



Éditeur responsable : Edoard Descampe, chaussée de Haecht 1579 - boîte postale 10 - 1031 Bruxelles - Crédit photo : Photo News / Didier Lebrun.

BRUXELLES, VILLE-RÉGION EN SANTÉ en p.2 à 8

Bruxelles, ville en santé!

Le 24 janvier dernier, la région bruxelloise est officiellement entrée dans le réseau des Villes en Santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette démarche s'inscrit dans l'idée de travailler les conditions de vie des Bruxellois pour maintenir ou améliorer leur bien-être. Pour approcher ce but, il est nécessaire d'agir sur toutes les composantes de la vie urbaine. Un appel à projets a été lancé dans 6 communes pour mettre la santé au cœur des préoccupations. Le thème de travail : l'espace public comme espace de vie à partager!

Les 24 et 25 janvier derniers, deux journées de travail ont eu lieu pour lancer le processus, faire de Bruxelles une ville-santé.

La première journée s'adressait aux acteurs institutionnels du secteur de la santé et du développement urbain. Elle s'est clôturée par la labellisation officielle par l'OMS de la région de Bruxelles-Capitale comme Ville région en santé. Le concept des Villes en santé de l'OMS et le programme bruxellois ont été présentés. Des représentants des communes impliquées et des villes partenaires ont eu l'occasion d'intervenir.

La deuxième journée était spécialement dédiée aux acteurs des deux périmètres d'expérimentation. Un jeu de rôle était au programme afin de permettre une visualisation de l'élaboration en partenariat d'un projet de développement durable en santé dans un quartier. Diverses thématiques ont également été abordées en ateliers : santé mentale, environnement, culture, vie sociale, activité économique...

L'appel à projet a pris cours le 1 février et s'est terminé le 31 mars 2003. Les projets sélectionnés et financés doivent répondre à une série de conditions, dont :

- favoriser la participation active des habitants usagers des lieux;
- aborder des thèmes en lien avec la santé, vue sous l'angle du bien-être, du bien vivre ensemble;
- mettre en place un partenariat intersectoriel démocratique et durable;
- élaborer en commun un diagnostic des potentialités et des problèmes;
- suivre une formation visant l'acquisition, par l'ensemble des partenaires, des savoirs

et des savoir-faire nécessaires à la compréhension et à la gestion du projet;

- participer à des échanges de savoirs avec d'autres villes belges et européennes;
- élaborer un programme de travail dans la préoccupation du développement durable.

Pour gérer ce programme, une asbl 'Bruxelles, Ville région en santé' a été créée. C'est elle qui est chargée de la mise en œuvre du programme, du lancement de l'appel à projets, du suivi...

Divers organismes partenaires (voir plus bas) qui soutiennent le programme 'Bruxelles, Ville région en santé' (BVS) pourront apporter aux projets retenus une aide pour répondre à des besoins d'information, de formation, d'accompagnement méthodologique, de stratégies de communication.

Une ville-santé, c'est quoi ?

La santé est une ressource majeure de la vie quotidienne et une dimension importante de la qualité de vie des habitants. La bonne santé est une ressource à intégrer dans le développement social, économique et durable d'une ville. C'est une richesse essentielle à entretenir et à préserver constamment.

Une ville en santé est une ville qui crée et renouvelle les conditions de bonne santé pour sa population. Il n'y a pas de modèle unique de ville en santé. C'est une ville qui s'appuie sur ses potentialités, ses ressources à tous les niveaux pour déployer sa conception de la santé.

Une ville en santé offre l'accès à l'eau et à l'alimentation pour tous, l'accès aux soins de santé, à des logements de qualité, à toute une série de services publics, des activités culturelles, des espaces verts, des parcs et des jardins publics, des transports publics bien organisés et non polluants, c'est une ville qui présente un faible taux de pollution et où il fait bon vivre.

Plus concrètement, l'OMS a défini 11 critères qui constituent la ligne directrice du développement durable adapté aux différentes réalités des villes et déterminent les composantes de la vie urbaine sur lesquels il faut agir. Ces critères sont :

- 1) un environnement salubre, sans risques et de haute qualité;

- 2) un écosystème stable et pouvant être maintenu à long terme;
- 3) une communauté forte, solidaire et qui n'exploite pas la population;
- 4) un haut niveau de participation et de contrôle de la population pour tout ce qui concerne sa vie, sa santé et son bien-être;
- 5) la possibilité de satisfaire ses besoins premiers;
- 6) l'accès à une grande diversité d'expériences et de ressources avec une possibilité d'élargir les contacts, les synergies et les communications;
- 7) une économie locale diversifiée, vitale et innovatrice;
- 8) l'encouragement du sentiment de lien avec le passé, c'est-à-dire avec le patrimoine culturel et biologique des citoyens, ainsi qu'avec d'autres groupes et individus;
- 9) une structure de ville compatible avec ce qui précède et qui l'améliore;
- 10) un niveau maximum de services de santé publique accessibles à tous;
- 11) enfin une priorité à la santé.

Faire de Bruxelles une ville région en santé

Bruxelles offre de nombreuses possibilités pour mettre en œuvre son programme de ville en santé, et il existe à l'heure actuelle une multitude d'initiatives qui vont dans le sens de la conception de l'OMS.

C'est pourquoi les partenaires ont souhaité privilégier une approche transversale et offrir à tout un chacun la possibilité de s'investir et de proposer des initiatives d'amélioration du cadre de vie en vue de mener à des transformations durables.

La démarche proposée est d'élaborer en commun un diagnostic des potentialités et des problèmes au niveau local, dans les communes et les quartiers avec les habitants et choisir ensemble des indicateurs de santé et de bien-être qui doivent permettre d'évaluer l'amélioration de la santé pour tous.

A Bruxelles, les objectifs sont de :

- réduire les inégalités en matière de santé;
- favoriser la coopération entre organismes qui n'ont pas toujours l'habitude de travailler ensemble mais qui tous ont un souci et un lien avec la santé;

- réduire les risques environnementaux, c'est-à-dire les risques de pollution de l'air, de l'eau, de disparition de lieux de ressourcements et d'espaces verts...
- susciter l'implication des habitants dans la gestion de leur ville ;
- sensibiliser les gens sur des thèmes liés à la santé.

A Bruxelles, oui, mais où ?

Un périmètre d'expérimentation a été déterminé, avant d'étendre le projet à toute la Région.

Une partie de 6 communes bruxelloises (Schaerbeek, Saint-Josse, Evere, Jette, Laeken et Molenbeek) a été choisie comme zone expérimentale. Ce qui n'empêche évidemment pas que d'autres communes s'impliquent également dans une dynamique de ville en santé.

Thématique, l'espace public

Le thème concret proposé est 'l'espace public comme espace de vie à partager'. L'espace public, qu'il s'agisse d'une rue, d'un square, d'un parc, concerne tout le monde et permet à tous d'y participer sous diverses formes : l'accès à l'habitation, le chemin de l'école ou du travail, la promenade, les achats, le déplacement en voiture, en bus ou à vélo, la rencontre, la fête, mais aussi l'insécurité, la violence, la pollution, le bruit, l'anonymat...

Le concept d'espace public comme espace de vie à partager est fédérateur parce qu'il rassemble tous ces lieux d'expression de la vie sociale et qu'il nous concerne tous.

Une approche multidimensionnelle permet de décliner l'espace public au travers de ses diverses composantes :

Un lieu qui nécessite des aménagements à respecter

Pour les enfants, la rue est terrain de découverte. D'abord à proximité de leur domicile, puis de plus en plus loin au fur et à mesure qu'ils grandissent. C'est de cette manière qu'ils se développent et apprennent à se sentir à l'aise dans la ville, dans la rue. Un lieu de vie à partager par tous est donc un lieu de vie à respecter par chacun : respect du matériel, entretien...

Un lieu de contact

Discuter avec son voisin, aller chez l'épiciériste... l'espace public offre pour beaucoup un lieu où on peut discuter, faire des échanges. Il permet de lutter contre l'exclusion. Le manque de lien social peut favoriser les agressions et une forme de violence urbaine. Le manque de relations entre les générations renforce la crainte des per-

sonnes âgées envers les jeunes et provoque un isolement.

L'espace public devrait être privilégié comme lieu de contact.

Un lieu interculturel

La rue est un espace commun qui est approprié différemment par des groupes de cultures distinctes. L'incompréhension et la méconnaissance des divers comportements peuvent provoquer des tensions dans la cohabitation et une rupture de la solidarité de quartier. L'appartenance à un groupe social plus ou moins solidaire et homogène induit un vécu différent de l'espace public. Pour certains, il est perçu comme une extension de l'espace privé et l'étranger y est donc un intrus. Pour d'autres, la rue est un repère administratif et géographique du domaine privé. Pour d'autres encore, la rue sert de carte de visite. Cette notion de groupe social apparaît aussi comme groupe ethnique et culturel. L'espace-rue est vécu différemment par un Africain, un Européen, un Méditerranéen...

Une meilleure connaissance des uns et des autres permettrait de lever certains a priori.

Un lieu où le sport peut être pratiqué

La rue est utilisée comme terrain de foot, de skate-board, piste de vélo, de footing, de jeu de marelle... Ces différentes utilisations nécessitent des aménagements et des règles de vie pour que chacun s'y sente en liberté.

Un lieu vert

L'agrément visuel de la végétation se complète par des qualités écologiques : production d'oxygène par photosynthèse, maintien du taux d'humidité, absorption de la poussière... mais aussi par le désagrément dû à la chute des feuilles, à la concentration de déjections animales...

L'habitant participe à la verdurisation par la décoration de son jardin, l'aménagement de son balcon, de sa fenêtre ou de sa façade.

Mais aussi...

Un lieu où la fête est de mise : l'espace public est un lieu privilégié pour organiser diverses activités comme une fête de quartier, un méchoui, une brocante, une braderie...

Un lieu où le bâti et l'architecture ont une place capitale et confèrent la particularité et la beauté de certains quartiers. Il y a aussi les commerces, les services de proximité...

Avec vous !

Le mot d'ordre du programme pourrait être : 'On ne va pas le faire pour vous mais avec vous...'. Ici, ce sont les gens qui décident eux-mêmes de priorités qu'ils veulent dégager.

Par exemple, en partant d'une situation particulière commune à un quartier, ou pour trouver des solutions à un problème, il peut y avoir mobilisation et participation des habitants, des familles, des membres d'une communauté.

Ce programme se construira sur base des souhaits et des préoccupations des habitants.

Qui sont les partenaires ?

Pour la pérennisation de ce projet, une coordination permanente est mise en place entre les administrations de la Région de Bruxelles-Capitale, les trois commissions communautaires et le tissu associatif bruxellois.

Les partenaires techniques sont : l'Observatoire de la santé et du social (et son équivalent néerlandophone), le Centre de la promotion de la santé (CLPS), l'Institut belge pour la gestion de l'environnement (IBGE) et son pendant néerlandophone (BIM), l'asbl Question Santé, le Pacte territorial pour l'emploi en Région de Bruxelles-Capitale (et son pendant néerlandophone), le Centre de documentation et de coordination sociale (CDCS) et son pendant néerlandophone (CMDC), Brussels gezondheidsoverleg (LOGO), Brussels Welzijnraad, la Société de développement pour la région de Bruxelles-Capitale (SDRB) et son pendant néerlandophone (GOMB), le Secrétariat régional au développement urbain (SRDU) et l'équivalent néerlandophone (GSSO).

Ce programme permet aussi des échanges avec d'autres villes ayant mis en place le concept de ville en santé. Ceci permet de nourrir la réflexion, stimuler des initiatives, faire partager des expériences enrichissantes avec des villes comme Barcelone, Lyon, Belfast, Liège, La Louvière, Anvers...

Quels sont les moyens ?

Une plate-forme d'information, de conseils, de relais rassemblant les partenaires est constituée au sein de l'asbl et offrira aux promoteurs de projets une série de services. L'offre de services se compose de formations, de matériel, de statistiques, d'informations, de cartes, d'aide méthodologique, de recherche, de publications, de relais vers d'autres institutions, programmes régionaux et communautaires. Cette assistance technique permet à ceux qui le souhaitent (associations d'habitants, groupes de professionnels, comités de quartiers, plannings familiaux, maisons de jeunes...) de développer leur conception de la santé au travers de la thématique de l'espace public privilégiant la participation.

A titre illustratif, un projet qui répondrait aux principes de Bruxelles Ville région en santé pourrait être par exemple : l'organisation d'une fête de quartier par une association rassemblant des habitants et qui privilégie la participation et l'espace public ; mais aussi la mise en commun d'un espace public où jeunes et moins

jeunes pourraient se parler, boire un verre ; l'organisation de promenades découvertes dans différents quartiers pour faire sortir les gens de chez eux ; des séances d'information et discussion sur les habitudes alimentaires de bonne santé ; l'organisation de la solidarité entre voisins...

