



LE DÉFI DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE en p.8 à 13

Le tabagisme en Belgique en 2002

Prévalence stable, différences marquées dans la consommation

Au cours de la période de 1982 à 1993, le pourcentage des fumeurs quotidiens a baissé de 40 % à 25 %. Depuis 1991, ce pourcentage oscille autour de 25-30 % et aucune baisse significative n'a plus été constatée. Une nouvelle analyse du CRIOC¹, réalisée au mois de novembre 2002 basée sur une enquête que l'INRA a menée auprès de 2.029 personnes de 15 ans et plus, a démontré qu'il y a actuellement en Belgique 29 % de fumeurs quotidiens. Répartis selon les régions, les pourcentages de fumeurs quotidiens en 2002 étaient de 26 % en Flandre, 27 % à Bruxelles et 35 % en Wallonie.

On constate des différences marquées dans le tabagisme en Belgique. Les éléments déterminants sont l'âge, le sexe, la classe sociale, l'état civil et la région linguistique. Il y a moins de tabagisme parmi les personnes de plus de 65 ans, les femmes, les personnes mariées, les plus hautes classes sociales et les néerlandophones. Pour illustration : de toutes les femmes néerlandophones qui ont plus de 65 ans et qui n'habitent pas dans une des 5 grandes villes, seules 4 % fument tous les jours ou occasionnellement ; parmi les francophones dans le groupe d'âge de 15 à 44 ans, qui ne sont pas mariées mais qui sont néanmoins chefs de famille, et qui appartiennent aux classes sociales inférieures, ce taux est de 73 %!

Taux le plus élevé de mortalité due au cancer des poumons

En Belgique, le cancer des poumons a tué 6.522 personnes (5.538 hommes et 984 femmes) en 1996. Le taux de mortalité due au cancer des poumons chez les hommes est en Belgique le plus haut de toute l'Union européenne. Chaque année, 20.000 Belges meurent prématurément à cause de leur tabagisme.

Hausse des ventes de cigarettes et de tabac à rouler et des recettes fiscales sur le tabac

En 2002, le secteur du tabac a vendu 14.314 millions de cigarettes et 8.417 tonnes de tabac à rouler en Belgique, ce qui correspond à une hausse respective de 10 % et de 20 % en comparaison avec 2001. Cette hausse du chiffre d'affaires peut probablement pour la plus grande partie s'expliquer par le développement des achats de cigarettes par les Britanniques. Chaque année, ceux-ci achètent près de 5 milliards de cigarettes de manière tout à fait légale à l'étranger, le plus souvent en Belgique et au Grand-Duché de Luxembourg.

Tableau 1 : pourcentage de fumeurs réguliers en Belgique (18 ans et plus)

	Hommes	Femmes	Total
1982	53	28	40
1985	45	27	35
1990	38	26	32
1995	33	24	28
1996	34	27	30
1997	31	22	26
1998	30	23	27
1999	31	26	29
2000	36	26	31
2001	34	22	28
2002	33	25	29

Source : CRIOC

Tableau 2 : pourcentage de fumeurs réguliers en Flandre et en Wallonie (18 ans et plus)^{2*3}

	Flandre	Wallonie	Écart
1982	39	42	+ 3 %
1985	35	36	+ 1 %
1990	28	32	+ 4 %
1995	27	29	+ 2 %
1996	30	31	+ 1 %
1997	25	27	+ 2 %
1998	27	26	- 1 %
1999	26	32	+ 6 %
2000	28	33	+ 5 %
2001	28	29	+ 1 %
2002	26	35	+ 9 %

Source : CRIOC

Tableau 3 : mortalité due au cancer du poumon par million d'hommes entre 45 et 74 ans en 1996 (Union européenne)

Belgique	2121
Ecosse	1940
Pays-Bas	1796
Italie	1716
Luxembourg	1684
Grèce	1654
Danemark	1582
Espagne	1564
France	1566
Allemagne	1508
Irlande du Nord	1482
Angleterre et Pays de Galle	1377
Autriche	1365
Finlande	1234
Portugal	1036
Suède	702

Source : Leuven Mortality Monitoring System

Les recettes fiscales sur le tabac en Belgique étaient de 1.979 millions d'euros en 2002, ce qui représente une hausse de 267 millions d'euros (+16 %) en comparaison avec 2001. À ce total des recettes s'ajoutent encore 37 millions d'euros de recettes fiscales qui résultent d'achats que des Belges font au Grand-Duché de Luxembourg et du traité commercial conclu entre les deux pays. Le total des recettes fiscales sur le tabac en 2002 revient donc à 2.016 millions d'euros. Jusqu'à présent, et contrairement à certaines annonces des autorités, aucun transfert de recettes fiscales provenant du tabac n'a été constaté vers la prévention du tabagisme. Il est attendu que les recettes fiscales augmenteront encore en 2003, notamment suite aux hausses de prix (+190 millions euros) et à l'assouplissement des conditions imposées pour les achats transfrontaliers par les Britanniques. Depuis le 1^{er} décembre 2002, il leur est légalement permis d'acheter 3.200 cigarettes (au lieu de 800) et trois kilos de tabac à rouler (au lieu d'un kilo) dans d'autres pays de l'Union.

Horeca : non-fumeurs mécontents

La même enquête du CRIOC s'est intéressée à l'opinion des non-fumeurs quant à l'obligation légale faite aux cafés et restaurants de leur offrir des places sans fumée. Six personnes sur dix sont insatisfaites (3 sur 4 à Bruxelles).

Manifestement, beaucoup d'exploitants ne respectent pas la loi déjà peu exigeante selon le CRIOC puisqu'elle prévoit que les cafés et restaurants dont la taille dépasse

50 m² doivent réserver la moitié de l'espace aux non-fumeurs alors qu'ils représentent 70 % des consommateurs.

Les contrôles de l'Inspection des denrées alimentaires permettent de relever un pourcentage important (40 % en 2002) de lieux non conformes, qu'il s'agisse d'absence de zones non-fumeurs ou de systèmes de ventilation inexistantes ou inefficaces.

Dans la mesure où le tabagisme passif fait courir un risque accru de mortalité, l'amélioration de la situation est une priorité absolue pour le CRIOC.

Un objectif de santé trop ambitieux

L'objectif envisagé par le Gouvernement flamand, qui était de réduire dans la période de 1998 à 2002 le nombre de fumeurs (hommes et femmes, et en particulier les jeunes) en Flandre de 10 %, n'a pas été atteint. À noter que la Communauté française Wallonie-Bruxelles ne s'est pas assigné d'objectif quantitatif pour sa politique de prévention du tabagisme.

Est-ce à dire que les équipes actives en prévention sont totalement inactives et inefficaces, alors que la publicité est maintenant quasi totalement bannie ? Bien malin qui pourrait dire où nous en serions aujourd'hui sans toutes les mesures préventives prises depuis une vingtaine d'années !

Enfin, en Belgique, les dépenses pour les soins de santé dans le cadre de l'assurance maladie sont estimées en 2003 à 14,6 milliards d'euros. Sur base d'enquêtes à

Le prix du paquet

Quand nous voyons l'ampleur des achats 'étrangers' dans notre pays, nous sommes en droit de nous interroger sur la qualité de l'intégration européenne par rapport au prix de produits comme la cigarette.

Savez-vous par exemple que la marque la plus vendue au monde coûte 3,50 € en Belgique, 3,90 € en France, 3,20 € aux Pays-Bas, 2,80 € au Luxembourg, 3,37 € en Allemagne et 4,51 € en Grande-Bretagne (soit 6,80 €)? Dans ces conditions, le 'tourisme' du tabac a encore de beaux jours devant lui...

Prix aimablement communiqués par **Caroline Rasson**, de la FARES et **Graham Bashford**

l'étranger, nous évaluons les coûts du tabagisme à 10 % des dépenses pour soins de santé, soit 1,46 milliards d'euros.

Pour plus d'informations : contactez le CRIOC au 02-547 06 11.

- 1 Enquête menée par l'INRA pour le Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs (CRIOC). La marge d'erreur pour un échantillon de 2.000 personnes est de 2,2 %. Il n'y a pas de différence significative entre les pourcentages de fumeurs quotidiens de 2002 et de 2001.
- 2 Les pourcentages pour Bruxelles peuvent varier considérablement d'une année à l'autre, puisque l'échantillon bruxellois n'est que de 180 à 240 personnes. Il n'a pas été repris dans ce tableau.
- 3 À partir de 1990, les pourcentages de fumeurs portent sur le groupe d'âge de 15 ans et plus.

