement, sans préjudice de l'article 20, § 2, 4°.

Chapitre III - Le contrôle

Article 25

Les fonctionnaires de l'inspection des services du Gouvernement, désignés par celui-ci, ont pour missions:

1° de veiller à ce que les établissements scolaires, les services, les parents ou la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, les élèves majeurs et les membres du personnel remplissent toutes les obligations qui leur incombent en vertu du présent décret et des arrêtés d'exécution pris en vertu de celui-ci;

2° de provoquer, s'il y a lieu, un examen prophylactique des élèves, selon les modalités visées à l'article 7, alinéa 2;

3° de constater les infractions aux dispositions du présent décret ou prises en vertu de celui-ci;

4° après constatation des infractions, de mettre en oeuvre la procédure de sanctions pécuniaires visée à l'article 24, § 2.

Article 26

Chaque année, les services et les centres envoient à l'administration un rapport annuel, dont le modèle et le contenu sont fixés par le Gouvernement.

Chapitre IV - La commission de promotion de la santé à l'école

Article 27

§ 1^{er}. Une commission de la promotion de la santé à l'école est instituée.

La commission a pour missions:

1° de donner au Gouvernement un avis sur tout projet de décret ou d'arrêté organique ou réglementaire relatif à la promotion de la santé à l'école;

2° de donner au Gouvernement, soit d'initiative, soit à sa demande, des avis sur tout problème concernant la promotion de la santé à l'école,

3° chaque année, avant le 31 mars, de faire rapport au Gouvernement et au Parlement sur son action au cours de l'année écoulée.

§ 2. Il est constitué, au sein de la commission, un bureau chargé de la coordination des travaux. Le bureau prépare les réunions de la commission, dresse l'ordre du jour et veille à la transmission des avis et du rapport visés au § 1^{er}.

Il se compose du Président, du Vice-Président et de deux membres, choisis par la commission.

§ 3. Les avis de la commission demandés par le Gouvernement doivent être transmis dans un délai ne dépassant pas trente jours.

Ce délai prend cours à la réception de la demande d'avis par le secrétariat de la commission.

Passé ce délai, les avis ne sont plus requis pour qu'une décision puisse être prise valablement par le Gouvernement.

§ 4. La commission ne peut émettre valablement d'avis qu'à la condition que la moitié au moins des membres soit présente.

Si le quorum n'est pas atteint, les membres sont convoqués une nouvelle fois, au plus tard dans les quinze jours qui suivent. Si le quorum n'est à nouveau pas atteint lors de cette séance, la commission siège valablement, quel que soit le nombre de présents. Les décisions sont prises à la majorité simple. En cas de parité, la voix du Président est prépondérante.

§ 5. La commission arrête son règlement d'ordre intérieur, et le soumet à l'approbation du Gouvernement.

Article 28

§ 1^{er}. La commission est composée de quinze membres au maximum, nommés par le Gouvernement pour une période de 5 ans renouvelable.

Le Gouvernement fixe la composition de la commission, qui doit comprendre en son sein des représentants:

1° des fédérations ou associations de pouvoirs organisateurs de services de promotion de la santé à l'école;

2° des médecins et du personnel infirmier travaillant dans le secteur de la promotion de la santé à l'école (PSE);

3° du Conseil supérieur de promotion de la santé;

4° du Conseil supérieur de la guidance psycho-médico-sociale;

5° de l'enseignement organisé par la Communauté française;

6° des fédérations de pouvoirs organisateurs de l'enseignement subventionné par la Communauté française;

7° des fédérations d'associations de parents.

§ 2. Le Gouvernement désigne le Président et le Vice-Président de la commission parmi les membres effectifs. Ces mandats sont incompatibles avec la qualité de fonctionnaire de la Communauté française ou de l'un de ses organismes d'intérêt public.

Parmi les membres du bureau, un au moins est membre du Conseil supérieur de promotion de la santé.

§ 3. En plus des membres visés au paragraphe 1^{er}, le ministre ayant la santé dans ses attributions, ainsi que le ou les ministres ayant l'enseignement fondamental et secondaire, ordinaire ou spécial, dans leurs attributions, sont représentés au sein de la commission, chacun par un membre avec voix consultative.

La direction générale de la santé et la direction générale de l'enseignement obligatoire sont également représentées, chacune par un membre avec voix consultative.

§ 4. Le Gouvernement nomme également, pour chaque membre effectif, un membre suppléant, aux mêmes conditions que les membres effectifs.

Le membre suppléant ne siège qu'en l'absence du membre effectif.

§ 5. En cas de décès ou de démission d'un membre, son remplaçant est nommé par le Gouvernement, pour achever le mandat de son prédécesseur.

Tout membre qui perd la qualité en raison de laquelle il a été nommé est réputé démissionnaire.

§ 6. Le secrétariat de la commission est assuré par l'administration.

§ 7. Pour l'accomplissement de ses missions, la commission peut inviter des experts, notamment du milieu universitaire, afin de l'éclairer sur certains aspects relatifs à la promotion de la santé à l'école.

§ 8. Le Gouvernement fixe les jetons de présence et les indemnités de déplacement des membres de la commission.

Chapitre V - Dispositions pénales

Article 29

§ 1^{er}. Sont punis d'une amende de vingt-six à deux cents francs et d'un emprisonnement de huit jours à six mois ou d'une de ces peines seulement les personnes investies de l'autorité parentale ou l'élève majeur qui ne se conforment pas aux prescriptions de l'article 13, § 2.