Pour plus d'informations, asbl Bruxelles, Ville région en santé, M^{me} Purnôde, quai du commerce 7, 1000 Bruxelles. Tél.: 02-219 84 44. Fax : 02-219 84 49. Courriel : ville.santé@misc.irisnet.be Site web : www.who.dk

Sylvie Bourguignon

Santé, culture, participation des habitants

© Jacqueline Rosseels



Notre travail consiste, dans un premier temps, en une enquête participative sur le thème de la qualité de la vie. Notre « outil » est l'appareil photo et le reportage photographique en noir et blanc, d'où le titre du projet. Si la photographie installe d'emblée une certaine familiarité – qui n'a pas un petit appareil automatique pour fixer des souvenirs de famille ou de vacances ? – le noir et blanc par contre permet de créer une rupture avec ce côté « évident » et instaure une distance par rapport au réel et aux images ambiantes. Il engendre un effet de décalage et d'interrogation du réel. Ce choix trouve aussi tout son sens par rapport au quartier, fait de contrastes quand on considère le bâti environnant et la population qui l'habite. Il permet également d'explorer les nuances et l'entre-deux : tout n'est pas noir, tout n'est pas blanc à Blyckaerts/Matonge ; il y a quelque chose à construire ou à « révéler » qui peut faire lien.

Au moment de la construction du partenariat¹ en vue d'associer le plus grand nombre possible d'acteurs à la conception du projet avant de déposer notre candidature, nous avons pu observer la présence d'un grand nombre de services communaux, d'associations professionnelles (secteur formel) et de comités d'habitants (secteur informel) qui œuvrent utilement depuis un certain nombre d'années dans le quartier.

La difficulté reste qu'un grand nombre d'habitants y vivent dans une précarité socio-économique certaine et ne participent pas à la vie du quartier, qu'il n'existe pratiquement pas de concertation entre les

« Je photographie mon quartier en noir et blanc » est un des quinze projets d'initiative communale retenus dans le cadre de l'appel lancé par Madame Nicole Maréchal, Ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé en vue de promouvoir des « Politiques communales de santé ». Le projet a été accepté par le conseil communal d'Ixelles (une des dix-neuf communes constituant la Région de Bruxelles-Capitale) en juin 2002, sur base d'une proposition de Madame Françoise Picqué, échevine de l'Instruction publique, de l'Action sociale, de la Santé et de la Qualité de la vie.

L'action, programmée pour une durée de deux ans, se déroule dans le quartier Blyckaerts/Matongé, territoire dont la frontière correspond aux grands axes de circulation que sont la chaussée d'Ixelles entre la porte de Namur et la place Flagey,

la chaussée de Wavre (entre l'avenue du Maelbeek et la même porte de Namur), l'avenue de la Couronne et la rue du Trône (de la place Blyckaerts au Champ de Mars) et enfin, l'axe rue Malibrant et rue du Sceptre. Tout cela à la limite de ce qu'on appelle le quartier Léopold où se situent les institutions européennes. Ce quartier populaire typiquement urbain, à l'habitat ancien, voire vétuste et insalubre à certains endroits, se caractérise par la présence d'une grande diversité de nationalités entre deux pôles communautaires importants, Matonge (communauté africaine côté porte de Namur) et Malibrant (communautés maghrébines et portugaises côté places Blyckaerts et Flagey). Il fait actuellement l'objet de ce qu'on appelle un « contrat de quartier », un dispositif de réhabilitation de quartier mis en place par la Région de Bruxelles-Capitale.

¹ Actuellement, le partenariat se compose des acteurs suivants réunis au sein d'un comité de pilotage du projet : Amis de Wetchi, Centre social Bruxelles Sud-Est, Centre de santé communal, Centre de santé libre, Centre local de promotion de la santé de Bruxelles, Comité Cité, Comité de citoyens sans emplois, Dynamo, Equipes populaires, Free Clinic, Groupe de recherche action des cyclistes au quotidien (GRACQ), Habitat & Renovation, La Mosaïque (Service de la jeunesse), Service culturel de la commune d'Ixelles, Parcours citoyens, Projet Matonge asbl, Quartier libre/Sos Jeunes, Question Santé.

différents services communaux (ni au niveau échevinal) et que ceux-ci n'ont jamais travaillé avec le secteur associatif. Par ailleurs, si une coordination sociale se met progressivement en place, il n'existe par contre pas de véritable travail intersectoriel et actions concertées entre les associations professionnelles et les comités d'habitants (bénévoles) sont difficiles à mettre en œuvre.

Dans ce contexte, avec beaucoup de modestie, le projet vise à entendre et à donner plus de visibilité au point de vue des habitants en ce qui concerne la qualité de la vie dans leur quartier (cadre de vie, environnement, logement, espaces publics, relations sociales, convivialité, vie culturelle, éducation, loisirs, travail, repos, services, bien-être...), et cela en construisant une action collective avec la participation et la créativité de chacun. Il s'agit pour nous de favoriser le développement de l'expression et de la créativité dans l'approche de la santé (retrouver une marge de manœuvre individuelle et collective par l'expression de ce qui conditionne notre santé et notre vie), le développement du lien social et de la citoyenneté (devenir acteur sur le plan collectif), et de réaliser une radiographie du quartier faite par ses habitants.

Comment ?

Durant la première année du projet, des habitants et des intervenants s'initient au reportage photographique pour exprimer en images et en paroles (expression verbale à partir des photographies mais aussi recueil de témoignages des personnes rencontrées) l'état des lieux de leur quartier. Les premières interventions photographiques ont été préparées par des séances d'animation où trois dimensions ont été explorées : la notion de quartier, les déterminants de la santé, le travail de reportage et la photographie. L'ensemble de la démarche photographique (reportages et ateliers de discussion) est accompagné par un artiste/photographe. Les sorties de reportage dans le quartier sont préparées et organisées tour à tour par une des associations partenaires afin de partager avec les participants leur point de vue et questionnement sur le quartier, cela en fonction de l'objet social et du public habituel de l'association.

Parallèlement à l'enquête participative (reportages) et à l'atelier, qui s'articulent autour du regard (apprendre à voir, observer, s'approcher, rencontrer le regard de l'autre), de l'expression visuelle (par la photographie) et d'une réflexion en profondeur sur



ce que signifie « vivre ensemble », une enquête plus classique, par questionnaire, se met en place afin d'associer le plus grand nombre possible d'habitants à notre démarche et d'assurer une valeur, toujours relative, de représentativité à notre « radiographie » (diagnostic).

En fin de processus (octobre 2003), l'ensemble de la démarche se conclura par une intervention dans l'espace public en vue d'interpeller plus largement encore la population et de partager nos vues : une sorte de petit festival sera organisé, il y aura une occupation du territoire par les photographies réalisées (accrochage en plein air mais

aussi à l'intérieur des maisons, des associations, des théâtres) et un parcours sera tracé avec des animations et des rencontres.

Enfin, l'évaluation et les conclusions de cette première année d'activité seront diffusées auprès des instances communales, du *contrat de quartier* ainsi que de la Communauté française. L'objectif est de donner une suite concrète aux propositions issues du diagnostic la seconde année, soit en consolidant soit en créant une structure, un service, une action définis comme importants et manquant d'un point de vue communautaire.



Pourquoi la photographie dans une action de promotion de la santé communautaire ?

La photographie est un outil d'expression artistique et/ou journalistique qui contribue de façon très concrète et pragmatique à la mise en œuvre d'objectifs visés par la promotion de la santé et l'éducation permanente. Elle permet une activité tout à

la fois personnelle et relationnelle en offrant à chacun l'opportunité de travailler à la construction de sa vision, de son point de vue sur les choses : je regarde, je sens, je découvre, j'observe, je partage mon point de vue avec d'autres et donc je pense, je me positionne comme sujet et non plus comme objet. Faire de la photographie induit aussi une série d'attitudes, de compétences qui vont au-delà des aspects techniques de la

photo, cela dans la mesure où la photo est aussi un « médium », à savoir un matériau qui permet d'entrer en contact et un vecteur de sens. Plus particulièrement, la photographie :

- crée des liens et donc des compétences sociales et relationnelles : la prise d'une photo est une occasion pour entrer en relation ;
- permet de projeter ses représentations et donc, par le biais de l'image produite, d'entrer en dialogue avec celles-ci ; ce qui permet de fonder un dialogue hors d'un cadre pré-imposé, de faire émerger les différents points de vue sur une même problématique et de se forger une vue d'ensemble assumée collectivement ;
- met l'utilisateur en position d'acteur : il faut entrer en mouvement, apprécier les différentes valeurs du temps, poser des actes pour faire de la photographie ;
- induit une analyse critique de soi et de son environnement ;
- permet à la fois de s'ancrer dans le réel, de le documenter et de s'ancrer dans son imaginaire propre ;
- permet la symbolisation d'expériences vécues ;
- enfin, pour toutes ces raisons, un moyen d'expression, qui permet de rencontrer des objectifs généraux de participation et de développement culturel.

Bénédicte Meiers, Question Santé

Pour plus d'informations :

Françoise Picqué, Echevine de la Santé.

Tél.: 02-515 70 36. Fax : 02-515 60 40.

Courriel : action.social@ixelles.be

Bénédicte Meiers, Question Santé.

Tél.: 02-512 41 74. Fax : 02-512 54 36.

Courriel : question.sante@skynet.be

Bruxellois : à votre santé!

Si la santé est la capacité de s'adapter à ce qui change en nous, dans notre corps et notre vie, selon Ivan Illich, elle n'est pas un état mais un mouvement permanent d'ajustement.

L'état de santé n'est en tout cas pas réduit à l'inventaire des maladies dont on est atteint ou protégé, ni à la capacité sportive mais il renvoie à toutes les dimensions de la vie. Sans alimentation équilibrée, l'obésité ou

l'anémie menacent. Sans habitat de qualité, la fragilité augmente. La perte d'un emploi ou l'incapacité à en trouver entraînent faiblesse de revenus et crise d'identité. Il en va de même de la perte d'êtres proches ou de la rupture des liens familiaux. Vivre dans les stress accumulés ne laisse pas indemne.

Et pourtant, l'être humain se reconnaissant devant l'obstacle, chacune de ces situations peut être l'occasion d'un sursaut de santé, d'une créativité qui permet de revivre, de se

réinventer. Manger sain ne coûte pas toujours cher. Rénover l'habitat est possible. Retrouver un travail redonne de la dignité au travailleur, se retrouver dans un collectif de chômeurs permet de retrouver confiance en soi. Etre membre d'un groupe actif, d'un mouvement d'éducation permanente, d'un comité de quartier crée des liens sociaux.

Faut-il s'étonner dès lors que la folie, ce que nous disons être une maladie mentale, peut être une forme de santé, une condition de

survie, une capacité de s'adapter au trop plein ou au trop peu d'une vie. Ou que des personnes lourdement handicapées sont en pleine santé parce qu'elles sont bien dans leur tête, bien dans leur vie, et donc bien dans leur corps tel qu'il évolue. On peut vivre avec moins à condition d'être plus. On peut vivre autrement que le voisin ou les parents en vivant sa différence comme une richesse, en particulier dans une ville-région-capitale multicolore. La santé est donc possible à Bruxelles : demandez aux Bruxellois. La promotion de la santé y est nécessaire comme les soins de santé, l'aide sociale et l'intervention de l'entourage.

Visite guidée

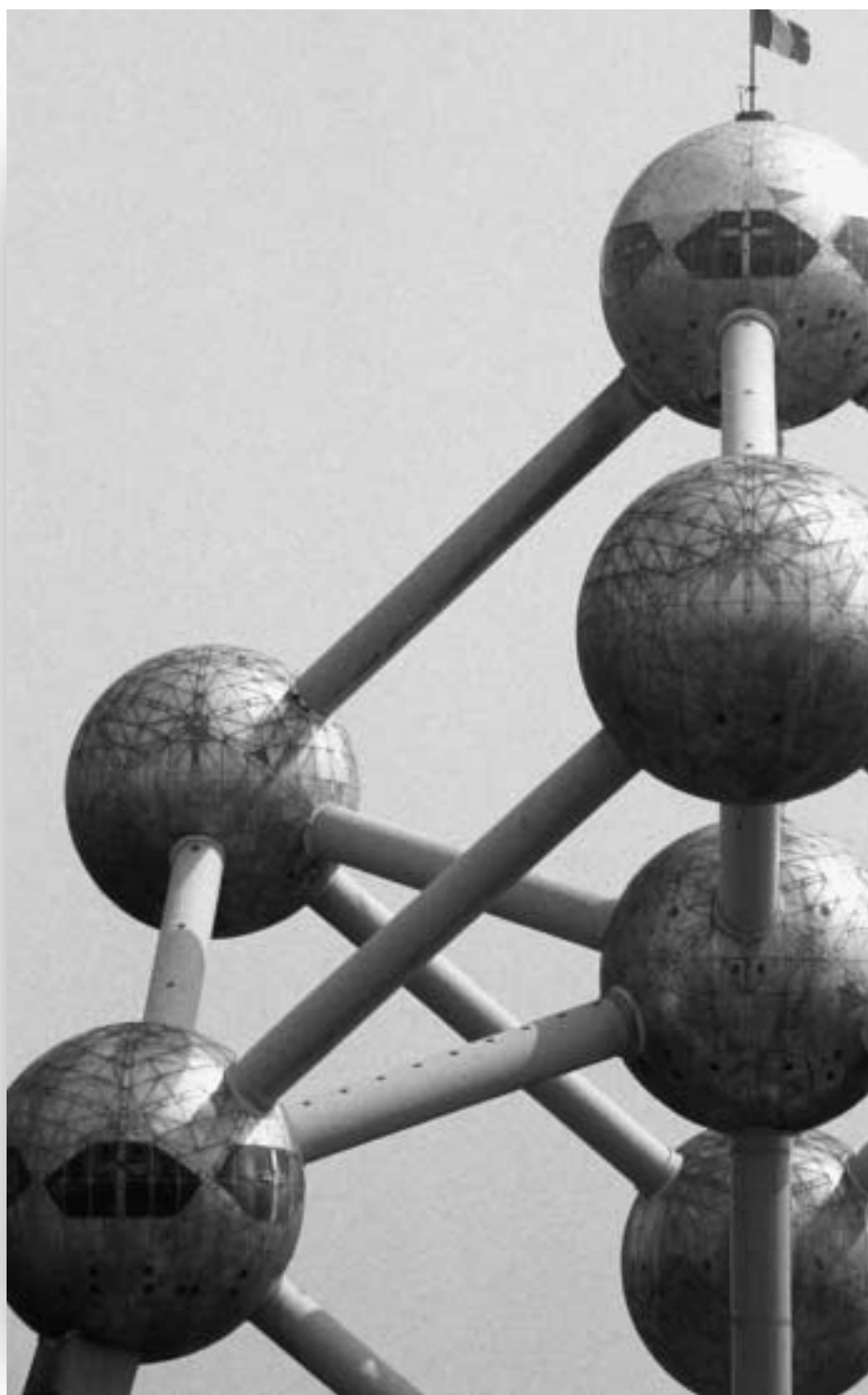
La publication d'un **Tableau de bord de la Santé** par l'Observatoire de la santé de Bruxelles-Capitale répond à une partie de nos questions de mise en contexte et d'inventaire : Bruxelles, au 1^{er} janvier 2000, ce sont 959.318 habitants, 457.852 hommes, 501.466 femmes. Depuis 1966, cette population est en légère augmentation, le taux de natalité étant le plus élevé du pays, la mortalité étant en diminution et les mouvements migratoires liés au statut de capitale étant importants. Globalement en 4 ans, Bruxelles gagne 16.405 habitants et en perd 13.525 : le solde est donc positif de 2880 personnes.