Une Convention-cadre mondiale pour la lutte anti-tabac

Cent septante et un Etats Membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se sont entendus pour soumettre à l'adoption de l'Assemblée mondiale de la santé un traité qui fera date dans l'histoire de la santé publique et réduira l'offre et la consommation de tabac. Le texte de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (FCTC) couvre les taxes sur le tabac, la prévention et le traitement du tabagisme, le commerce illicite, la publicité, le parrainage, la promotion et la réglementation des produits.

C'est l'aboutissement de quatre années de

travaux consacrés à l'élaboration d'un traité international sur la lutte antitabac. L'accord s'inscrit dans une stratégie mondiale destinée à réduire la mortalité et la morbidité liées au tabac dans le monde.

« La Convention sur laquelle nous nous sommes entendus marque un réel tournant dans le domaine de la santé publique mondiale » a déclaré le D^r Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS. « C'est aussi un tournant dans la collaboration internationale à l'heure de la mondialisation. Ainsi, les pays collaboreront systématiquement pour protéger la vie des générations présentes et futures et

construire ensemble un monde meilleur et plus sain. Je félicite nos Etats Membres du courage et de la clairvoyance dont ils ont fait preuve en rédigeant un traité qui atténuera sensiblement l'impact du tabac sur la santé des populations dans les décennies à venir. »

« Le tabac tue dans tous les pays du monde et la plupart d'entre nous connaissent probablement quelqu'un dont la mort est imputable au tabagisme » a-t-elle ajouté. « Les mesures que nous nous sommes tous engagés à prendre permettront de sauver des millions et des millions de vie. Ce traité est le fruit de la détermination et de l'inspi-

ration de tous ceux qui n'ont pas ménagé leur peine pour conclure une convention efficace et forte. »

Le texte final a été soumis à l'adoption de l'Assemblée mondiale de la santé en mai. La Convention est donc maintenant ouverte à la signature des Etats Membres. Elle entrera en vigueur peu de temps après avoir été ratifiée par 40 pays.

En vertu de ce texte, les Parties à la Convention seront tenues de mettre en œuvre des stratégies et des programmes complets de lutte antitabac aux niveaux national, régional et local. Le préambule reconnaît expressément la nécessité de protéger la santé publique, la nature très particulière des produits du tabac et les préjudices causés par les sociétés qui les produisent.

Le texte final porte notamment sur les principaux points suivants :

Taxes – Le texte reconnaît officiellement que les mesures financières et fiscales sont un moyen important de réduire la consommation de tabac, en particulier chez les jeunes, et prévoit que les signataires devront tenir compte des objectifs de santé publique lors de l'application des politiques financières et fiscales sur les produits du tabac.

Etiquetage – Le texte dispose que des mises en garde sanitaires claires sous forme de texte ou de pictogrammes, ou associant texte et pictogrammes, devront occuper au moins 30 % mais de préférence 50 % ou plus des faces du conditionnement des pro-

duits du tabac. Les dispositions relatives au conditionnement et à l'étiquetage interdisent également l'emploi de termes trompeurs donnant l'impression erronée que le produit est moins nocif que d'autres, comme par exemple « légère » ou « à faible teneur en goudrons ».

Publicité – Bien que tous les pays aient reconnu qu'une interdiction globale aurait pour effet de réduire sensiblement la consommation des produits du tabac, certains pays, en raison de dispositions constitutionnelles – couvrant par exemple la liberté d'expression à des fins commerciales – ne peuvent pas imposer une interdiction complète dans tous les médias. Le texte final stipule que les Parties devront s'orienter vers une interdiction globale dans les cinq années suivant l'entrée en vigueur de la Convention. Pour les pays qui ne sont pas en mesure d'imposer une interdiction complète, il contient également des dispositions en vertu desquelles ces pays sont tenus de restreindre, dans les limites de leur législation, la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage du tabac.

Le texte prévoit expressément que les futures signataires de la Convention envisageront l'adoption d'un protocole couvrant plus en détail la question de la publicité transfrontière. Ce protocole pourrait inclure les aspects techniques de mesures visant à prévenir ou empêcher la publicité dans des domaines tels que la télévision par satellite et l'Internet.

Responsabilité – Les Parties à la Convention sont invitées à prendre des mesures législatives permettant d'établir la responsabilité de l'industrie du tabac dans les coûts associés à la consommation de tabac.

Financement – Les Parties devront soutenir financièrement les programmes nationaux de lutte antitabac. Le texte préconise en outre l'utilisation et la promotion des fonds de développement existants pour la lutte antitabac. Un certain nombre de pays et d'organismes de développement se sont déjà engagés à inclure la lutte antitabac parmi leurs priorités pour le développement.

Le texte prévoit également que les pays encourageront la mise en place de programmes de traitement pour aider les gens à cesser de fumer et des activités d'éducation visant à dissuader les gens de commencer à fumer, interdiront la vente de produits du tabac aux mineurs et limiteront l'exposition du public à la fumée des autres.

Les dispositions de ce traité reprennent les grands objectifs de l'OMS et de la Banque mondiale tendant à la mise en œuvre d'un plan global de réduction de la consommation de tabac dans le monde. Près de vingt résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé appuyant la lutte antitabac ont été adoptées depuis 1970 mais le traité a ceci de nouveau que ses dispositions seront dorénavant contraignantes.

D'après un communiqué de l'OMS

Tabac : quelle communication auprès des jeunes ?

Gembloux accueillait le 8 avril une journée d'études sur cette question cruciale.

Dans son discours inaugural, la Ministre de la Santé **Nicole Maréchal** rappelait que les moyens alloués à la prévention restent dérisoires comparés à ceux de l'industrie du tabac et au produit des recettes fiscales. Elle soulignait aussi que l'annonce en 2000 par les autorités fédérales de santé publique de la création d'un fonds de lutte contre le tabagisme doté de 500 millions de francs de l'époque (soit un peu moins de 12,5 millions d'euros) n'a pas encore été suivie d'effet. Pire, on évoque maintenant un montant global de 1.859.200 €, dont la Communauté française recevra (peut-être encore cette année) 335.000 €.

Bref, on est loin, très loin du compte !

La matinée, modérée par **Frédéric Soumois**, journaliste au *Soir*, vit se succéder quatre interventions intéressantes.

Laurence Kohn (ULB) nous fit d'abord part de quelques résultats frappants de l'enquête sur les comportements de santé des jeunes en âge scolaire (publication annoncée d'ici la rentrée). Les chiffres confirment l'impression qu'on peut avoir à la sortie des cours : les jeunes fument plus qu'avant, et il y a plus de gros fumeurs qu'avant parmi eux. Et il n'y a pas que la cigarette pour poser question, l'alcool et le cannabis ont aussi le vent en poupe.

Elle nous rappela aussi qu'il est illusoire de croire que le fait de fumer ou non est un choix délibéré (ce que prétend l'industrie), mais plutôt la résultante d'une série com-

plexe de facteurs.

Luk Joossens (CRIOC) soulignait pour sa part avec son ironie habituelle que les gentilles campagnes visant les pré-adolescents et mettant en scène des pré-adolescents, de même que les interdictions légales de vente aux mineurs, qui ont la faveur des multinationales du tabac, sont évidemment inefficaces. Pour lui, il existe néanmoins des moyens de 'faire mal' à notre ennemi public n°1, comme des augmentations de prix bien étudiées, ou la valorisation de la protection des non-fumeurs.

Daniel Veilleux (responsable du programme *De Facto* au Québec) vanta, au cours d'un exposé remarquablement illustré, les mérites de la dénormalisation¹, qui consiste à dénoncer publiquement et de façon spectaculaire

les manipulations dont est coupable l'industrie. Les jeunes semblent sensibles à une démarche qui met en évidence les vrais responsables. La démonstration était presque trop séduisante pour être vraiment honnête et par moments on avait l'impression qu'en employant les armes du marketing commercial et de la publicité sur leur terrain, ce programme tend à légitimer la manipulation au prétexte que c'est pour le bon motif... Pour terminer la matinée, et avant une table ronde animée par Axel Roucloux, qui laissa les participants quelque peu sur leur faim, Florence Vanderstichelen (directrice

d'Univers Santé) présenta avec l'appui d'un étudiant la démarche concrète du *Stop Tabac* dans les halls d'auditoire de l'Université catholique de Louvain : campagne de sensibilisation au départ d'une vaste enquête auprès des étudiants, qui vise à inviter au dialogue entre fumeurs et non-fumeurs de façon conviviale et humoristique. Les ingrédients de la réussite : un engagement étudiant fort, un partenariat multiple, une volonté politique des autorités académiques, un volet matériel attractif, et un ton qui exclut la fumée mais pas le fumeur !

Cette journée était organisée par l'asbl Promotion santé et développement durable (voir p. 7 dans ce numéro), avec la Ville de Gembloux, le Comité prévention assuétudes de Gembloux, Question Santé, et avec le soutien de la Communauté française Wallonie-Bruxelles

Christian De Bock

¹ Voir l'article 'La dénormalisation de l'industrie du tabac, nouvelle approche pour la prévention chez les jeunes', par Axel Roucloux, *Education Santé* n° 178, avril 2003.

Education Santé et ses lecteurs

Quelle est la perception de la revue par ses lecteurs ?

En 1990, 1995, et 2000 nous avons évalué *Education Santé*. Nous avons remis le couvert fin 2002 par rapport à nos abonnés en Belgique¹. Voici nos principales constatations.

Les répondants

Les fois précédentes, nous avons couplé l'envoi du questionnaire d'évaluation et la procédure de réabonnement, ce qui avait un effet positif sur le nombre de réponses (455 en 2000 par exemple). Cette fois-ci, nous ne leur demandions que de nous aider à évaluer la publication. Nous avons eu néanmoins 288 réponses à la date du 31/01/2003, soit un taux de réponse de 13,25%. De ces 288 réponses, 275 ont pu être exploitées.

Le lectorat est très féminin (74,5%), ce qui reflète sans doute une réalité du secteur. Il suffit de participer à une journée d'études pour s'en rendre compte !

L'âge moyen est de 41,4 ans, avec 83,9% des lecteurs âgés de 26 à 59 ans, ce qui est logique pour un outil de formation et d'information destiné d'abord à des professionnels.

Un peu moins de la moitié des lecteurs ont une formation dans le domaine de la santé, et 40% d'entre eux travaillent dans ce secteur. A noter, 6% travaillent en mutualité.

Classiquement, le principal lieu d'activité est Bruxelles (31,4%), suivi par les provinces de Liège (22,8%), du Hainaut (16,5%), de Namur (13,2%), du Brabant wallon (4,7%) et du Luxembourg (3,1%).



Les réponses

Chaque exemplaire a 3 lecteurs, ce qui est plus qu'en 2000 (2,5 lecteurs). En d'autres termes, 2500 abonnés représentent environ 7500 lecteurs.

96,7% des répondants lisent tout ou partie de la revue (contre 89% en 2000).

96,3% des répondants conservent la revue (contre 84% en 2000).

77,1% des répondants estiment que la revue leur permet de mieux approcher la promotion de la santé (63% en 2000). En ajoutant ceux qui estiment que la revue a atteint partiellement cet objectif, on dépasse les 95%.

62,9% pensent de même à l'égard des initiatives locales (91,5% en ajoutant les 'partiellement').

59,4% pensent de même pour les initiatives

à l'échelle de la Communauté française (89% en ajoutant les 'partiellement').

41,4% estiment que la revue leur permet d'approcher les stratégies d'action (90% en ajoutant les 'partiellement').

34,1% estiment que la revue leur permet d'approcher les méthodes de travail (87% en ajoutant les 'partiellement').

33,2% estiment que la revue leur permet de connaître l'évaluation des programmes (81,8% en ajoutant les 'partiellement').

Cette fois-ci, nous avons en outre demandé aux lecteurs de coter les rubriques, de 0 à 10. Voici le classement, complété du nombre de parutions en 2002. Il s'agit de la moyenne sur le nombre de réponses total

Rubrique	Cote sur 10	Parutions en 2002
Brèves	8,1	10
Lu pour vous	8,1	6
Documentation	8,0	2
Initiatives	8,0	10
Communication	7,8	3
Outil	7,8	1
Réflexions	7,8	5
Matériel	7,7	6
Acquisitions	7,6	1
Officiel	7,6	2
Locale	7,5	4
Stratégie	7,5	6

¹ La proposition d'un abonnement payant aux lecteurs domiciliés hors du territoire national est une autre forme d'évaluation. La revue 'vaut-elle' 20€ par an, soit 2€ par numéro à leurs yeux ? La réponse est positive pour 30% d'entre eux.

par rubrique (certaines, qui paraissent moins souvent, ont plus de non réponses que d'autres). Les cotes extrêmes négatives sont très rares.

Education Santé a changé en 2002, à la suite de l'évaluation précédente, dans le souci de rencontrer au mieux les attentes de ses abonnés. Les modifications les plus spectaculaires sont la couverture en 'quatrième page' et un sommaire détaillé en page 20. Ces changements, qui prennent de la place, ne se sont pas faits au détriment du volume d'information par numéro, qui est le même qu'auparavant.

Changement	'Excellent' ou 'Bon' : en %
Dossiers de plusieurs pages	95
Articles sous forme d'interview	93
Ajout d'un sommaire en page 20	92,1
Nouvelle rubrique 'Outil'	89,8
Nouvelle maquette	85,6
Couverture entièrement en couleur	83,5

Ci-dessus un tableau résumant l'appréciation des modifications (pourcentage cumulé de lecteurs donnant la cote 'excellent' ou 'bon').

Ce qui nous fait particulièrement plaisir, ce sont les scores des dossiers et des interviews. En effet, ces démarches éditoriales sont les plus exigeantes en temps de travail. Il est donc heureux que ces efforts soient appréciés.

Le site www.educationsante.be

Il était particulièrement intéressant pour nous de poser quelques questions sur ce nouvel outil mis en place dans le courant 2002.

D'abord, les abonnés connaissent-ils le site ? La réponse est négative pour 73,5 % d'entre eux. L'explication est toute bête : une grande partie des abonnés n'ont pas accès à l'internet. Ces chiffres correspondent d'ailleurs au taux d'équipement des ménages en Belgique francophone. Nos lecteurs ne sont pas plus 'branchés' au niveau professionnel qu'au niveau familial.

En toute logique, 21 % seulement des répondants déclarent avoir visité le site. A noter, quelques personnes ayant répondu 'non' à la question précédente ont répondu 'oui' à celle-ci. Absurde ? Pas vraiment, si on considère que le seul fait d'attirer l'attention sur le site aura pu éveiller la curiosité de certains lecteurs.

Evidemment, le détail des réponses sur le

site proprement dit (58 personnes) doit être interprété avec prudence. Le score le meilleur est accordé au module de recherche, le plus faible au rythme de mise à jour (en fait, le site est pourtant rafraîchi à chaque parution de la version papier, soit 10 fois par an...).

Les priorités de la Communauté française Wallonie-Bruxelles

Grâce au site de la revue, nous disposons maintenant d'une base de données puissante constituée par la quasi totalité des articles publiés dans *Education Santé*

depuis janvier 2001 (à l'exception des Brèves et des rares textes dont les auteurs refusent la mise en ligne).

Nous avons eu la curiosité d'interroger cette base sur les priorités du *Programme quin-*

quennal telles qu'elles ont été interprétées par un groupe de travail des Services communautaires de promotion de la santé.

Les sujets ont été 'traduits' en expressions de recherche, et l'ensemble du contenu des articles a été parcouru (titre et texte complet).

Le résultat témoigne d'une présence variable mais réelle de tous les items dans la publication, ce qui n'est que normal puisqu'elle est en partie le reflet des évolutions du secteur.

A titre de curiosité, l'encadré en bas de page présente ce que cela donne (du n° 155 en janvier 2001 au n° 175 en décembre 2002).

Sans vouloir faire des interprétations oiseuses de ces chiffres, il y a sans doute quelques éléments significatifs, comme l'émergence du thème de la santé mentale, qui était moins abordé dans la revue auparavant, ou encore celui du dopage (carrément ignoré jusqu'à ce que la Communauté française Wallonie-Bruxelles légifère enfin en la matière).

La très forte présence de sujets comme le tabac (pour des raisons épidémiologiques évidentes) et le sida (pour des raisons institutionnelles tout aussi évidentes) est aussi frappante.

Christian De Bock, rédacteur en chef

Sujet	Expression de recherche	Nombre d'apparitions
Assuétudes	Assuétude OU toxicomanie	44
Tabac	Tabagisme OU tabac	58
Prévention du sida	Sida	44
Cancers	Cancer	41
Cancer du sein	Cancer du sein	14
Sport et lutte contre le dopage	Sport Dopage	40 10
Accidents	Accident	34
Santé mentale	Santé mentale	34
Promotion de la santé à l'école	Promotion de la santé ET milieu scolaire	26
Santé globale (transversalité)	Santé ET approche globale	23
Vaccination	Vaccination	19
Inégalités sociales et santé	Inégalités sociales	14
Maladies cardio-vasculaires	Cardio-vasculaire	14
Politiques locales de santé	Niveau local	13
Lutte contre la tuberculose	Tuberculose	11
Naissance et enfance	Naissance ET petite enfance	9
Maladies congénitales et métaboliques	Congénitale OU génétique Diabète	7 6

La nuit des étoiles

Depuis la fin de l'année dernière, le Théâtre du Public interprète dans les écoles secondaires de la Communauté française « La nuit des étoiles ». Cette pièce de théâtre-forum est un véritable outil de prévention du sida qui a reçu le soutien de la Ministre Nicole Maréchal. Elle est interprétée par Joëlle Camus et Gilles Delvaux et mise en scène par Marina Marini.