Tous inclus ?

Mais attention, un certain nombre d'habitants ne sont pas inscrits au registre de population : leur statut spécial les en dispense ou ils habitent de fait à Bruxelles tout en étant domiciliés ailleurs pour raisons fiscales : on parle ici de 40.000 personnes. De nombreux clandestins sont en voie de régularisation.

La distribution géographique n'échappe pas non plus aux Bruxellois : les communes de la première couronne et celles de la troisième couronne n'offrent pas les mêmes conditions de vie et n'ont donc pas le même type de population. La dualité de l'habitat et de l'accès à l'emploi a un impact réel sur les conditions de vie et de santé de ces habitants.

Dans une région où plus de la moitié de l'emploi est occupé par des navetteurs, le chômage reste particulièrement élevé, surtout parmi les femmes et les jeunes. Conséquence : Bruxelles s'appauvrit par rapport au reste du pays, le revenu moyen étant 8,7 % plus bas que celui du pays même si la tension entre le secteur le plus pauvre et le plus riche de la ville est de 10. Ainsi encore, 3,5 % de la population dépend du minimex ou d'un équivalent comme ayant droit ou comme personne à charge.



On meurt à Bruxelles

Inutile de le cacher : ce qui n'arrive qu'aux autres nous atteint aussi. Les statistiques épidémiologiques nous révèlent que les hommes et les femmes sont inégaux devant la mort : les premiers meurent 1,7 fois plus vite que leurs compagnes, qui décèdent donc plus en maison de repos, même si l'espérance de vie s'allonge pour tous.

Les Bruxellois meurent surtout à l'hôpital. Mais ce sont aussi les habitants de la première couronne qui meurent le plus vite. Les maladies cardio-vasculaires et les cancers

sont responsables de plus de 60 % des décès ; les suicides et les pathologies liées à l'alcool sont la seconde cause de mort prématurée (8 %) même si avant 45 ans, il s'agit plutôt de morts violentes. Le poids des accidents, du sida et des décès liés à la drogue est plus important chez les hommes.

1.711 accidents du travail sont mortels ou occasionnent une incapacité permanente. En un an, 242 nouvelles demandes de réparation de maladie professionnelle sont venues s'ajouter aux 1.355 Bruxellois qui bénéficiaient d'une allocation mensuelle.

La santé, ça se perçoit !

L'état de santé subjectif varie en fonction du statut social : la faiblesse du revenu et de l'instruction se répercute sur l'estimation de son état de santé, même si 75 % des Bruxellois s'estiment en bonne santé. La cartographie a du bon : elle incite à soutenir le programme de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans, à lutter contre les maladies infectieuses : méningite (47 cas en 2000), tuberculose (366 cas en 2000), sida (1.465 cas, 46 % des patients connus). La dépression atteint 8,5 % des Bruxellois et plus de 15 % des plus de 15 ans utilisent des antidépresseurs. La consommation problématique de stimulants et de cannabis est en augmentation et va souvent de pair avec la consommation de tabac, d'alcool et d'autres produits.

11.135 personnes bénéficient d'une allocation de remplacement ou d'intégration en vertu d'un handicap et 3.663 d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées.

Visages de la ville : naissants, résidents âgés, acteurs, soignants

13.000 nouveaux Bruxellois naissent chaque année. La mortalité infantile diminue même si le taux de couverture vaccinale est le plus bas du pays. La proportion d'isolés, importante à Bruxelles, augmente avec l'âge et concerne plus de 50 % des plus de 85 ans ; 14.000 personnes font appel aux soins infirmiers à domicile, 6.500 à l'aide à domicile et plus de 12.000 résident en maison de repos ou maison de repos et de soins.

Inégalités devant la vie, inégalités devant la maladie, inégalités devant la mort, inégalités devant la facture hospitalière, inégalités de besoins et de moyens. Ces constatations sont comme il y a 100 ans, la raison d'être une mutualité à Bruxelles et d'y pratiquer la pédagogie de la solidarité comme chemin de sécurité sociale, d'accès aux soins de santé et à l'aide à domicile.

Les conseillers mutuellistes dans les centres de service et agences bruxelloises, les assistants sociaux et tous ceux qui exercent d'autres métiers de la mutualité sont là avec les membres des comités locaux pour relever le défi de la santé avec le personnel de la santé et les habitants de leur ville.

Se soigner. Être aux petits soins pour nos proches sans oublier les isolés. Changer les modes de vie et l'équipement. Être acteur de sa santé. Changer la ville pour changer la vie : le défi de ville en santé est déjà relevé.

Michel Kesteman, directeur-adjoint de la mutualité St-Michel, Bruxelles
Article paru dans En Marche (édition de Bruxelles) n° 1271, 20 février 2003

Puis-je vous présenter... *Bruxelles Santé* ?



Bruxelles Santé est un trimestriel de 24 pages (plus un numéro spécial annuel de volume variable) dont le n° 29 est sorti en mars dernier. Ce qui lui fait tout juste sept ans, puisque la revue est née en mars 1996, héritière d'un petit bulletin destiné à promouvoir le colloque de 1995 sur la

promotion de la santé à Bruxelles. La revue est réalisée par l'asbl Question Santé et financée par la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles Capitale, plus communément nommée COCOF.

Bruxelles Santé a évolué au fil des années, tant dans la forme (nous en sommes à la troisième maquette) que dans les contenus : des rubriques ont disparu, d'autres se sont créées. Mais les objectifs éditoriaux sont toujours les mêmes. On peut les résumer en trois mots : information, réflexion, valorisation.

Information sur les initiatives et les services soutenus par la COCOF dans le domaine de la santé au sens large. Réflexion sur des problématiques ou des secteurs d'activités liés à la santé. Valorisation des projets, des initiatives et des activités des associations sur le terrain bruxellois.

« Santé au sens large », avons-nous dit, puisqu'il s'agit bien de prendre le concept non dans son acception strictement médicale d'absence de maladies et d'accidents, mais de l'élargir à ses aspects mentaux et sociaux et aux multiples déterminants de la santé (comportements mais aussi facteurs sociologiques, culturels, économiques, urbanistiques, environnementaux, etc.). Cette conception se reflète dans le lectorat de *Bruxelles Santé*, puisque la revue est

envoyée non seulement aux acteurs de la santé *stricto sensu*, mais aussi à ceux de l'aide sociale, de l'éducation permanente, de l'aide à la jeunesse, de l'enseignement... et du milieu associatif en général.

Chaque numéro est construit autour d'un dossier de 8 pages, auquel s'ajoutent les rubriques « En direct de » (un quartier, une association, un projet), « Bouquins malins », « Initiative », « Echo du CLPS de Bruxelles » et « Elargissons le débat » (la parole aux représentants des partis francophones démocratiques représentés au Parlement bruxellois).

Parmi les derniers dossiers publiés : la prévention du suicide en milieu scolaire, l'interprétariat et la médiation interculturels, les services de santé maternelle et infantile, les soins et l'aide à domicile.

Si vous ne connaissez pas encore *Bruxelles Santé*, demandez à recevoir un exemplaire, surfez sur www.questionsante.org (les derniers numéros y sont consultables et téléchargeables), ou abonnez-vous tout de suite. C'est gratuit ! Tél.: 02-512 41 74 (Michèle Malengreaux); fax : 02-512 54 36; courriel : question.sante@skynet.be
Bonne lecture !

Alain Cherbonnier, Question Santé

Méningite en Belgique : bilan de campagne

L'an dernier, à la suite d'un accord entre l'autorité fédérale et les communautés, les enfants âgés de 1 à 5 ans ont eu la possibilité de se faire vacciner gratuitement contre les infections à méningocoque du sérotype C.¹ Il est intéressant de s'arrêter un instant sur le bilan de cette initiative concertée qui aura coûté environ 12,5 millions d'euros, deux tiers à charge du budget fédéral et un tiers pour les communautés, responsables aussi de l'organisation de la campagne dans le cadre de leurs compétences en matière de prévention collective.

Succès de foule

Pour rappel, la tranche visée était constituée des enfants âgés de 1 à 5 ans, soit 400.000 jeunes enfants. En Flandre, l'action avait déjà démarré un peu avant l'accord entre l'Etat fédéral et les communautés ; elle a eu lieu pour la majeure partie de mars à juin 2002 en Communauté française. En Flandre, la campagne a aussi visé les adolescents de 15 à 18 ans, ce qui a permis de protéger 7 cohortes en un an.

La Communauté flamande a distribué 460.000 vaccins, et la Communauté française Wallonie-Bruxelles près de 200.000. Etant donné qu'une partie de la population cible avait déjà été vaccinée sur une base individuelle, la Communauté française a pu étendre son intervention aux enfants nés en 1996.

Du côté francophone, on estime que la couverture est de 80 %², compte tenu du fait qu'un nombre significatif d'enfants étaient déjà vaccinés au prix fort au démarrage de la campagne (voir encadré).

Méningocoque C en régression

Le nombre de cas d'infections confirmés par le laboratoire de référence des méningocoques (Institut scientifique de santé publique – section Bactériologie) avait tendance à augmenter depuis le début des années 90, particulièrement dans la province d'Anvers. Pour le pays, on était ainsi passé de 144 cas en 1993 (18 % de C) à 380 en 2001 (49 % de C).

Les chiffres de 2002 marquent un net coup d'arrêt, avec 262 cas (35 % de C).

Ce résultat est très spectaculaire. Il peut

être attribué pour partie à l'effort massif de vaccination (c'est à espérer, vu la somme d'argent et d'énergie dépensée par les familles, les professionnels de santé et les autorités), mais pas uniquement. En effet, il semble que l'évolution de l'incidence dans les tranches d'âge non vaccinées suive la même tendance à la baisse. Il y aurait donc cumul d'une baisse 'naturelle' et d'une baisse due à la campagne de vaccination³.

Devant le délai nécessaire pour mettre en place la campagne publique, certaines mutualités ont pris l'initiative d'offrir à leurs affiliés une intervention significative dans le prix du vaccin dans le cadre de leur assurance complémentaire. Nous disposons de chiffres concernant les Mutualités chrétiennes.

Ces avantages étant gérés de façon autonome par les mutualités régionales ou leur plate-forme communautaire, l'approche n'a pas été la même dans le Nord et le Sud du pays. Entre le 01/10/2001 et le 31/12/2002, les mutualités chrétiennes flamandes ont remboursé 20 € pour les enfants âgés de 16 mois à 4 ans, et du 01/01/2002 au 31/12/2002 pour les jeunes âgés de 5 à 18 ans à la condition qu'ils ne puissent pas bénéficier d'une vaccination gratuite grâce à la campagne de la Communauté flamande.

A la date du 25/11/2002, elles étaient intervenues pour près de 3.000.000 € et 146.000 enfants. Cela représente 20 à 25 % du groupe cible pour cette mutualité qui est la plus importante en Flandre.

Cette action d'envergure a aussi permis d'obtenir des fabricants une diminution de 15 % du prix de vente en pharmacie.

Les mutualités francophones et germanophone ont remboursé 20 € pour les enfants âgés de 1 à 5 ans avant le démarrage de la campagne publique. Elles sont intervenues pour environ 5.800 enfants

Initiatives mutualistes

(un peu plus de 110.000 € de dépense), soit près de 11 % de leurs affiliés dans la tranche d'âge considérée.