L'histoire

Sam et Luna sont jeunes, beaux et en vacances. Tout devrait donc se passer pour le mieux dans le meilleur des mondes. Et pourtant, c'est terriblement désemparés que ces jeunes se demandent, au moment précis et particulier où il y aurait tant de chose à faire, s'ils vont oser proposer un morceau de latex en guise d'alliance éphémère.

Un spectacle de théâtre-forum...

Au théâtre-forum, le spectacle se déroule en deux temps : les comédiens donnent d'abord une première représentation d'une vingtaine de minutes. Ils rejouent ensuite la même histoire qui pourra, cette fois, être interrompue à tout moment.

Les étudiants sont en effet invités à monter sur scène, remplacer un des personnages et jouer des alternatives aux situations proposées en

première partie. Grâce à cette formule, le spectateur n'est ni un consommateur, ni un client mais un partenaire actif.

A l'école Saint Joseph de Liège, qui accueillait la troupe le 1^{er} avril 2003, les jeunes se sont rapidement projetés dans l'histoire et ont tenté, chacun à leur manière, de convaincre leur partenaire de jeu que la relation sexuelle ne peut s'envisager sans le préservatif.

Une élève intervient très tôt dans l'histoire « afin que les choses soient claires dès le début », une autre se dit que « le meilleur moment pour aborder le sujet, c'est peu avant de passer à l'acte, en toute intimité ».

Les garçons, qui jusque là s'étaient montrés discrets, osent alors monter sur scène et prendre la place... de Luna afin de montrer aux filles comment il faut s'y prendre ! Les rires fument, les applaudissements éclatent et la réflexion fait son chemin.

Vient alors l'heure de la conclusion proposée par la meneuse de jeu qui rappelle qu'en Belgique, trois nouveaux cas de séropositivité sont détectés par jour et qu'à l'échelle planétaire, une personne est contaminée toutes les cinq secondes. Elle invite ensuite les jeunes à calculer le nombre de personnes qui pendant le temps du spectacle ont été atteintes par le virus du sida.

Un des atouts de cette pièce est de replacer la problématique du sida dans un contexte global de vie affective et sexuelle. Le jeu des acteurs illustre à merveille les multiples facteurs qui mènent à la prise de risques (préjugés, peur de gâcher le plaisir sexuel, insouciance, mauvaise expérience antérieure, honte...).

En permettant aux jeunes d'intervenir quand ils le veulent pour changer le cours de l'histoire, le théâtre-forum devient un moyen de prévention qui les valorise, leur donne confiance et leur offre une certaine autonomie.

Coup de cœur donc pour cet outil qu'il serait intéressant d'intégrer dans un véritable projet d'école. Ne pourrait-on pas imaginer de proposer aux équipes éducatives de participer au spectacle lors d'une représentation qui leur serait destinée ? L'outil pourrait de cette manière être exploité de façon optimale à long terme et les élèves, sans la présence des enseignants, pourraient, on l'imagine, s'exprimer plus facilement.

Elise Malevé, Centre liégeois de promotion de la santé

Théâtre du Public, rue de Tervaete 21-23, 1040 Bruxelles. Contact : Fabienne Jacquemin (069-21 09 75, 0475-21 68 73). Courriel : theatre.du.public@skynet.be

Un nouvel acteur dans le champ de la promotion de la santé

L'asbl 'Promotion santé et développement durable' (PSDD) propose des cycles de formation en matière de tabagisme dont la rubrique des Brèves vous fournit les renseignements pratiques. C'est l'occasion d'une rapide prise de connaissance avec cette association.

Les objectifs de PSDD sont :

- développer des projets de promotion de la santé en Communauté française de Belgique ;
- développer de nouvelles compétences en communication et en coaching d'équipe pour le développement de la promotion de la santé ;
- développer de nouvelles perspectives et ressources en gestion et prévention du tabagisme dans les métiers de la relation d'aide, de l'enseignement et sur les lieux de travail ;

- développer de nouveaux outils de prévention ;
- développer un réseau de personnes ressources actives en promotion de la santé dans la gestion du tabagisme ;
- et enfin développer et encadrer des actions de promotion de la santé sur le lieu de travail : communication, gestion du stress, école du dos, gestion du tabagisme et prévention du harcèlement moral.

En matière de tabagisme, trois axes de formation sont présentés :

- formation de responsables d'équipe et de directeurs à la gestion du tabagisme et du bien-être sur le lieu de travail ;
- formation de personnes ressources à la dynamique de groupe et à la gestion du tabagisme ;

- formation d'animateurs et de formateurs à la prévention du tabagisme.

Outre ces formations, l'asbl intervient également dans les institutions pour de la gestion d'équipe, de la supervision de projet, du coaching de responsable ou d'équipe et de la formation en interne pour les professionnels de la santé (communication, médiation et gestion de conflits).

Ces formations sont reconnues par la Communauté française et se font en collaboration avec Communication et Santé.

Informations et contacts :

Axel Roucloux, asbl PSDD, rue Sergent Vriethoff 119, 5000 Namur.

Tél.: 064-27 79 66. Fax : 064-27 80 80.

Courriel : axel.roucloux@skynet.be

Promotion de la santé à l'école : le défi

P Les services Promotion de la santé à l'école (ex-IMS) suivent depuis la rentrée scolaire 2002 une formation qui vise à faire vivre les recommandations du décret PSE sur le terrain.

Cette formation PSE est organisée, non sans peine, par le Service Education pour la santé de la Croix-Rouge. Si on dit 'non sans peine', c'est parce qu'il semble difficile pour les formateurs et pour les participants des services PSE de se retrouver dans un climat propice à l'apprentissage de nouvelles manières de travailler. Qu'est-ce qui bloque, qui cloche, qui empêche les différents partenaires de préparer sereinement l'avenir du travail des services PSE ? Est-ce la résistance des équipes à suivre une formation imposée d'en haut ? Un climat social où règne l'insécurité de l'emploi ? Une concurrence entre les divers partenaires appelés à travailler en promotion de santé dans les écoles ? La difficulté de remettre ses pratiques professionnelles en cause, d'y réfléchir sous un nouvel éclairage ? Les freins ne manquent pas. Tous sont humains et par conséquent, complexes, sensibles et sujets à la grogne.

Reste aux uns et aux autres à ne pas oublier l'essentiel : le travail capital à accomplir, au jour le jour, pour la santé et le bien-être des élèves.

C'est ce que nous rappelle Marie Ledoux-Courcelle, coordinatrice pédagogique des formations PSE au Service Education pour la santé de la Croix-Rouge.

Education Santé : Pouvez-vous expliquer le rôle du Service Education pour la santé ?

Marie Ledoux-Courcelle : Le Service Education pour la santé a été mandaté par le cabinet Maréchal pour mettre en place et coordonner la formation Promotion de la santé à l'école auprès des différentes équipes PSE du territoire de la Communauté française de Belgique, et ce dans les 3 réseaux existants : le libre, le provincial et celui de la Communauté française, avec une particularité qui différencie ce dernier : les missions IMS et PMS sont accomplies par une même équipe. Dans le réseau libre et le provincial, les bureaux, les lieux sont parfois bien distincts, certaines équipes n'ont jamais travaillé en collaboration. De ce fait, il y a une différence majeure quant à la façon dont la formation est perçue selon les prérequis. Les modes de fonctionnement sont quelquefois totalement différents, et par extension,

chaque équipe a des contraintes et des ressources différentes. Notre public est très hétérogène. Cela peut être très positif mais également constituer un frein au bon déroulement des séquences de formation. Les groupes de participants aux formations sont constitués de médecins, d'infirmières, exceptionnellement d'assistantes en promotion de la santé ou en éducation pour la santé. C'est la première fois qu'une formation regroupe des médecins et des infirmières.

E.S. : Comment s'organise la formation ?

M.L.-C. : 15 groupes sont répartis en Communauté française. Chaque groupe compte entre 18 et 30 participants. Une trentaine de formateurs, issus d'organismes spécialisés en matière de promotion de la santé, collaborent à cette formation PSE. Les Centres locaux de promotion de la santé (CLPS) font également partie de nos partenaires ; suivant les groupes et les régions, chaque CLPS intervient de manière plus ou moins soutenue dans le déroulement de cette formation.