Deux d'entre elles ont maintenu leur service pour les jeunes de 15 et 16 ans (Liège) et pour tous les enfants jusqu'à 18 ans (Namur), ce qui peut se comprendre pour des raisons épidémiologique (cohortes les plus touchées après les 0 à 4 ans) et politique (pas de campagne généralisée en Communauté française en 2003).

L'effort de cet organisme assureur a été très important, comme vous pouvez le constater, et c'est sans doute vrai aussi des autres unions nationales ayant inscrit ce vaccin dans leurs avantages en 2002. Il faut ajouter à cela que leur remboursement par dose (20 € pour un prix de vente en pharmacie de 35,67 €) leur a coûté plus cher que le prix obtenu par les autorités pour la campagne généralisée...

Pour Bertrand Castel, responsable marketing à l'ANMC, les mutualités ont pu jouer un rôle intéressant dans ce dossier : faire pression sur les autorités sanitaires pour qu'elles ne tardent pas à lancer leur campagne de vaccination. Par ailleurs, il constate que la campagne publique met davantage de temps à s'organiser, mais permet de vacciner les enfants à moindre coût, tandis que les services mis en place par les organismes assureurs sont plus vite opérationnels mais plus onéreux.

C.D.B

être attribué pour partie à l'effort massif de vaccination (c'est à espérer, vu la somme d'argent et d'énergie dépensée par les familles, les professionnels de santé et les autorités), mais pas uniquement. En effet, il semble que l'évolution de l'incidence dans les tranches d'âge non vaccinées suive la même tendance à la baisse. Il y aurait donc cumul d'une baisse 'naturelle' et d'une baisse due à la campagne de vaccination³.

Et pour la suite

Du côté flamand, la campagne sera prolongée jusqu'à la fin 2004, 3 cohortes étant vaccinées en 2003 et 4 en 2004, cet étalement étant justifié par des raisons à la fois budgétaires et logistiques. Le rattrapage des jeunes âgés de moins de 18 ans n'ayant pas été vaccinés est également possible.

La Communauté française n'envisage pas d'extension à d'autres cohortes que celles vaccinées l'an dernier.

¹ Voir notre article 'Campagne de vaccination contre la méningite C' dans Education Santé n° 168, avril 2002.

² En cumulant les interventions des autorités, des mutualités et des familles, on atteint sans doute une dépense de 25 millions d'euros pour cette seule vaccination.

³ Communication personnelle du D^r Germaine Hanquet, de l'ISP

Dans les deux communautés, la vaccination est maintenant intégrée dans le calendrier vaccinal des enfants de plus d'un an (avant 12 mois, 3 doses sont nécessaires sans garantie quant à la protection à long terme conférée par le vaccin). Cela représente une commande de 60.000 doses pour 2003 en Communauté française.

Christian De Bock

Merci à Raymond Moriaux et Michiel Callens pour leur relecture attentive.

France : pas de vaccination généralisée

L'incidence de la maladie en France est stable et estimée à 3 cas pour 1.000.000 d'habitants, ce qui est inférieur à la situation belge (9 nouveaux cas pour 1.000.000 d'habitants en 2002, effet campagne compris).

Le Conseil supérieur d'hygiène publique recommande de ne pas généraliser la vaccination à l'échelon national, sur base de ces chiffres mais aussi de l'incertitude de voir

les infections se déplacer vers d'autres sérogroupes en cas de vaccination massive. A ce propos, on n'a pas observé ce phénomène en Belgique, les infections à méningocoque B étant aussi en (légère) diminution en 2002.

D'après 'Méningocoque C : recommandations (suite)', Revue Prescrire, mars 2003, tome 23, n° 237

Méningite en Afrique : on attend le vaccin

Les trois millions de vaccins tout juste disponibles suffiront-ils cette année à juguler l'épidémie de méningite en Afrique ? L'incertitude demeure mais les pays riches ne s'en inquiètent guère.

Quand souffle l'harmattan, c'est aussi la saison de la méningite dans les 21 pays qui, du Sénégal à l'Éthiopie, constituent la « ceinture de la méningite » en Afrique. De janvier à avril, chaque année, les malades se comptent par dizaine de milliers, les morts par milliers. Déjà les premiers cas ont fait leur apparition fin janvier au Burkina Faso, un des pays les plus régulièrement touchés.

Cette année, l'incertitude est encore plus grande que d'habitude. Combien de personnes parmi les 300 millions d'habitants de ces pays seront touchées par le méningocoque, la bactérie responsable de cette maladie qui tue dans 10 à 15 % des cas ? Et surtout par quelle souche de cette bactérie seront-ils atteints ? En effet, l'an dernier près de 15.000 Burkinabés ont été touchés par une nouvelle souche, la W-135, sans doute rapportée de la Mecque par les pèlerins. 1.300 personnes en sont mortes. Selon le docteur Francis Varenne, de Médecins sans frontières (MSF), « les raisons de la diffusion rapide de cette nouvelle forme de méningite sont encore inexplicables et nul ne peut prévoir quels pays elle va atteindre cette année ».

Jusqu'à présent, l'Afrique était essentiellement victime de la souche A contre laquelle existe un vaccin peu coûteux (0,25 €). Contre la W-135, il n'existait jusqu'à présent qu'un vaccin dit tétravalent car il protège contre quatre souches de virus.

Seules deux firmes le fabriquent : Aventis, aux États-Unis le vend 50 € la dose et GlaxoSmithKline, en Belgique, à 4 €. Ce dernier laboratoire produit 10 millions de doses par an dont 9 millions pré-vendues aux pays arabes où sévit cette forme de méningite. Ce vaccin est d'ailleurs obligatoire pour qui veut se rendre à la Mecque. Le million restant sert à vacciner les touristes européens et les expatriés.

3 millions de doses à 1,12 €

Réunis en septembre 2002 à Ouaga, les experts mondiaux en santé ont lancé un cri d'alarme et insisté sur l'urgence de disposer d'un vaccin à moins d'un euro la dose pour l'Afrique. L'OMS a finalement conclu un arrangement avec Glaxo.

Depuis le 23 janvier, 3 millions de doses d'un vaccin trivalent (trois souches) est prêt. Il a rapidement reçu l'agrément des autorités sanitaires belges. Il coûte 1,12 € avec la seringue. Le Burkina Faso en a déjà demandé 1,5 million de doses. Mais cette demande devra être justifiée car les vaccins ne seront distribués que là où l'épidémie est déclarée. « La rapidité de transmission des informations par les structures sanitaires est donc primordiale dans la gestion de l'épidémie », insiste Graciela Diap, coordinatrice de la Campagne d'accès aux médicaments essentiels de Médecins sans frontières à Genève. Impossible, en effet, de vacciner préventivement toutes les populations à risques. Il n'est même pas sûr que le nombre de vaccins disponibles suffise si les flambées épidémiques

« L'OMC et l'industrie laissent mourir des gens! »

« Dans le Tiers monde, des gens meurent parce que l'industrie pharmaceutique, soutenue par les États du Nord, refuse d'autoriser la vente de médicaments génériques bon marché contre la malaria, le sida, etc. »

Spécialiste du commerce international, Muriu Muthoni, d'origine kenyane, travaille à Dakar pour l'ONG britannique Oxfam. « Au sein de l'Organisation mondiale du commerce, dit-elle, les États-Unis, l'Union européenne et la Suisse bloquent les négociations sur l'accès aux médicaments génériques, produits à bas prix par le Brésil ou l'Inde. Nous ne demandons pas que tous les médicaments soient bon marché. Nous

voulons savoir pourquoi les gouvernements du Nord protègent les intérêts d'une industrie lorsque des vies humaines sont en jeu. Nous aimerions au moins que l'opinion publique de ces pays le sache et pose la question! »

Muriu, l'une des 300 Africaines et Africains présents fin janvier au Forum social mondial de Porto Alegre (Brésil), demande que les thèmes discutés à l'OMC soient rendus transparents : « Ce ne sont pas des secrets d'État! ». Elle s'emploie à faire circuler l'information dans les parlements et la société civile, au Nord comme au Sud.

Daniel Wermus, InfoSud - Syfia

touchent d'importantes populations, comme en 1996 au Nigeria (16.000 morts).

L'incertitude est encore plus grande pour les années à venir. Le Groupe international de coordination pour l'approvisionnement de vaccins en vue de lutter contre les épidémies de méningite (GCI), composé de l'OMS, de l'Unicef, de la Croix-Rouge et de MSF, a lancé début novembre un appel de fonds de 10 millions d'euros pour constituer des stocks de vaccins : 20 à 50 millions de doses sont nécessaires pour les cinq prochaines années. Ils n'ont guère été entendus ; seuls la Norvège et Monaco ont répondu.

De nouveaux vaccins en 2006

« C'est dramatique, s'insurge Graciela Diap. Cette indifférence des pays riches fait peser

un poids terrible sur les pays africains. »

Outre les décès, 15 à 20 % des personnes touchées par la méningite gardent des séquelles neurologiques : épilepsie, surdité, retard mental... Les vaccins actuellement utilisés ont une efficacité limitée. Ils ne peuvent pas être administrés aux enfants de moins de deux ans. L'immunité qu'ils confèrent est courte : 3 ans en principe, en fait souvent moins de deux. En outre, même vaccinée, une personne peut transmettre la maladie.

Des recherches sur de nouveaux vaccins dits « conjugués » qui protègent tout le monde et plus longtemps ont été menées dans les pays occidentaux. Certains sont déjà utilisés en Grande-Bretagne. Mais les firmes pharmaceutiques ont, en 1999,

abandonné les recherches pour les pays africains, marchés peu rentables. Ce n'est qu'en 2001 qu'elles ont repris dans le cadre de l'initiative Path (Programme de développement des technologies novatrices adaptées à la santé), pilotée par l'OMS grâce aux 70 millions d'euros de la fondation Bill et Melinda Gates.

Mais il faudra attendre au moins 2006 pour que ces vaccins conjugués, qui pourraient être administrés dans le cadre des programmes de vaccination élargie, soient prêts. D'ici là...

Marie-Agnès Leplaideur, InfoSud - Syfia

Premier Prix du CLPS de Liège en médecine générale

Depuis deux ans, les jeunes diplômés en médecine générale doivent s'engager dans une formation « après diplôme » de deux ans, un diplôme d'études spécialisées (DES) en médecine générale financé par la Communauté française. Ce DES est obtenu sur base d'un travail de fin d'études (TFE) au terme de ces deux années.

Le Centre liégeois de promotion de la santé a pris l'initiative de susciter des travaux en matière de promotion de la santé et de médecine préventive, des aspects relativement peu évoqués pendant les études. Le CLPS symbolise cette idée par le Prix du Centre liégeois de promotion de la santé, qui vient d'être attribué pour la première fois, en présence de la Ministre de la Santé de la Communauté française, **Nicole Maréchal**, de **M. Georges Pire**, Député permanent chargé de la Santé pour la Province de Liège, du Professeur **Didier Giet**, Président du Département de Médecine générale de l'ULg et de **M^{me} Chantal Leva**, Directrice du CLPS.

Il a été attribué au Docteur **Gulten Ucan** pour son travail de fin d'études intitulé : « *Enquête sur la connaissance et la mise en œuvre de recommandations de la vaccination contre la grippe chez les médecins généralistes de Liège* ».

Ce prix, d'une valeur de 500 €, récompense une jeune diplômée qui se destine à la médecine générale et dont le TFE traite de manière innovante un thème de médecine

préventive fort important.

L'enquête du Dr Gulten, réalisée auprès de 100 médecins généralistes liégeois montre que le taux de vaccination extra hospitalier à Liège en 2002 est supérieur aux chiffres publiés pour la Belgique.

Une meilleure information des patients, en particulier des groupes à risque, couplée à une stratégie de vaccination active systématique en médecine générale, devrait permettre de réduire les conséquences individuelles et économiques de la grippe.

Elle recommande en particulier aux médecins généralistes :

- de mettre à la disposition des patients dans la salle d'attente, les posters et brochures spécialisés à partir du mois de septembre ;
- d'identifier les patients qui devraient se faire vacciner contre la grippe dans les dossiers médicaux ;
- d'établir progressivement un fichier de rappel pendant la saison de vaccination ;
- de recommander le vaccin systématiquement à la fin de chaque consultation (sauf urgence) à partir de l'été et de prescrire le vaccin en même temps ;
- à la fin du mois d'octobre, d'identifier les patients qui n'ont pas été vaccinés et d'envoyer un rappel par courrier avec l'ordonnance incluse ;
- d'ajouter des consultations spéciales à chaque automne pour la vaccination anti-grippale.

Enfin, elle souligne l'utilité de rappeler aux médecins généralistes et à l'ensemble du personnel de santé la nécessité de se faire vacciner contre la grippe.

L'étude est à votre disposition au Centre liégeois de promotion de la santé, En Hors-château 7, 4000 Liège.

Tél.: 04-237 05 35. Fax 04-237 05 95.

Courriel : promotion.sante@clps.be

Suivi de la première journée liégeoise de promotion de la santé

Cette initiative, qui avait connu un beau succès (voir Education Santé n° 175, décembre 2002), ne sera pas qu'un événement sans lendemain.

Tout d'abord, l'évaluation de la journée, en voie d'achèvement, implique la coordination d'un ensemble d'informations récoltées le jour même ou par la suite.