Pour 2002-2003, la formation s'est organisée en 6 modules de 2 jours. Ceux-ci ont débuté en novembre 2002, et se terminent en juin 2003 pour « rempiler » l'année prochaine.

De manière globale, la première année s'articule essentiellement autour des approches conceptuelles et théoriques tout en incluant progressivement des notions plus concrètes de l'école en projet-santé. La deuxième année s'orientera vers la 'formation-action'. Un accompagnement des équipes PSE pour la mise en place de leur projet est envisagé. Pour rappel, la démarche visant l'instauration de projets en promotion de la santé à l'école a été fixée par décret ministériel. Dans leurs missions, 70 % du temps des services PSE est consacré aux missions biométriques (biomédicales), aux vaccinations... et 30 % doit relever de la promotion de la santé. Dans un premier temps, il s'agira d'instaurer un esprit de promotion de la santé à l'école et/ou de consolider ce qui est déjà établi.

En effet, certaines équipes PSE sont déjà en projet avec les écoles, d'autres ne se sont jamais investies dans cette pratique ; dans certaines équipes, les infirmières n'ont jamais quitté le centre, dans d'autres, le personnel médical et paramédical se rend dans les écoles et collaborent avec celles-ci sur des projets-santé : médecins et infirmières sont aussi initiateurs de projets... Il y

a plein de réalités concrètes sur le terrain en matière de promotion de la santé des enfants et des adolescents !

E.S. : D'où viennent les grosses tensions senties au sein des groupes de formation ?

M.L.-C. : Je pense que plusieurs raisons peuvent être avancées. Il y a d'abord le facteur humain lié à tout processus de changement et de mise en projet. Le fait qu'un décret impose une pratique constitue une première réticence de la part des équipes qui doivent suivre une formation PSE. Il y a également la réalité de terrain : le fait que l'IMS devienne PSE a causé certaines restructurations, les gens se sentent dans l'insécurité en matière d'emploi tant au niveau de la sauvegarde de celui-ci qu'au niveau des exigences induites par le changement lié aux directives du décret de la promotion de la santé à l'école. C'est légitime. De plus, les équipes perçoivent cette nouvelle orientation de leur pratique de manière abrupte : 'Ah ! Tout d'un coup, M^{me} Maréchal a pensé que...' Or l'application de ce décret est la conséquence de tout un travail préalable : le service Education pour la santé a rencontré environ 20 centres PSE fin juin 2002 pour faire l'analyse des besoins afin de compléter les infos du cabinet et le travail de la cellule scientifique qui a planché un an et demi sur le projet. En novembre 2002, on commençait les formations. Cela n'a pas été improvisé.

Cela coince aussi parce que, pour les équipes, un quota impressionnant de tâches à réaliser semble être imposé. Il est un fait que quelle que soit l'équipe et son évolution dans le domaine de la promotion de la santé, il s'agira de s'inscrire dans cette dynamique. Pour certaines, cela se traduira par l'établissement de partenariats, pour d'autres, par l'action pragmatique sur le terrain.

En 2004, un rapport d'activités devra relater leur démarche en promotion de la santé. Ce rapport constitue également une grosse crainte pour les équipes qui se disent : 'Si on ne fait pas telle ou telle chose, ce sont nos subsides qui sont en jeu...'. Mais cette grille sera fidèle à la grille traditionnelle de mise en place d'un projet en promotion de la santé en Communauté française. Beaucoup d'entre nous l'utilisent couramment. Le souci des équipes rencontrées au cours de la formation PSE, est surtout lié à l'insécurité induite par une injonction encore peu explicite, pour certains, encore à ce jour. Elles ont l'impression qu'on leur demande de

faire complètement autre chose alors qu'il ne s'agit pas de cela du tout.

Une grande partie de l'énergie des formateurs se focalise sur le fait de mettre des mots et d'identifier ce qu'ils font déjà et qui peut s'inscrire dans une démarche en promotion de la santé. Evidemment, ensuite il s'agit de cadrer cela avec la méthodologie et les ressources mobilisables dans le domaine. C'est ici, notamment, que la participation des partenaires locaux tels que les CLPS est précieuse.

E.S.: Les équipes ne voient pas la réflexion qu'il y a eu avant la mise en place des formations ?

M.L.-C.: Non et même lorsqu'on le souligne et le répète, elles n'arrivent pas à appréhender le fait qu'il y a tout un processus scientifique réalisé avec de nombreux partenaires sous-jacent à la construction de cette initiative du cabinet Maréchal.

De plus, pour rappel, en juin, nous avons rencontré les équipes; en septembre, nous avons organisé quatre grosses journées d'information à Bruxelles, Liège, St-Hubert et à Charleroi pour initier les équipes susceptibles de suivre la formation, pour enfin établir la configuration finale de la formation qui allait leur être proposée tout en rappelant les objectifs du décret. Attention, la formation PSE ne doit pas être identifiée au décret, elle relève des moyens d'appliquer une partie du décret. Là aussi, cela pose problème : les participants font souvent l'amalgame entre formation, décret et cabinet. Il est important alors de recadrer notre fonction pédagogique dans l'accompagnement des équipes dans leur projet de promotion de la santé à l'école. Malgré cette précision, nous sommes régulièrement interpellés sur le décret alors que cela ne relève pas de notre mission.

E.S.: On vous adresse des critiques politiques...

M.L.-C.: Tout à fait! Comme je l'ai dit, notre mission n'est pas de fournir des explications quant aux dispositions ministérielles. Toutefois, on ne peut pas, en tant que pédagogues, ignorer le malaise. Les stratégies relevant de la gestion de projet sont intimement liées au contenu des modules, y porter attention nous permet aussi de les travailler. Pour le reste, nous conseillons d'interpeller directement le cabinet et la ministre. Je pense que la difficulté est là : les gens identifient le Service Education pour la santé mais aussi les formateurs comme des intermédiaires, des missionnaires choisis par le cabinet alors que ce n'est pas du tout le cas.

On ne peut nier, qu'au début, un phénomène de résistance était très marqué, non

Depuis 1998, le Service Education pour la santé de la Croix-Rouge est reconnu, dans le cadre d'un programme quinquennal, pour diffuser sur le territoire de la Communauté française les concepts et les méthodes de l'« Ecole en Santé ».

Ce programme « Ecole en santé », mis sur pied conjointement par l'OMS, la Commission européenne et le Conseil de l'Europe, a été expérimenté dans les écoles pilotes du Réseau Européen d'Ecoles en Santé (REES), dans 40 pays et dans une vingtaine d'écoles (tous niveaux et réseaux confondus) en Communauté française.

Le programme propose une approche globale et intégrée de la santé et repose sur les « 12 critères d'une école en santé », qui sont :

1. Construire le programme de promotion de la santé à partir des attentes, des demandes, des besoins des élèves.
2. Promouvoir activement l'estime de soi de chaque élève.
3. Favoriser les bonnes relations entre enseignants et élèves et entre les élèves eux-mêmes.
4. Faire percevoir clairement aux élèves et aux enseignants le projet pédagogique et les objectifs sociaux de l'école.
5. Mobiliser les élèves dans des activités stimulantes incitant à un mode de vie sain.
6. Protéger et/ou améliorer l'environnement physique que constitue l'école.
7. Fonder des relations solides entre l'école et le milieu familial.
8. Etablir des liens continus entre l'enseignement maternel, l'enseignement

par rapport à la formation, mais par rapport au contexte et c'est là qu'il y a eu, dès le départ, d'énormes difficultés surtout lorsqu'un module commence par une étape de conceptualisation (santé, promotion de la santé...). Parmi les participants, certains n'ont jamais suivi de formation continue, ces personnes sont en permanence dans « l'agir » et nous disent : 'On a autant d'enfants, autant de vaccinations. Qu'est-ce qu'on a à perdre son temps ici à réfléchir sur ce qu'on fait ?'

Dans un processus de formation, les résultats ne sont pas immédiats. Or, ils sont dans ce que l'on appelle 'l'activisme', qui cela dit leur a été imposé depuis longtemps.

En contrepartie, les personnes qui sont souvent en formation ont parfois l'impression de perdre du temps avec les autres. Comme processus pédagogique, cela peut être inté-

primaire et l'enseignement secondaire associés pour élaborer des programmes d'éducation cohérents.

9. Promouvoir activement la santé et le bien-être du personnel enseignant et du personnel d'encadrement.
10. Conférer aux enseignants un rôle de référence en matière de santé.
11. Affirmer le rôle complémentaire de l'alimentation scolaire dans le programme d'éducation pour la santé.
12. Exploiter le potentiel éducatif des services de santé dans l'optique d'un soutien actif du programme d'éducation pour la santé.