D'autre part, ces données permettront de renforcer la dynamique enclenchée le 18 octobre 2002, et, au besoin, aideront le CLPS à réorienter ses méthodes de travail et à développer des synergies nouvelles avec de nouveaux partenaires.

Nous aurons sans doute l'occasion d'y revenir d'ici quelques mois.

Un plan pour lutter plus efficacement contre le cancer et les maladies cardio-vasculaires

La Communauté française se dote d'un arsenal réglementaire et de moyens nouveaux pour mieux prévenir les cancers du sein et du col de l'utérus, les maladies cardio-vasculaires, la tuberculose, le sida et le diabète gras.

Chaque année, dans notre pays, on décèle un cancer du sein chez 6000 femmes.

Chaque année, 2500 femmes en meurent.

Pratiquement, un décès sur trois est dû à une maladie cardio-vasculaire.

Un cadre pour la médecine préventive

La pratique quotidienne montre que le cadre législatif est actuellement insuffisant pour prendre en compte de façon harmonieuse et pertinente tant la prévention que la promotion de la santé. En effet, si les matières peuvent être proches, les approches s'appuient sur des logiques différentes bien que complémentaires, la promotion de la santé étant axée sur la recherche du bien-être et donc sur le renforcement des déterminants positifs de la santé.

Si depuis 1997, la promotion de la santé bénéficie d'un cadre décretaal qui définit le concept, organise ses modalités sur le plan programmatique (programme quinquennal) et sur l'agrément de structures pour son développement (centres locaux de promotion de la santé), et de services d'appui méthodologique (services communautaires) et le financement de programmes d'action et de recherche, la prévention médicale reste le fait de dispositifs épars, segmentés, non finalisés par une politique coordonnée.

Un certain nombre de matières de médecine préventive font l'objet de subventions sur une base facultative : c'est le cas pour la tuberculose (seule à être réglementée), le dépistage du cancer, la vaccination, le dépistage des maladies métaboliques.

Le souci de renforcer la cohérence des diverses matières de santé a présidé à la réforme de l'inspection médicale scolaire vers la promotion de la santé à l'école, et du contrôle médico-sportif vers la promotion de la santé dans le sport.

La récente expérience du démarrage d'un programme concerté de dépistage du cancer du sein montre bien la nécessité de disposer d'un cadre législatif pour soutenir ce mode d'organisation, afin de mettre en

place une politique de prévention qui d'une part articule les différents programmes de prévention (actuels et prévisibles) et d'autre part, permet leur synergie avec les démarches d'éducation et de promotion de la santé toujours aussi nécessaires.

En effet, un consensus se dégage progressivement dans la communauté scientifique pour s'accorder sur la pertinence de certaines démarches de prévention et en confirmer le bénéfice pour la santé et la qualité de vie de la population.

Un plan d'action

L'option est de décliner en quelques années un plan organisé de lutte contre les causes de décès les plus importantes comme le cancer et les maladies cardio-vasculaires et des affections pour lesquelles la prévention et le dépistage ont montré leur efficacité.

Ce plan va concerner progressivement :

Le cancer du sein. C'est le plus fréquent chez la femme (près de 6000 nouveaux cas et de 2500 décès sont enregistrés chaque année en Belgique). Actuellement, seulement 30 % des femmes de 50 à 69 ans se font dépister régulièrement. L'objectif à atteindre est une participation importante de la population, à hauteur de 60 - 70 %, ce qui permettra de diminuer de 30 % la mortalité. Ceci impose une sensibilisation de plusieurs années.

Ce programme est développé en Communauté française depuis 2001 et des invitations sont adressées aux femmes entre 50 et 69 ans pour un mammotest gratuit tous les deux ans depuis août 2002.

Une première évaluation pourra donc intervenir fin de cette année en termes de dépistage, de participation, de résultats positifs. Ces deux années auront aussi permis d'évaluer les capacités de la Communauté française à mettre en place ce type de programme et de faire clairement apparaître la nécessité d'un cadre législatif qui permet de retenir un programme et son protocole, d'agréer les centres de référence nécessaires au pilotage et les acteurs nécessaires à la réalisation.

Le cancer du col de l'utérus. Il vient en cinquième place des cancers de la femme. Son incidence est de 15 pour 100.000 et la mortalité de 5 pour 100.000. Son dépistage par frottis est à la fois relativement aisé et très

pertinent et efficace. Il doit être réalisé tous les trois ans. La population cible est constituée des femmes de 25 à 64 ans. Les taux de couverture sont inégaux suivant les catégories sociales et les tranches d'âge. Pour certaines tranches d'âges et notamment en situation urbaine, les taux de couverture du frottis de dépistage sont même sensiblement trop élevés!

Les maladies cardio-vasculaires. Elles sont une des premières causes de décès : 30 % de l'ensemble des décès sont dus à des pathologies du système cardio-vasculaire! Outre les facteurs de risque relevant du style de vie, comme le tabac, l'obésité ou la sédentarité, il est bien démontré aujourd'hui que l'hypertension et l'hypercholestérolémie sont des facteurs de risque dans l'apparition des maladies cardio-vasculaires. Le dépistage de ces problèmes fait donc partie des mesures de prévention qui doivent être offertes à la population.

Le dépistage du diabète. C'est également une préoccupation essentielle de santé publique : le diabète atteint près de 4 % de la population (on estime à 250.000 le nombre de diabétiques connus, et à près du double celui des patients concernés, dont bon nombre ignorent leur maladie). Ce pourcentage est en augmentation, particulièrement pour le diabète gras. La prévention primaire vise à éviter que le style de vie ne contribue par une alimentation inadéquate ou le manque d'exercice à transformer une prédisposition génétique en diabète avéré. C'est aussi un facteur de risque coronarien. L'action préventive nécessaire dans ce domaine n'est pas spécifique au diabète.

Un travail a été très récemment mené, par l'Institut scientifique de santé publique et les acteurs concernés, afin de mettre au point un consensus en matière de dépistage du diabète. Celui-ci servira de base pour la définition d'un programme communautaire.

Le sida méritait également, tout comme la tuberculose, un dépistage spécifique, non généralisé. Les centres de dépistage du sida et le Conseil consultatif de la prévention du sida viennent d'établir de nouvelles recommandations afin de privilégier le dépistage auprès des populations vulnérables.

Ces exemples montrent bien l'intérêt à ins-

crire la médecine préventive dans la promotion de la santé, à articuler la médecine préventive, l'éducation pour la santé et la promotion de modes de vie sain.

Elargissement du décret sur la promotion de la santé

L'économie du projet de décret doit permettre de décliner ce plan et d'organiser les conditions d'une politique coordonnée de médecine préventive en Communauté française. Il s'agit d'en déterminer les priorités et les programmes, d'en agréer les structures et les acteurs de leur développement, d'en organiser les modalités d'évaluation. Et surtout, ce plan doit faire de la médecine préventive et du dépistage, un levier de régression de ces maladies et de la mortalité associée.

Le 27 mars dernier, le Gouvernement de la Communauté française a approuvé cet avant-projet de décret qui avait, au préalable, reçu un avis favorable du Conseil supérieur de promotion de la santé.

Il s'agit de favoriser :

- une **information adéquate** de la population et des professionnels de santé. En matière de prévention, l'information est aujourd'hui inadéquate et conduit à des comportements non fondés (on fait trop de frottis de col à certains âges, des prescriptions inadéquates de médicaments contre les graisses, etc.). La formation des médecins à la prévention reste lacunaire. Et donc l'information qu'ils en donnent à leur patient, s'appuie davantage sur leur pratique que sur des consensus de santé publique ;
- la **réduction des risques** par une prévention adaptée ;
- une **offre de service de qualité**, en soutenant les professionnels par des moyens concrets, en déterminant des critères de qualité et des guides de bonnes pratiques. A titre d'exemple, les critères établis pour le programme de dépistage du cancer du sein ont déjà conduit à une amélioration substantielle du parc radiographique pour les mammographies en imposant comme critère d'agrément des critères de qualité assez sévères : une seule installation était conforme au départ, aujourd'hui il y en a 80 !
- la **généralisation de programmes de dépistage performants** ;
- l'**accès** de la population aux services de prévention.

Dans le même projet de décret figure la réorganisation de la gestion des données sanitaires et la mise en place d'un système

d'**information sanitaire** qui doit apporter davantage de cohérence aux différentes composantes de l'information sanitaire et les rendre davantage utilisables à la décision et aux choix de priorités.

Concrètement, d'ici la fin de l'année 2003, des arrêtés d'application seront pris pour le programme de dépistage du cancer du sein, pour le programme de vaccination, pour le dépistage du sida et le dépistage des maladies métaboliques.

Un projet - pilote sera également développé pour expérimenter un programme de prévention cardio-vasculaire qui fera l'objet d'un arrêté en 2004. Les autres programmes dont il est question seront intégrés progressivement.

Les acteurs

Dans leur mise en application, deux options ont été retenues :

- la mise en place d'un **centre de référence**, lieu d'expertise et de concertation qui est chargé du pilotage et de l'évaluation. Le Centre communautaire de référence pour le dépistage du cancer du sein sera agréé, de même que la cellule Provac pour la vaccination.
- la gestion et la réalisation doivent pouvoir se réaliser au plus près de la population et dans la continuité. C'est pourquoi mon option est de confier cette mission aux **médecins généralistes**. Ces derniers ne sont sans doute pas en mesure de réaliser toutes les prestations, et de nombreux acteurs seront sollicités : services de l'Office de la naissance et de l'enfance et de la Promotion de la santé à l'école, mais aussi des autres intervenants du secteur ambulatoire, en optimisant les structures logistiques au bénéfice de plusieurs programmes.

Mais le suivi du plan de prévention et la gestion de l'information concernant les patients doivent être assurés au niveau de la médecine générale. C'est déjà la logique du **dossier médical global** ; elle me paraît devoir être confortée pour la médecine préventive. Un long travail de concertation entamé depuis deux ans avec les associations de généralistes, la Société scientifique de médecine générale et les centres de formation universitaires me permet d'avoir bonne confiance dans cette perspective.

Les moyens

La décision du Gouvernement de la Communauté française d'inscrire dans les budgets de refinancement (Plan d'action pour la charte d'avenir) des montants significatifs pour permettre le développement de

ces programmes de médecine préventive et de prévention apportera les moyens nouveaux nécessaires pour appliquer les nouvelles dispositions de ce projet de décret.

Dès à présent, les moyens sont prévus pour des programmes existants qui seront réajustés et à titre d'exemple, des moyens nouveaux seront investis dès cette année dans la prévention cardio-vasculaire.

Globalement, les moyens consacrés à la médecine préventive passeront de 5.870.000 € en 2002 à 8.523.000 € en 2010, soit une augmentation de 2.653.000 € ou de plus de 40 %.

Les perspectives d'une politique de coopération en matière de médecine préventive

Le partage de compétences entre le Fédéral et les Communautés - l'un restant compétent pour la prévention individuelle et les autres pour les préventions collectives et organisées -, le bénéfice secondaire des actions de prévention sur la consommation des soins, la disparité des moyens financiers attribués à la prévention par rapport au secteur curatif, (12,5 millions d'euros contre 15,5 milliards), l'intérêt de construire dans la cohérence une politique de santé et pas seulement de soins de santé d'un côté et de prévention de l'autre...

Toutes ces raisons doivent nous amener à mettre sur la table les perspectives d'un accord de coopération cadre entre le Fédéral et les Communautés. Nul besoin de refinancer les Communautés ou de « refédéraliser » la prévention comme certains le proposent. Ce qui s'est fait pour le dépistage du cancer du sein, ou pour l'achat des vaccins dans le cadre d'une harmonisation de la politique de vaccination, prouve que la **logique de coopération peut fonctionner** en matière de médecine préventive, dès lors que le Fédéral, sachant qu'il en retire des bénéfices en termes de coûts de santé, investit en actes médicaux de prévention. L'information, la coordination, la sensibilisation et l'évaluation sont de la compétence des communautés.

Avec ce véritable plan d'action, la Communauté française disposera d'un instrument performant pour améliorer la santé de sa population et offrir des garanties structurelles à une coopération en matière de médecine préventive.

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

La santé en Belgique

Pour la deuxième fois, l'Institut scientifique de la santé publique publie la synthèse de l'Enquête sur la santé en Belgique. Réalisée par interview en 2001, elle présente un aperçu global de l'état de santé et des comportements de l'ensemble de la population. De plus, la répétition de ce type d'enquête (la première date de 1997) permet d'étudier l'évolution des problématiques au cours du temps.

Voici dans les grandes lignes ce qu'elle nous apprend.

Comme le soulignent les auteurs, les résultats d'une telle enquête doivent être interprétés avec prudence notamment parce qu'elle se base sur des informations de caractère subjectif (les interviewés disent ce qu'ils veulent bien et n'ont pas toujours une image correcte de leur état de santé) mais aussi parce que la représentativité d'un échantillon n'est jamais parfaite. Pour cette enquête, ce sont 12.111 personnes qui ont été interviewées à domicile. Ces personnes ont été choisies au hasard sans tenir compte de leur nationalité ou de leur groupe d'âge. Bien que les résultats présentés n'aient qu'une valeur d'estimation, ils donnent néanmoins une bonne image de la santé de la population.

L'enquête, basée sur les principaux objectifs de santé publique ainsi que sur les recommandations internationales en matière d'information sanitaire, aborde 5 grands thèmes : l'état de santé de la population, les styles de vie et les comportements, les mesures préventives, la consommation de soins ainsi que la santé et la société.

Etat de santé

Ce chapitre se focalise sur les problèmes de santé physique (maladies chroniques et affections aiguës) et mentale (mal-être, maladies mentales). Il aborde également la santé subjective, c'est-à-dire l'appréciation que se font les individus de leur propre état de santé. Cette appréciation permet d'évaluer les progrès en matière de santé et de donner une bonne idée de l'état de santé réel de la population. On y lit par exemple que près d'un quart de la population belge (23 %) n'est pas satisfait de son état de santé.

Ce chapitre nous apprend aussi que les

publics les moins 'scolarisés' déclarent plus souvent une mauvaise santé, présentent en moyenne plus de maladies chroniques, souffrent plus souvent de pathologies multiples et de troubles de la santé mentale. C'est également dans ce public que l'on retrouve le plus d'affections de longue durée, de limitations ou d'incapacités de travail.

Styles de vie

Ce chapitre fait le bilan des habitudes et des modes de vie qui ont une influence sur la santé, l'espérance et la qualité de vie.

L'enquête pointe plus précisément quatre comportements révélateurs : l'activité physique, les habitudes alimentaires, la consommation d'alcool et de tabac.

Les publics les moins 'scolarisés' déclarent plus souvent une mauvaise santé, présentent en moyenne plus de maladies chroniques, souffrent plus souvent de pathologies multiples et de troubles de la santé mentale. C'est également dans ce public que l'on retrouve le plus d'affections de longue durée, de limitations ou d'incapacités de travail.

D'autres thèmes tels que la consommation de drogues, l'utilisation de méthodes de planning familial et la protection de maladies sexuellement transmissibles sont abordés de manière moins détaillée.

On voit ainsi que 33 % de la population pratique au moins une fois par semaine une activité physique de loisir suffisamment importante pour transpirer et que 46 % des gens courent un risque par manque d'activité physique. On note ici aussi que le pourcentage de personnes qui pratiquent une activité physique de loisir augmente avec le niveau d'instruction. Autre enseignement : les femmes pratiquent moins d'activité physique que les hommes.

La nutrition a un impact important sur la santé. L'enquête s'est attachée à récolter quelques informations sur les habitudes alimentaires, l'état nutritionnel des personnes et leurs préoccupations pour leur poids. On apprend que 78 % de la population prend ses repas de manière régulière, que 45 % présente une surcharge pondérale (ICM de 25 à 29.9); l'ICM est l'indice de masse corporelle qui rend compte du rapport entre la taille et le poids de l'individu), que 12 % souffre d'obésité (ICM de 30 et +) et que 24 % désire maigrir.

Concernant la consommation d'alcool, elle est considérée comme abusive si elle s'élève à 6 verres d'alcool ou plus le même jour. En vrac : 20 % de la population de 15 ans ou plus consomme au moins une fois par mois 6 verres d'alcool ou plus le même jour, 29 % consomme de l'alcool pendant les jours de la semaine, 57 % pendant le week-end, 9 % en consomme quotidiennement et 6 % sont dépendants.

Le tabagisme représente un facteur de risque critique en termes de morbidité et de mortalité. En Belgique, on estime que le tabac est responsable de 20 % des décès liés à la maladie. La diminution de la consommation de tabac est par conséquent une priorité de premier plan en santé publique. On compte chez nous 28 % de fumeurs et 10 % de grands fumeurs (20 cigarettes ou plus par jour). Les hommes sont plus nombreux à fumer (34 %) que les femmes (24 %). Ils sont également plus nombreux à avoir fumé dans le passé et ils ont aussi commencé à fumer plus tôt. 25 % de fumeurs, hommes et femmes confondus, fumaient déjà avant l'âge de 15 ans. L'âge et le niveau socio-économique favorisent l'arrêt du tabac. La comparaison avec l'étude de 1997 suggère qu'il y a une diminution du tabagisme chez les hommes et une légère augmentation chez les femmes, surtout les jeunes (excepté en Région bruxelloise).

Quant à l'usage de drogues : 9 % de la population de 15 ans ou plus a déjà consommé au moins une fois du cannabis et quasiment 2 % a essayé au moins une fois de l'ecstasy, du speed et/ou des amphétamines. Environ 2 % de la population a consommé du cannabis au cours du dernier mois.

Au sujet de la sexualité, on apprend également que 75 % des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives utilisent une méthode de contraception. L'utilisation d'une méthode de contraception semble augmenter avec le niveau d'instruction mais la différence n'est pas importante (sauf en Région wallonne).

Au sujet de la protection contre les infections transmissibles, seules 13 % des personnes sexuellement actives utilisent une méthode de protection. Compte tenu de l'évolution défavorable de l'infection au VIH et d'une recrudescence d'autres infections sexuellement transmissibles, il apparaît que les efforts de prévention doivent absolument être renforcés. Les jeunes paraissent être la cible privilégiée.

Mesures préventives

La troisième partie consacrée à la prévention, traite de la vaccination contre le tétanos, la grippe et l'hépatite B (des enfants et des adultes), de la prévention des maladies cardiovasculaires qui représente la première cause de mortalité chez nous, des dépistages du diabète et de certains types de cancers.

Pour le tétanos, 68 % de la population est en ordre de vaccination.

Une personne sur quatre est vaccinée contre l'hépatite B. Pour ce vaccin, les taux sont encourageants car le programme ne date que de quelques années, ce qui laisse présager une diminution des cas dans un avenir proche.

Concernant la vaccination contre la grippe, on note que 20 % de la population (15 ans et plus) a été vaccinée au cours des 12 derniers mois.

Au sujet du dépistage de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie, facteurs de risques dans les maladies cardio-vasculaires, 92 % des personnes âgées de 15 ans et plus ont bénéficié d'un contrôle de leur tension artérielle au cours des 5 dernières années et 77 % au cours des 12 derniers

mois. 50 % des 75 ans et plus ont appris avoir un taux trop élevé. Il apparaît que ce problème touche davantage les couches de la population les moins scolarisées.

Pour le cholestérol, 63 % des 15 ans et plus disent avoir été contrôlés au cours des 5 dernières années et 43 % au cours de l'année écoulée. Le taux de couverture augmente avec l'âge. Ce dépistage est passé de 56 % en 97 à 63 % en 2001. 36 % des 15 ans et plus ont un taux trop élevé.

La couverture du dépistage du diabète est de 47 % chez les 15 ans et plus. Elle augmente avec l'âge. 13 % des personnes dépistées ont un taux de glycémie trop élevé. Un résultat qui inquiète. Ici encore, ce problème touche davantage les personnes moins instruites.

Au sujet du cancer du sein (cancer le plus fréquent chez la femme) : 37 % des 15 ans et plus ont pratiqué l'auto-examen du sein au cours du dernier mois. La pratique augmente avec l'âge. 40 % des femmes ont eu un examen clinique au cours de la dernière année. Cette pratique semble avoir diminué par rapport à 1997 où 53 % des femmes avaient eu recours à cet examen au cours de la dernière année. 30 % des femmes de 15 ans et plus déclarent avoir subi une mammographie au cours des 2 dernières années. Ce taux atteint 40 % chez les 40-49 ans et 57 % chez les 50-69 ans. Les femmes moins scolarisées sont moins bien couvertes. On note des disparités régionales du taux de mammographie chez les 50-69 ans : 72 % à Bruxelles, 59 % en Wallonie et 53 % en Flandre. L'enquête montre que le médecin généraliste pourrait davantage motiver les femmes à passer une mammographie surtout dans les milieux défavorisés et parmi les étrangers.

Le cancer du col de l'utérus occupe la 5^e place parmi les cancers chez la femme. Le frottis du col est un test de dépistage efficace. La population cible sont les femmes entre 25 et 64 ans. La fréquence proposée est d'un test tous les trois ans. En Belgique, 70 % des 25-64 ans déclarent avoir eu un frottis, c'est plus que le taux de dépistage du cancer du sein. 16 % ont reçu une invitation au cours des 3 dernières années pour le passer. Les femmes socio-économiquement défavorisées et les étrangères sont moins dépistées.

Consommation de soins et médicaments

Ce chapitre permet d'évaluer l'utilisation des services de santé spécifiques et de collecter des informations sur les personnes qui ne les utilisent pas. Ces informations sont utiles aux responsables des politiques

de santé et aident à mieux orienter les campagnes de promotion de la santé et également diminuer la surconsommation médicale.

La grande majorité (94 %) de la population a un médecin généraliste. 81 % a eu un contact avec lui au cours des 12 derniers mois. Le nombre moyen de contacts par personne et par an est de 6,5. Les personnes défavorisées contactent plus souvent leur médecin (ils sont aussi plus souvent malades). A noter : les habitants de Bruxelles vont moins facilement chez le généraliste que ceux des autres grandes villes du pays. Dans 10 % des cas, le généraliste envoie son patient chez un autre dispensateur de soins que ce soit pour traitement, avis ou examen complémentaire.

Par rapport aux médecins spécialistes, 50 % de la population a eu au moins un contact avec un spécialiste au cours de l'année écoulée. Le nombre de contacts avec un spécialiste est de 3,2 par personne et par an. Les femmes les visitent davantage que les hommes. Sept contacts sur dix chez le spécialiste sont des examens de contrôle.

Le tableau récapitulatif concernant la fréquentation du service d'urgences montre que 12 % de la population y a été au cours de l'année écoulée, que 73 % des contacts avec ces services se sont faits sans indication d'un médecin et que 56 % de ces contacts ont lieu en semaine pendant la journée.

Les données concernant les contacts avec les dentistes constituent une information importante pour les responsables politiques car il est difficile de faire une estimation des moyens nécessaires pour les soins dentaires en Belgique.

On note que 83 % de la population possède encore sa dentition. Un pourcentage qui baisse en fonction de l'âge jusqu'à 45 % chez les 75 ans et plus. Plus bas est le niveau d'étude, plus le pourcentage de personnes sans leur dentition est élevé. Le pourcentage de personnes ayant leur dentition complète a baissé par rapport à 1997.

49 % de la population dit avoir consulté un dentiste au cours de l'année. 8 % n'ont jamais été chez le dentiste. 15 % des 6-12 ans ont consulté.

Le nombre moyen de consultation chez le dentiste par an et par personne est de 2,1.

Les personnes appartenant aux milieux plus instruits sont plus nombreuses à avoir vu leur dentiste au cours des 12 derniers mois. Toutefois, le nombre moyen de consultations chez le dentiste par an ne varie pas en fonction du niveau d'instruction.

Les gens ont davantage consulté un dentiste en Région flamande que dans les 2 autres régions. Enfin, on n'observe pas de différence dans l'utilisation des soins dentaires entre 1997 et 2001.

Concernant les contacts avec les services paramédicaux (on parle ici de l'infirmier à domicile, du kinésithérapeute, du diététicien, du logopède, de l'ergothérapeute et du psychologue) : 13 % de la population dit avoir eu au moins un contact avec un kiné, 6 % avec un infirmier à domicile et 2 % avec un psychologue.

Les groupes de population qui font appel aux différents services paramédicaux peuvent être bien cernés en fonction de l'âge. Les 75 ans et plus font plus souvent appel aux soins infirmiers à domicile. Les jeunes femmes ont plus souvent recours aux services de psychologues et de diététicien. Les enfants et les adolescents sollicitent davantage les logopèdes. Le recours à l'ergothérapeute n'est pas différencié selon l'âge ou le sexe des personnes demandeuses.

On n'observe pas de barrière socio-économique importante au regard des contacts avec les différents professionnels paramédicaux. Au contraire, les personnes issues des milieux moins éduqués ont plus souvent recours aux soins à domicile que les personnes des milieux plus favorisés. Ce qui s'explique en partie par le fait qu'ils ont une moins bonne santé.

Au niveau national, on constate un nombre élevé de personnes faisant appel aux services de soins à domicile. Pour les 75 ans et plus, ce pourcentage a augmenté de manière spectaculaire entre 1997 et 2001 : de 14 à 23 % chez les hommes et de 19 à 36 % chez les femmes.

Les hôpitaux constituent une partie essentielle de notre système de santé. Le secteur hospitalier représente aussi une partie importante des dépenses de santé. Les informations récoltées à ce sujet sont donc précieuses.

En Belgique, 14 % de la population déclare avoir été hospitalisée au cours de l'année écoulée (accouchements non compris). Sur base des données de l'Enquête, on estime le nombre moyen d'hospitalisations à 17 pour 100 personnes par année.

Parmi les admissions, 28 % sont des hospitalisations de jour. La durée moyenne d'une hospitalisation classique est de 8 nuits. Dans 56 % des cas, l'hospitalisation est due à une intervention chirurgicale. Les principales causes d'hospitalisation sont : les problèmes respiratoires, digestifs et auditifs chez les 0-14 ans, les problèmes locomoteurs chez les 15-64 ans et les 65 ans et plus, les problèmes cardiaques et vasculaires chez les hommes de 65 ans et plus.