On retrouve les fondements du programme « Ecole en santé » intégrés aux lignes directrices du Décret de Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE), entré en vigueur en septembre dernier. Ce décret élargit les missions des équipes de médecine scolaire dans une approche de santé globale (lire également l'article du D^r Florence Renard dans ce numéro).

C'est donc sur base de son expérience des 'Ecoles en santé' que le Service Education pour la santé a été désigné par la Ministre de la santé et de l'Aide à la Jeunesse pour coordonner la formation des équipes PSE (ex-IMS). Ces équipes seront amenées à élaborer avec les communautés scolaires, des projets santé pour répondre aux besoins des élèves et au contexte spécifique de chaque établissement.

ressant mais dans ce contexte, c'est parfois difficile.

E.S.: Pensez-vous que le climat peut s'améliorer ?

De module en module, je vois que le climat devient plus positif. Il y a par exemple, des médecins ou des infirmières sceptiques au début qui deviennent moteurs dans la formation. C'est assez anecdotique, mais dans un groupe à la fin du 4^e module, la réalisation d'un exercice, le parachute, visant à identifier nos compétences en processus de changement a apporté, en quelque sorte, un indice de satisfaction vis-à-vis de la formation PSE. Il s'agit d'un dessin représentant le ciel, le soleil, les endroits où on ne peut pas aller, les intempéries... qui représentent le soutien qu'on peut avoir, les compétences, les contraintes que l'on subit en processus de changement... Un médecin avait mis le pré-

Le Service Education pour la santé de la Croix-Rouge a également organisé 3 journées de sensibilisation à la promotion de la santé à l'école secondaire à l'attention des chefs d'établissements.

Le but était d'initier ou de renforcer l'articulation entre éducation et santé, objectifs d'enseignement et objectifs de bien-être. Il était aussi question d'entamer et d'approfondir le dialogue avec le directeur, acteur central de la vie scolaire.

Cette sensibilisation fait aussi partie des priorités du programme quinquennal du Service Education pour la santé de la Croix-Rouge. Elle s'inscrit dans l'actualité de la réforme de la médecine scolaire.

Nous avons participé à la journée du mercredi 19 février dernier, à Bruxelles.

Les participants étaient répartis dans 4 ateliers : construire la santé à l'école (auquel nous étions inscrits); définir le projet d'école...

en santé; développer la confiance en soi pour un mieux-être à l'école et stimuler la participation au projet d'école... en santé.

Dans notre groupe, sur les 14 participants, seuls 3 directeurs étaient présents.

M^{me} **Monique Verly**, directrice de l'Institut Provincial de Nursing du Centre à La Louvière, était de la partie. Elle nous donne ses impressions à la fin de cette journée bruxelloise : 'J'ai apprécié la journée. Mais j'aurais aimé un peu plus de concret, qu'on nous dise, par exemple, que dans telle école on a monté un projet, et qu'on peut, nous, dans notre école, le faire en suivant différentes étapes. Qu'on nous prévienne aussi des problèmes à éviter pour que le projet ne se casse pas la figure.'

Comme quoi, le désir de concret réclamé par les acteurs de l'école, a du mal à s'harmoniser avec les préoccupations des professionnels de la promotion de la santé...

nom du formateur et par extension la formation, en ressource et en soleil. Quelle évolution! Avant de partir, en saluant le formateur, il l'a remercié alors que d'habitude, il fait partie des plus sceptiques. Il intervenait avec des arguments scientifiques pour valider ou invalider ce qui était dit mais c'était hors propos, puisqu'on est dans une démarche de promotion de la santé et pas de « préventif-quantitatif ». Pour certains toute la vérité tient dans cette dernière approche alors que notre belle théorie de promotion de la santé constitue une « belle chose » mais très peu réaliste! Leur réaction a changé. Ils ont compris qu'on pouvait modifier la manière de travailler pour viser la promotion de la santé et que ça ne se fait pas tout seul.

Les équipes PSE peuvent voir la formation comme une contrainte mais je me dis aussi que c'est une vraie opportunité d'être encadré de la sorte. Les pratiques doivent changer pour s'inscrire en cohérence avec l'évolution de notre société.

E.S.: Les journées de sensibilisation 'promouvoir la santé à l'école secondaire' pour les directeurs d'écoles constituent-elles l'autre versant de la formation PSE ?

M.L.-C.: Non, en fait c'est l'autre volet d'activité du Service Education pour la santé. Ce projet n'est pas lié au décret. Les journées de sensibilisation à la promotion de la santé à l'école pour les directeurs des écoles secondaires font partie d'un projet soutenu par la Communauté française, et où effectivement, nourri des expériences du Réseau européen d'écoles en santé (REES), le service comme

l'avaient fait nombre de nos partenaires a identifié le directeur comme plaque tournante pour la mise en place de projets en promotion de la santé. Au quotidien, le directeur a beaucoup de missions à remplir et pour certains, la santé passe après d'autres priorités. Nous trouvons important de les sensibiliser à la promotion de la santé voire de les resensibiliser. Le travail avec les équipes PSE, l'a démontré : deux jours sur ce qu'est la promotion de la santé, porte sur de nombreuses questions et on se rend compte qu'on peut y réfléchir beaucoup plus.

E.S.: Sensibiliser le directeur permet de préparer le terrain pour les équipes PSE, non ?

M.L.-C.: Chaque école doit développer un projet d'école. Il pourrait être axé sur le sport, les compétences psychosociales ou n'importe quel thème. Etant donné que les déterminants de la santé sont multiples, cela constitue autant de points d'ancrage pour que les équipes PSE et les divers partenaires puissent implanter un projet de promotion de la santé. La promotion de la santé, se construit en interdisciplinarité en prenant en compte les savoirs-faire transversaux.

E.S.: Avez-vous pensé aux réactions des familles des élèves qui seront également touchées par cette nouvelle vision de la promotion de la santé puisqu'elle vise les divers aspects de la vie de tous les jours...

M.L.-C.: L'année prochaine, la formation sera un temps de 'formation-action' qui devra être travaillé en partenariat avec l'école.

Chaque école est porteuse d'un projet pour lequel plusieurs instances se mobilisent : on

peut y retrouver un conseil de participation composé de parents, d'enseignants, du directeur, du personnel technique. En promotion de la santé, il s'agit d'envisager l'élève dans l'école et hors de l'école, suivant une approche systémique. Une telle démarche concerne inévitablement les parents.

Toutefois, il est intéressant d'étudier la relation parents-école. Il y a toute la question de voir comment les parents sont identifiés par l'école et comment les parents identifient celle-ci. Certains ont un vécu scolaire très difficile et quand ils y retournent avec leurs enfants, c'est comme s'ils étaient jugés eux-mêmes. On doit repenser cette relation si l'on veut devenir partenaires. Le parent a l'expertise de sa famille. L'enseignant a l'expertise de son cours, de sa discipline, plus celle de la vie de l'enfant en classe et à la limite, dans l'école. Mais ce sera peut-être plutôt le surveillant de la cantine qui saura vraiment comment est l'enfant dans l'école. Lorsqu'on arrive à rassembler ces différentes expertises et faire un consensus en tenant compte de la diversité des offres et besoins des gens, on réunit plus de critères de réussite. A Namur, dans le cadre du projet REES, des parents se sont mobilisés pour animer les garderies les mercredis après-midi en s'occupant de la cour, en mettant des fleurs... C'est ça aussi la promotion de la santé à l'école. C'est la vie et qui est expert de la vie à l'école ? Les gens qui y vivent ! Ce sont eux les partenaires de la promotion de la santé à l'école.

E.S.: Comment les élèves vont-ils recevoir les messages de promotion de la santé ?

M.L.-C.: Justement, ils ne vont pas les « recevoir » parce que l'axe majeur de la promotion de la santé à l'école impose que l'élève ne soit plus sujet mais acteur du projet. Si on s'inscrit dans une réelle promotion de la santé, ce sont les élèves qui vont faire émerger leurs besoins pour nous les expliquer, qui vont se mobiliser pour être partenaires des projets mis en place. Le principal acteur de la promotion de la santé à l'école, c'est l'élève. L'agent PSE est celui qui donnera l'opportunité pour que les élèves expriment, développent un projet. Le but du jeu est que l'élève soit dans une dynamique de promotion de la santé. L'agent PSE est agent de changement, coordinateur pour qu'un projet puisse se faire, il est également une personne ressource. Il ne faut pas oublier que l'important dans notre pratique, c'est le bien-être de l'enfant, de l'adolescent. On travaille pour cela, pour l'élève. Quand on s'égare, il faut penser à ça : est-ce qu'au bout du compte, on essaie de répondre le mieux possible à notre interlocuteur ? Quelque part, on est certainement dans ce secteur

professionnel parce que notre principale pré-occupation, c'est l'élève!

E.S.: Comment pouvez-vous expliquer que, pour beaucoup d'acteurs du milieu médical et scolaire et pour le grand public, la promotion de la santé soit encore perçue de manière floue, peu mobilisatrice ?

M.L.-C.: J'ai fait quelques formations au Canada, notamment avec le réseau francophone international de promotion de la santé. On rencontre des professionnels de Suisse, de France... Le gros handicap des travailleurs en promotion de la santé belges, c'est qu'ils font un travail remarquable sur le terrain mais publient très peu. Quand on dit que c'est difficilement compréhensible, flou... C'est parce qu'il n'y a pas vraiment d'écrit, à part votre revue *Education Santé* mais, à titre d'exemple, beaucoup de direc-

teurs d'écoles ne la connaissent pas.

C'est dilué parce que les acteurs de promotion de la santé sont des gens pragmatiques, ils n'ont pas l'habitude d'écrire. Les gens vont de projet en projet, ils font des choses merveilleuses mais rien ou si peu n'est retranscrit sauf parfois lors d'une présentation pour un colloque ou une occasion bien précise. Par rapport aux autres pays, notre pratique est reconnue mais il y en a très peu de traces. De plus, si nous sommes peu identifiés dans d'autres secteurs d'activité comme partenaires, c'est que l'aspect global de la santé est entendu mais non appréhendé en tant que tel. On pourrait intervenir dans de nombreux champs de la vie quotidienne puisque les déterminants de santé sont multiples et interdépendants.

E.S.: Le mot de la fin ?

M.L.-C.: Il faut travailler dans un climat d'ouverture. Si les équipes PSE pouvaient se mettre des « lunettes promotion de la santé » pour lire leurs missions et être attentives à ce qui est intéressant à travailler dans ce domaine, ça serait certainement utile pour fonctionner en cohérence avec des principes proposés par décret ministériel, il est vrai, mais qui, ne l'oublions pas, visent la promotion de la santé de l'enfant et de l'adolescent.

On ne change pas de pratique, on change de philosophie de travail.

Propos recueillis par **Sylvie Bourguignon**

Contact : *Marie Ledoux-Courcelle, coordinatrice pédagogique des formations PSE, Service Education pour la santé Croix-Rouge, Place Brugmann, 29, 1050 Bruxelles. Tél.: 02-349 55 86. Fax : 02-343 89 90*

Concertations et collaboration avec les équipes PMS

Le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école, dit « décret PSE », prévoit en son article 10 une étroite collaboration entre les Services PSE et les Centres PMS. Celle-ci se concrétisera notamment sous forme de concertations définies par l'arrêté d'application du 17 juillet 2002.

Cette collaboration a été et est toujours effective et très étroite dans les Centres PMS organisés par la Communauté française puisque ceux-ci ont intégré, dès leur création, les missions IMS puis PSE et les missions PMS.

Dans les réseaux subventionnés, la collaboration entre les deux services était, sous l'égide de la loi sur l'IMS, beaucoup plus distante et souvent limitée à un échange d'informations médicales concernant les élèves. Cependant, les expériences réalisées lors de la rénovation desdits services et les expériences particulières de coordination SPSE / CPMS actuellement mises en place dans certaines régions ont renforcé les liens et favorisé le rapprochement professionnel. Mais il faut bien reconnaître que ces expériences étaient une question de personnes puisqu'elles étaient lancées sur base volontaire.

Le nouveau décret officialise la nécessaire collaboration entre les Services PSE et les Centres PMS subventionnés, voire avec les

Centres PMS organisés par la Communauté française lorsque ces derniers desservent des populations scolaires des réseaux subventionnés.

L'arrêté d'application du 17 juillet 2002 en fixe des modalités pratiques soit obligatoires, soit recommandées.

Indépendamment du contenu concret de ces textes législatifs, la volonté de collaboration étroite exprimée par le législateur m'amène à des considérations d'ordre général. Celles-ci sont d'autant plus importantes que la nouvelle définition de la santé n'est plus limitée au concept de la santé physique. Il s'ensuit que le recouvrement partiel des missions PSE et des missions PMS, le fait que les deux services s'adressent aux mêmes consultants et qu'ils collaborent avec les mêmes parents et les mêmes partenaires scolaires, parfois aussi avec les mêmes partenaires extérieurs, sont des sources de confusion de rôles, voire de conflits entre les travailleurs et d'embrouillamini pour les consultants et les partenaires.

Avant donc d'appliquer sur le terrain les mesures pratiques décrites dans l'arrêté d'application, il me paraît nécessaire et indispensable de passer par une étape préalable de rencontre et de réflexion commune entre les SPSE et CPMS concernés et portant sur

- la (re)découverte des travailleurs des deux services ;
- la clarification des missions et des rôles des deux services et de chaque travailleur en particulier ;
- la mise en évidence des missions et des activités communes et des missions et des activités propres à chaque service ;
- l'organisation et la mise en place des modalités de relations communes avec les partenaires scolaires ;
- la définition et la mise au point des modalités de réception des demandes et de leur traitement (qui fait quoi). Il est primordial de se mettre d'accord sur les demandes qui seront prises en charge par le SPSE et celles qui seront prises en charge par le CPMS, tant pour ce qui est des missions communes que des missions différenciées. Une information claire et précise des consultants et des partenaires scolaires sur le « qui fait quoi » devra être mise en place afin d'aider les élèves, les familles et les enseignants à choisir l'interlocuteur adéquat et afin d'éviter les imbroglios et les pertes de temps ;
- la responsabilité de chacun des gestionnaires des services (médecin responsable PSE et direction PMS) tant à l'égard des personnels que vis-à-vis des activités communes à mettre en place.

Programme commun

La seconde étape me paraît devoir être la définition du programme d'activités communes. En effet, la participation de l'équipe PMS à ces activités n'est pas un automatisme mais le résultat d'une réflexion commune sur les besoins des populations scolaires desservies, sur les objectifs à atteindre en regard des missions des deux services impliqués et sur la réalisation pratique des activités communes.

Il est évident que le programme d'activités communes peut, selon son importance, s'étendre sur une ou plusieurs années scolaires.

La nécessaire concertation avec l'établissement scolaire ne peut elle aussi se concevoir qu'en partenariat SPSE /CPMS afin de garantir l'accord entre les différentes parties et la clarification des rôles de chacun.

La planification des activités sur l'année scolaire doit également faire partie d'une négociation annuelle préalable à la mise en route des activités. Je pense ici aux activités communes de promotion de la santé mais également aux activités différenciées qui s'interpénètrent comme, par exemple, la prévention à la charnière maternel-primaire.

Ce serait un non-sens que les activités médicales PSE et les activités de dépistage PMS développées à ce niveau ne soient pas coordonnées entre les deux organismes afin d'aboutir à une concertation SPSE / CPMS préalablement à l'élaboration de la synthèse tridisciplinaire des données demandée aux CPMS et suffisamment tôt dans l'année scolaire pour permettre la mise en place des remédiations qui s'imposent avant l'entrée dans l'enseignement primaire.

Avant de terminer cet article, qu'il me soit permis de revenir quelque peu sur les activités de promotion de la santé. Comme je l'ai dit, elles seront l'objet d'une attention particulière

quant à leur thème et aux implications qui en découlent afin de déterminer la participation ou non de l'équipe PMS.

L'hygiène dentaire et l'hygiène corporelle, par exemple, ne nécessitent pas la présence de l'équipe PMS s'il s'agit uniquement d'apprendre aux enfants la technique du brossage de dents ou les gestes pour bien se laver le corps. Par contre, si, au travers de ces animations, on touche aux habitudes de vie et aux principes éducatifs familiaux, l'équipe PMS est concernée.

Il en est de même pour les activités d'éducation sexuelle et affective ou de lutte contre les assuétudes : leurs implications psycho-socio-affectives rendent évidente la nécessaire collaboration avec l'équipe PMS. Encore faut-il s'entendre sur la signification de cette collaboration... S'agit-il d'animer l'activité ensemble ? Peut-être... S'agit-il de se répartir l'animation de l'activité et le suivi de l'activité ? Peut-être... S'agit-il de tout faire ensemble ? Peut-être...