La durée de l'hospitalisation augmente à mesure que le niveau d'éducation diminue. Globalement, le nombre d'admissions n'a pas augmenté en 2001 par rapport à 1997. On observe que le taux d'hospitalisations de jour est passé de 20 % en 1997 à 28 % en 2001. Cette augmentation se situe presque exclusivement dans les régions bruxelloise et wallonne qui ont ainsi rattrapé les taux déjà constatés en Région flamande.

L'utilisation de certains types de médicaments a augmenté de manière sensible depuis 97 : les somnifères, les traitements hormonaux de substitution et les analgésiques. La consommation des antibiotiques est restée stable, elle a même baissé en Région wallonne. En régions flamande et bruxelloise, on remarque une augmentation de prescriptions de médicaments pour les enfants (surtout les garçons) contre l'asthme et les allergies

Les données sur la consommation de médicaments sont importantes car elles permettent d'assurer la qualité de leur utilisation.

Environ la moitié de la population dit avoir consommé un médicament sur prescription du médecin au cours des deux dernières semaines. Les femmes consomment plus souvent ce genre de médicaments que les hommes. Chez les enfants, il s'agit surtout de médicaments contre la toux, les refroidissements, la grippe et les maux de gorge.

Les personnes ayant un statut socio-économique plus élevé utilisent moins de médicaments soumis à une prescription. Ce

qui peut s'expliquer par leur meilleur état de santé par rapport au public moins favorisé.

Chez les 45-64 ans, les Beta-bloquants sont les médicaments les plus utilisés. On note aussi une consommation importante de médicaments hypolipémiants, de psychotropes (surtout des benzodiazépines), d'anti-inflammatoires, de produits anti-rhumatismaux et de psychoanaleptiques (surtout des antidépresseurs).

28 % de la population dit avoir consommé un médicament de comptoir (sans prescription) au cours des deux dernières semaines. Les femmes en consomment davantage que les hommes. Chez les enfants, il s'agit surtout de médicaments contre la toux, les refroidissements, la grippe et les maux de gorge. Chez les adultes, il s'agit surtout d'anti-douleurs et de médicaments contre la fièvre.

Les personnes de milieux socio-économiques favorisés en consomment davantage. La consommation de médicaments de comptoir semble avoir diminué par rapport à 1997 (mais pas en Région wallonne), surtout dans les produits contre la toux, les refroidissements, la grippe et les maux de gorge.

La qualité de soins dépend en grande partie de facteurs relatifs aux patients, à leur comportement et à leur fidélité. La satisfaction du patient en est donc un aspect crucial. Les patients ont souvent d'autres attentes, souhaits, priorités que les professionnels de la santé. Pour une organisation des soins efficace, il est important de pouvoir s'en rendre compte. Cinq aspects spécifiques ont été approfondis pour rendre compte de la satisfaction du patient :

- l'écoute du patient ;
- le soulagement rapide des symptômes ;
- l'information fournie sur la maladie ou les symptômes ;
- l'information fournie quant au renvoi chez un spécialiste ou une admission à l'hôpital ;
- la durée d'attente dans la salle d'attente.

La grande majorité de la population est satisfaite des soins dispensés par les médecins généralistes et spécialistes. Environ la moitié de la population est très satisfaite pour les 5 aspects étudiés. L'aspect le moins apprécié concerne le temps d'attente.

La satisfaction des soins varie avec l'âge et le niveau d'éducation : les personnes plus instruites se montrent plus critiques par rapport aux soins donnés.

Pour 63 % des hospitalisations, les patients se disent très satisfaits des soins donnés.

Les thérapies non conventionnelles font référence à l'ensemble des pratiques qui n'appartiennent pas au domaine des sciences médicales et qui offrent des soins

'alternatifs' Les patients qui y ont recours le font par curiosité et/ou parce qu'ils sont mécontents du traitement reçu en médecine traditionnelle. Les thérapies non conventionnelles peuvent compléter une thérapie conventionnelle ou la remplacer. En Belgique, ces thérapies deviennent de plus en plus populaires même si leur efficacité et pertinence ne sont pas prouvées. En 1997, 8 % de la population avait fait appel à une des thérapies non conventionnelles. En 2001, ce chiffre est passé à 11 % (surtout au bénéfice de l'homéopathie, l'ostéopathie-chiropraxie). Les femmes ont davantage recours aux thérapies non conventionnelles que les hommes. Ces thérapies sont plus populaires auprès des 35-44 ans que dans les classes d'âge plus avancées. Les personnes plus 'instruites' y ont plus recours que celles de milieux moins favorisés.

Santé et société

La santé est un phénomène social. La maladie et la santé s'inscrivent dans une société déterminée et nouent des relations étroites avec une série d'autres dimensions de cette société. L'enquête aborde 6 domaines particuliers :

- l'accès aux soins de santé ;
- les différences socio-économiques en matière de santé ;
- la santé et l'environnement ;
- les accidents, la violence et la sécurité routière ;
- la consommation de services préventifs de santé et de soins sociaux ;
- enfin, la santé sociale.

Au travers de ces six domaines, l'enquête s'attache à faire ressortir l'aspect sociétal des problèmes de santé publique.

L'accès aux soins de santé : les dépenses en matière de santé constituent un poste fixe dans le budget d'un ménage. En Belgique, une famille consacre en moyenne 110 euros par mois, soit 8 % de ses revenus pour des dépenses de soins comme des honoraires de médecin, des médicaments, des hospitalisations... Cette dépense augmente avec l'âge par rapport au budget global. Elle est aussi proportionnellement plus élevée au sein des ménages appartenant aux classes sociales défavorisées.

Par rapport à 1997, les dépenses ont augmenté en chiffres absolus (97 euros par mois en 97 et 110 euros par mois en 2001). Elles n'ont par contre pas augmenté lorsqu'on évalue la proportion des dépenses pour des soins de santé par rapport au budget global du ménage.

29 % des ménages estiment que ces dépenses sont (très) difficiles à supporter

9 % des ménages ont dû reporter des soins en raison de problèmes financiers. A ce sujet on observe de grosses différences régionales : 6 % des ménages se sont retrouvés dans cette situation en Région flamande alors que ce pourcentage atteint 20 % à Bruxelles

sur le plan financier. Le problème est encore plus marqué dans les ménages défavorisés.

Différences socio-économiques en matière de santé : le niveau d'instruction a été utilisé comme indicateur socio-économique. Sur cette base, on observe des inégalités sociales dans divers domaines de la santé.

L'état de santé : les personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés déclarent plus souvent que leur état de santé général n'est pas satisfaisant. Elles souffrent davantage de maladies chroniques (notamment d'hypertension, affections persistantes du dos), de limitations de longue durée ou d'un handicap. Les incapacités temporaires sont plus fréquentes. Elles ont également plus de problèmes de santé mentale. Les résultats de l'enquête mettent clairement en évidence un lien entre l'état de santé des individus et leurs caractéristiques socio-économiques.

Styles de vie : la proportion de personnes qui exercent une activité physique de loisir augmente avec le niveau d'instruction. Le gradient tend à s'inverser si l'on tient compte également des activités physiques accomplies durant la journée dans le cadre professionnel ou durant les activités de la journée.

L'obésité est nettement plus présente dans les classes défavorisées. Les habitudes alimentaires sont moins bonnes dans ce milieu et le nombre de fumeurs y est plus important. Par contre, concernant la consommation d'alcool et de drogues illégales, le gradient social est inversé.

Globalement, on peut dire que les personnes issues de classes sociales défavorisées tendent à adopter des comportements néfastes pour leur santé. Les groupes les plus favorisés sont toutefois plus vulnérables en ce qui concerne la consommation d'alcool et de drogues illé-

gales. Il est donc indispensable de bien cibler les efforts de prévention et/ou les campagnes de promotion de la santé.

Prévention : la couverture vaccinale contre le tétanos et l'hépatite B est moins bonne dans les groupes défavorisés. Pour le vaccin contre la grippe, on n'observe pas ce genre de différence.

Le dépistage de l'hypertension, le contrôle du niveau de cholestérol et le dépistage du diabète ne varient pas au regard du milieu social.

La couverture en matière de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus est moins bonne parmi les femmes des groupes défavorisés.

En matière de médecine préventive, les inégalités sociales sont plus mitigées : une attention particulière devrait être accordée à la vaccination et au dépistage du cancer dans les milieux socio-économiques défavorisés.

Consommation de soins : les personnes moins favorisées consultent davantage leur médecin généraliste (leur état de santé est moins bon) et les personnes plus favorisées consultent davantage les spécialistes et les dentistes.

Les urgences sont fréquentées indistinctement par les différents milieux.

Le nombre et la durée des hospitalisations sont plus importants dans les groupes défavorisés.

Ces groupes défavorisés consomment aussi davantage de médicaments prescrits. Un phénomène qui s'inverse concernant la consommation de médicaments en vente libre.

Enfin, les personnes défavorisées consultent moins les praticiens de thérapies non conventionnelles.

Santé et société : généralement, un niveau d'éducation plus élevé se traduit par une meilleure intégration sociale, un meilleur support de l'entourage et une plus grande satisfaction à l'égard des rapports sociaux.

Les personnes des couches sociales favorisées déclarent plus souvent avoir été victimes de violence que les autres.

Les personnes des milieux défavorisés sont plus nombreuses à ne pas attacher leur ceinture de sécurité en voiture et sont moins bien au courant de la limite légale d'alcoolémie autorisée au volant.

Le module consacré à la santé et à l'environnement aborde la question de la qualité de l'environnement physique sur le lieu d'habitation. Les informations recueillies concernent le niveau de nuisance dû aux

facteurs d'environnement, les effets du bruit sur la qualité de vie et les actions entreprises pour contrer ces effets.

En Belgique, un ménage sur 5 se dit gêné par des facteurs environnementaux sur son lieu d'habitation (odeurs, immondices, humidité, moisissure, bruits...).

Les accidents, la sécurité routière et la violence sont traités dans un module s'intéressant au problème général des traumatismes : accidents, morsures de chien, actes de violence verbale, physiques ou vols. Les mesures de prévention en matière de sécurité routière sont également abordées.

En Belgique, 9 % de la population a été victime d'un accident sérieux au cours de l'année écoulée : 37 % d'accidents domestiques, 27 % d'accidents au travail ou à l'école, 20 % d'accidents de sport et 17 % d'accidents de circulation. Généralement, les accidents sérieux impliquent plus fréquemment les hommes que les femmes. Ces dernières rapportent plutôt des accidents domestiques et de voiture alors que les hommes ont plutôt des accidents au travail/école et lors de leurs activités sportives.

La gravité des accidents diminue avec l'âge. Les personnes âgées ont plus d'accidents domestiques. Les accidents de la route sont plus souvent rapportés en Région flamande.

15 % de la population déclare avoir subi des actes de violence (surtout verbale, et dans une moindre mesure physique et/ou vols). La violence touche davantage les jeunes. Les violences verbales et physiques prédominent chez les 15-24 ans et diminuent avec l'âge tandis que les vols et cambriolages augmentent avec l'âge.

En matière de sécurité routière, 28 % de la population déclare ne pas mettre systématiquement sa ceinture de sécurité à l'avant de la voiture et 65 % à l'arrière. 23 % ne connaît pas la limite d'alcoolémie autorisée.

La santé sociale est mesurée au travers de l'intégration sociale des individus dans un réseau de relations et du support social dont ils peuvent bénéficier de leur entourage.

En Belgique, 71 % des personnes sont satisfaites de leurs contacts sociaux et 7 % ont peu de contacts avec leur famille, leurs amis ou connaissances (soit moins souvent qu'une fois par semaine).

16 % ont un réseau de relations restreint (de 0 à 3 personnes) alors que la taille moyenne du réseau relationnel est de 9 personnes, 13 % reçoivent peu d'aide concrète de leur entourage et 9 % des personnes ne bénéficient pas de soutien (pour besoins

Une des priorités en matière de santé serait de pouvoir aider les personnes plus âgées à maintenir des réseaux relationnels avec d'autres personnes du même âge ou développer des réseaux transgénérationnels

émotionnels, affectifs, récréatifs, d'information...) de leur entourage.

Les différents aspects de la santé sociale sont jugés satisfaisants chez les 15-34 ans mais déclinent après cet âge. On remarque les hommes de 45 à 64 ans sont moins susceptibles de recevoir une aide concrète de leur entourage.

Généralement, les personnes au niveau d'instruction plus élevé ont une meilleure intégration sociale, un support de l'entourage de meilleure qualité et une plus grande satisfaction à l'égard des contacts sociaux.

Le dernier point a trait aux services sociaux et préventifs. Si on s'intéresse aux populations cibles et aux objectifs spécifiques des différents services de santé sociale et préventive, on observe que l'utilisation de ces derniers est assez faible. Sur 12 services étudiés, seuls 5 sont effectivement contactés par plus d'1 % de la population : les

services de médecine du travail (15 %), la médecine scolaire (13 %), l'ONE et *Kind en Gezin* (5 %), les services d'aide à domicile (3 % pour la population générale et 28 % chez les 75 ans et plus) et les CPAS (2 %).

Notre avis :

Cette enquête fournit des informations précieuses qui permettront sans doute aux décideurs politiques mais aussi à tous les intervenants du secteur de la santé et de la promotion de la santé de mieux cibler leurs actions et, on l'espère, de mettre la priorité sur les défavorisés, 'grands insatisfaits de leur état de santé', celles et ceux qui, chez nous, souffrent socialement, économiquement, moralement et physiquement davantage que les autres. La santé pour tous reste encore et toujours un des grands défis à relever ensemble !

Sylvie Bourguignon

d'après la synthèse 'Enquête de santé par interview, Belgique 2001' de l'Institut scientifique de la santé publique

Enquête de santé par interview Belgique 2001, IPH/EPI REPORTS 2002 - 25.

ISP, rue J. Wytsman 14,
1050 Bruxelles.

Tél.: 02-642 57 94.

Courriel : his@iph.fgov.be

Internet :

www.iph.fgov.be/epidmio/epifr/index4.htm

Exploitation des données de l'enquête

Il est loisible d'obtenir pas mal d'informations en faisant appel au site internet, qui contient le résumé mais aussi des rapports plus complets par chapitre de l'enquête.

Il offre aussi la possibilité d'extraire des données de la base sous forme de tableaux et de graphiques. C'est relativement simple : il suffit de choisir un sujet dans une liste, et ensuite de sélectionner trois paramètres maximum parmi six possibilités (sexe - âge ou groupe d'âge - diplôme - région - province - niveau d'urbanisation). On peut obtenir les résultats pour 1997 et 2001.

Par exemple, vous découvrirez que 52,4 % des personnes âgées de 65 à 74 ans déclarent s'être fait vacciner contre la grippe en 2001, pour 46,2 % quatre ans plus tôt, le même tableau vous précisant en plus les pourcentages par sexe et région.

Pas mal ! Notez que l'ISP décline toute responsabilité par rapport aux conclusions que vous tirerez de vos requêtes...

L'ISP va plus loin puisqu'il est à même de fournir la base sur cédérom pour une meilleure exploitation des informations qu'elle contient.

Cette fourniture est soumise à certaines conditions. Elle est gratuite pour les administrations, coûte 1.500 € pour les universités et minimum 5.000 € pour les autres instituts de recherche.

C.D.B.

Renseignements : Lydia Gisle,
ISP, section épidémiologie,
rue J Wytsman 14,
1050 Bruxelles. Tél.: 02-642 57 53.
Fax : 02-642 54 10.
Courriel : lydia.gisle@iph.fgov.be

Epilepsie**Verviers****8 mai 2003**

La Ligue francophone belge contre l'épilepsie et l'Association socialiste de la personne handicapée organisent une journée d'étude *Epilepsies, sortez de l'ombre* :

- l'épilepsie dans tous ses états ;
- aspects psychologiques des épilepsies ;
- pourquoi une Ligue francophone belge contre l'épilepsie ?

Lieu : Centre touristique de la laine et de la mode, rue de la Chapelle 30, 4800 Verviers (de 9 h à 12 h 30).

Entrée gratuite. Réservation obligatoire par téléphone ou fax avant le 6 mai 2003.

Inscriptions et renseignements : Nathalie Pires Costa, Pont Saint-Laurent 25, 4800 Verviers. Tél.: 087-31 39 21 (poste 138). Fax : 087-31 77 94.

Pauvreté**Louvain-la-Neuve****8 mai, 22 mai, 5 juin et 19 juin 2003**

Quand des professionnels du social et des personnes en situation de pauvreté se rencontrent : une formation à la connaissance réciproque, le croisement des savoirs et des représentations entre quelques intervenants sociaux et des personnes qui vivent ou ont vécu la pauvreté ; une recherche ensemble pour améliorer les pratiques sociales, une collaboration entre le Centre de Formation permanente de l'Institut Cardijn et ATD Quart-Monde : les jeudis 8/05, 22/05, 5/06 et 19/06/03 à l'Institut Cardijn, rue de l'Hocaille 10 à Louvain-la-Neuve

Informations et inscriptions : 010-48 29 62. Fax : 010-48 29 98. Courriel : formationpermanente.cardijn@skynet.be

Formation 'empowerment'**Gembloux****13 mai 2003**

Le Centre d'éducation du patient asbl organise, en partenariat avec l'ONE et avec le soutien de la Communauté française, des journées de formation intitulées « *Pratique de l'empowerment dans la relation éducative ou Comment permettre à chaque professionnel d'être davantage acteur de sa santé et de son bien-être ainsi que de celui de la population avec laquelle il travaille ?* ».

Ces journées sont destinées aux professionnels de la santé et de la petite enfance. Deux journées de sensibilisation ont lieu à Gembloux le 13/05/03 et à Nessonvaux (Liège) le 22/05/03. La journée de sensibilisation peut être suivie du cycle d'approfondissement de deux journées prévu à Gembloux, les 3 et 10 juin 2003.

L'accès à ces journées est entièrement gratuit.

Info et inscription : Nathalie Martin

082-61 46 11. Fax 082-61 46 25.

Courriel : cep_godinne@skynet.be

Tabagisme**Nancy****16 et 17 mai 2003**

Femme, Famille, Tabac Cinquièmes rencontres nationales de l'Association Périnatalité Prévention Recherche et Information (APPRI) et du Réseau Hopital Sans Tabac (RHST), organisées par la Direction générale de la santé (D.G.S.), la Conférence des doyens des facultés de médecine et des présidents d'université médecins, la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies. (MILDT)

Au programme :

- tabagisme, autres conduites addictives et périnatalité : connaissance scientifique et références ;
- femme, famille et tabac : déterminants psychosociologiques, attentes et pratiques aux différentes périodes de la vie ;
- vers une politique volontaire de promotion de la santé : cohérence et complémentarité des dispositifs, enjeux économiques, enjeux de société.

Inscriptions/renseignements scientifiques : Madame Lucette Barthélémy Centre Régional d'Economie de la Santé de Lorraine, Avenue du Doyen J. Parisot 2, 54500 Vandœuvre-les-Nancy. Tél.: 0033 03 83 44 87 59.

Internet : <http://www.appri.asso.fr>

Courriel : creslor@worldnet.fr

Santé**Bruxelles****19 mai 2003**

Dans le cadre de son cycle de rencontres « La santé : un droit fondamental. Quelle réalité pour la personne étrangère ? », l'ASBL Solidarités Nouvelles Bruxelles organise un séminaire sur le thème *L'Europe de la santé : une réalité ?*

Lieu : Ministère de la Communauté française, bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles, local 4C104 (de 9 à 12h30).

Renseignements : Carine Vandeveldt et Serena Bergamini, Solidarités Nouvelles Bruxelles, rue de la Porte Rouge 4, 1000 Bruxelles.

Tél.: 02-512 71 57 ou 02-503 09 45.

Epilepsie**Bruxelles****20 mai 2003**

Conférence-débat sur le thème « *Crises d'épilepsie : quelles réactions, quelles communications au travail, à l'école, en rue...?* ».

Lieu : avenue Albert 135, 1190 Bruxelles (20 h).

P.A.F.: 2,5 € (à l'entrée).

Inscription souhaitée au 02-344 32 63.

Assuétude**Bruxelles****26 et 28 mai 2003**

Le Pélican asbl organise une formation pour les intervenants sur l'alcoolisme et la toxicomanie, répartie sur deux journées.

Thème : la pharmacodépendance

La formation se passe de 9 à 16 h.

Lieu : salle de la Ligue bruxelloise francophone de santé mentale, rue du Président 55, 1050 Bruxelles. P.A.F.: 18 € par jour, 10 € pour les étudiants. Gratuit pour les étudiants boursiers.

Informations : Le Pélican, bd Emile Bockstael 230, 1020 Bruxelles. Tél./fax : 02-502 08 61.

Internet : www.lepelican.org

Tabagisme - milieu de travail**Namur****6 et 27 juin 2003**

Formation *Gestion du tabagisme et du bien-être sur le lieu de travail*

Objectif général : organiser un accompagnement destiné aux responsables et directeurs dont le but est de les aider dans la gestion du changement et des problèmes rencontrés lors de l'installation d'une démarche de promotion de la santé ciblée sur le tabagisme dans leur environnement de travail que ce soit la commune, l'école, l'association ou le lieu de travail. Aborder les notions de conduite de réunion, leadership, diagnostic institutionnel, gestion participative et style de management.

Le cadre, responsable, conseiller en prévention, décideur ou directeur, lorsqu'il est amené à intervenir en promotion de la santé rencontre des difficultés auxquelles il n'est pas toujours préparé ou averti. Ce qui peut faire capoter un projet ou altérer une dynamique de participation. C'est pour répondre à ces difficultés que les organisateurs proposent un accompagnement du responsable pour l'aider dans sa démarche décisionnelle en promotion de la santé. Telles que comment installer une réglementation, une politique de santé, une politique de gestion du tabagisme ou du bien-être dans une commune, une association, une entreprise, une école, etc.

La méthodologie de l'accompagnement ou du coaching utilisée dans cette partie consistera à aider le responsable à construire lui-même, moyennant des apports théoriques spécifiques, la solution et les alternatives à ses difficultés.

Ce qui lui permettra de mettre en place des interventions spécifiques et adaptées à son environnement professionnel. Ceci nous distingue d'un modèle standard appliqué à toutes situations qui dans bien des cas ne répond pas aux attentes et rencontre des résistances car il n'est pas toujours applicable dans un autre environnement professionnel.

Public-cible : les responsables d'équipe, de service, directeurs, mandataires communaux, les conseillers en prévention.
 Dates : les vendredis, 06 et 27 juin de 09 h à 16 h
 Lieu : ASBL Promotion Santé et Développement Durable, 119 rue Sergent Vrithoff à 5000 Namur.
 Cette formation est financée par la Communauté française dans le cadre de l'ASBL Promotion Santé et Développement Durable (PSDD), l'inscription est donc gratuite.
 Toutes les inscriptions sont à renvoyer au secrétariat de la Louvière Ville santé, Partenaire du projet : 30, rue de la loi à 7100 La Louvière
 Tél.: 064 27 79 66 - Fax : 064-27 80 80
 Informations et contacts : Axel Roucloux, tél. 08-81 36 97.
 Courriel : axel.roucloux@skynet.be

Handicap

Namur

12 et 13 juin 2003

Congrès européen sur l'identité de la personne handicapée, organisé par le Département de psychologie de la Faculté de Médecine de Namur.

La spécificité de ce colloque sera que les conférences plénières seront assurées par des intervenants travaillant dans des universités ou ayant publié des ouvrages ou contributions scientifiques reconnus.
 Les ateliers seront co-animés par des

professionnels et des personnes concernées par le handicap.
 Il y sera question de l'identité de la personne handicapée dans le champ des représentations sociales et le vécu du handicap, face à la maternité, face à la sexualité, dans l'entreprise, après un traumatisme accidentel chez l'adulte, face à l'aide directe en matière de vie sexuelle et affective, dans une pratique psychiatrique, etc.
 Pour obtenir le programme complet de ces deux journées, contactez Anne De Niet, assistante, Département de psychologie, Faculté de médecine, rue de Bruxelles 61, 5000 Namur. Tél/fax : 081-72 44 34.
 Courriel : adn@psy.fundp.ac.be

Formation

Brabant wallon

4, 11, 18 et 25 juin

Le CLPS du Brabant wallon organise des formations en promotion de la santé et en communication. Le prochain module sera donné par Michel Andrien (Centre d'enseignement et de recherche pour l'environnement et la santé) et portera sur *Planification et rédaction de projets de promotion de la santé*.
 Renseignements et inscriptions : Anne-France Hubaux, 010 23 61 03.

Changement d'adresse

Modus Vivendi et Eurotox déménagent au 67 rue de Béco, 1050 Bruxelles. Leurs numéros de téléphone et de fax sont inchangés.

Mensuel (ne paraît pas en janvier et en juillet).

Abonnement : gratuit pour la Belgique, 20 € pour 10 numéros pour l'étranger.

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

Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction : Christian De Bock (02-246 48 50).

Journaliste : Sylvie Bourguignon (02-246 48 52).

Secrétaire de rédaction adjoint : Catherine Spièce (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).

Site internet : Maryse Van Audenhaege (02-246 48 51).

Contact abonnés : Franca Tartamella (02-246 48 53).

Comité stratégique : Anne Avaux, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Sylvie Bourguignon, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Roger Lonjils, André Lufin, Paul Sonkes, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorne, Christian Van Rompaey.

Comité opérationnel : Sylvie Bourguignon, Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Véronique Janzyk, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.

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

Maquette : Els Demeyer.

Mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Tirage : 2.800 exemplaires.

Diffusion : 2.550 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).

Internet : www.educationsante.be

Courriel 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**

Les textes de ce numéro seront prochainement disponibles sur notre site **www.educationsante.be** (sous réserve d'acceptation des auteurs).

SOMMAIRE

Initiatives

Bruxelles, ville-région en santé ! par Sylvie Bourguignon	2
Santé, culture et participation des habitants par Bénédicte Meiers	4
Le Tableau de bord de la santé des Bruxellois par Michel Kesteman	6
Puis-je vous présenter Bruxelles-santé par Alain Cherbonnier	8
Méningite en Belgique : bilan de campagne par Christian De Bock	9
Méningite en Afrique : on attend le vaccin par Marie-Agnès Leplaideur	10
Le premier Prix CLPS Liège en médecine générale	11

Stratégie

Un plan d'action contre le cancer et les maladies cardio-vasculaires par Nicole Maréchal	12
--	----

Lu pour vous

L'enquête de santé : grandes tendances par Sylvie Bourguignon	14
---	----

Brèves

19