Mais il s'agit certainement d'en discuter ensemble lors de l'émergence du projet à réaliser. Quel est l'objectif poursuivi ? Quel est son degré d'adéquation aux besoins des élèves ? Quel sera le degré d'implication demandé aux participants ? Quels en seront les effets supposés sur les élèves ? Quelles peuvent être leurs réactions éventuelles ? Quels sont les risques, notamment en termes d'effets pervers ? Comment concevoir l'animation ? Qui s'en chargera, seul(e) ou en partenariat ? Selon quelle technique ? Est-il nécessaire de mettre en place la possibilité d'un suivi des élèves après l'animation ? Une autorisation parentale doit-elle être demandée ? Quelle place accorder aux parents et aux enseignants autour de cette activité ? L'activité met-elle en cause l'éthique et les valeurs familiales et/ou scolaires ?

Autant de questions (et la liste n'est pas exhaustive) qui méritent une réflexion préalable...

De plus, avant de s'engager, les agents PMS devront s'assurer que ces activités recouvrent bien les spécificités des missions PMS. A titre exemplatif, la lutte contre la pédiculaire et les maladies transmissibles ainsi que la promotion et réalisation de la vaccination sont exclusivement du ressort et de la responsabilité des SPSE.

La personne privilégiée pour assurer le relais entre le Service PSE et le Centre PMS est l'infirmière PMS. Elle est responsable des données médicales que lui a transmises le Service PSE et il lui appartient de transmettre à l'équipe PMS, en termes compréhensibles par elle et adaptés à la situation scolaire, les informations qui sont indispensables à l'exercice correct des missions PMS. Le secret médical ne peut être une entrave à l'exercice des missions PMS.

Cependant, pour la négociation du programme d'activités communes de promotion de la santé et pour la négociation d'activités liées à des facteurs psycho-sociaux, il est recommandé qu'elle se fasse accompagner par l'un(e) de ses collègues PMS ou des deux, selon le cas.

L'inspection PMS est légalement au service du personnel PMS. Dans ce cadre-là, elle est disponible pour toute réflexion conjointe SPSE / CPMS à propos de la collaboration entre ces deux services.

Elle espère que cet article vous a intéressé(e) et vous aidera dans vos pratiques professionnelles...

Marguerite Lion-Delahaut, inspectrice coordonnatrice f.f. pour les Centres PMS

Adresse de l'auteur : rue de l'Espinée 1, 6222 Brye.

La nécessité d'indicateurs de santé globale en médecine scolaire

La pratique des *bilans de santé* réalisés dans le cadre de la médecine scolaire en Communauté française de Belgique pose depuis longtemps le problème de la pertinence des indicateurs utilisés pour rendre compte de *l'état de santé global des enfants et des adolescents*. C'est principalement en termes de morbidité que la santé est observée. Qu'en est-il du bien-être des élèves ?

Derrière un bilan somatique rassurant pour le médecin scolaire risque bien souvent de se cacher une réalité plus complexe. En témoignent de nombreux chiffres, comme ceux d'une enquête sur la santé mentale des jeunes qui rapportait 24% de symptômes dépressifs chez les adolescents scolarisés¹, ou ceux relatifs à la consommation toujours croissante de substances « addictives »²...

Par ailleurs, il n'existe pas de réels programmes *d'éducation pour la santé* dans nos écoles : les interventions sont ponctuelles et généralement centrées sur les besoins perçus par les professionnels.

Le décret relatif à la *Promotion de la Santé à l'Ecole* (PSE) entré en vigueur en Communauté française en septembre dernier devrait permettre de percevoir des change-

ments dans les pratiques et dans l'amélioration de la santé des jeunes, puisqu'il élargit les missions des équipes de médecine scolaire, dans une perspective de *santé globale*. Pour rappel, les principaux changements par rapport aux missions précédentes sont les suivants :

- introduction de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement favorable dans les écoles ;
- recueil standardisé de données sanitaires permettant de définir des priorités d'interventions ;
- amélioration du suivi médical des élèves.

Cependant, la mise en œuvre du décret pose un problème majeur : il est prévu que les programmes de promotion de la santé soient construits, pour chaque centre, à tra-

vers un « projet santé » basé sur les données sanitaires existantes et les besoins perçus par l'équipe de PSE et les enseignants.

Or les données recueillies en routine (déficiences visuelles ou auditives, statut vaccinal, caries dentaires, scoliose, etc.) ne rendent pas compte du point de vue des enfants et des adolescents sur leur santé, et on sait comme les besoins perçus par les professionnels (de l'éducation ou de la santé) peuvent être loin des préoccupations des élèves et parfois de leurs familles.

Si aucune analyse des besoins auprès des enfants et des adolescents n'est prévue, l'« éducation pour la santé » risque une fois de plus de se focaliser sur des problèmes qui sont plus les nôtres que les leurs... Si l'on veut promouvoir la santé à l'école, au-delà des constats concernant les problèmes de

santé et les comportements à risque des adolescents, il faudrait investiguer davantage le bien-être des enfants et des adolescents, et développer des indicateurs de santé « subjective », de manière à pouvoir concevoir des programmes et des pratiques reflétant et répondant mieux à leurs besoins.

D^r Florence Renard, Médecin scolaire et Assistante à l'Unité d'Éducation pour la santé, RESO, Ecole de Santé Publique, UCL.

¹ De Clerq et al., Enquête santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en région de Bruxelles-Capitale, PROMES – ULB, 1996, 25p.

² Piette et al., Vers la santé des jeunes en l'an 2000 ? Une étude des comportements et modes de vie des adolescents de la Communauté française de Belgique de 1986 à 1994, PROMES – ULB, 1997, 68p.

STRATÉGIE

Du CFES à l'Inpes : quels changements pour la prévention et l'éducation pour la santé en France ?

Le 4 mars 2002, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'Inpes, s'est substitué au Comité français d'éducation pour la santé. La création de cet établissement public, sous tutelle du Ministère de la santé, s'inscrit dans la loi relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

Cette transformation intervient dans un contexte marqué, depuis plusieurs années, par une demande d'évolution du secteur de l'éducation pour la santé. La Conférence nationale de santé de 1997 sollicitait l'intégration de l'éducation pour la santé dans un projet de loi d'orientation qui préciserait les compétences et organiserait les financements dans ce champ. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) d'octobre 1999 sur les conditions d'une évolution du statut du CFES préconisait notamment une meilleure définition de la politique de prévention par l'Etat et proposait la création d'une agence nationale en lien avec un réseau d'agences régionales en appui sur une évolution du CFES et de son réseau. En février 2001, le Plan national d'éducation pour la santé (Pneps), véritable cadre stratégique de développement durable de ce champ, était présenté au

conseil des ministres par le Ministère délégué à la santé.

Sept tâches pour trois missions

Les principales missions confiées à l'Inpes, fortement liées aux axes stratégiques proposés par le Plan national, sont :

- la mise en œuvre de programmes de prévention et d'éducation pour la santé ;
- le conseil et l'expertise en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- le développement, sur tout le territoire, de l'éducation pour la santé, y compris de l'éducation thérapeutique, comme une mission de service public répondant à des normes quantitatives et qualitatives.

En vue de l'accomplissement de ses missions, l'Institut doit :

- constituer un réseau national documentaire : spécialisé sur les théories et pratiques relatives aux domaines de la prévention et de la promotion de la santé, ce réseau est ouvert au grand public, aux associations et aux professionnels et met à leur disposition des supports d'information, des outils pédagogiques et méthodologiques d'éducation pour la santé ;
- établir, en lien avec les professionnels

concernés, des critères de qualité pour les actions, les outils pédagogiques et les formations d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique, développer, valider et diffuser des référentiels de bonnes pratiques dans ces domaines ;

- émettre des avis à la demande du ministre chargé de la santé, ou des ministres concernés, sur tout outil ou programme de prévention et de promotion de la santé ;
- concevoir et produire les différents supports des programmes nationaux de prévention, notamment les documents d'information, outils pédagogiques et campagnes de communication ;
- identifier, soutenir et réaliser des formations, études, recherches, et évaluations en rapport avec ses missions ;
- accréditer des organismes de prévention et de promotion de la santé, publics et privés, qui en font la demande, sur la base d'un cahier des charges rendu public ;
- participer à l'action européenne et internationale de la France, notamment au sein des organismes et réseaux internationaux chargés de développer l'éducation thérapeutique, l'éducation pour la santé, la prévention et la promotion de la santé.

Une reconnaissance pour l'éducation pour la santé

Par rapport au CFES, la création de l'Inpes et les missions qui lui sont confiées, constituent une avancée significative en termes de santé publique et d'éducation pour la santé.

La prévention et l'éducation pour la santé accèdent à une reconnaissance législative à travers leur inscription dans le code de la santé publique, dans un nouveau chapitre relatif à la prévention : les actions d'éducation pour la santé y sont présentées comme une des modalités d'intervention de la politique de prévention.

Le CFES était une association à but non lucratif. L'Inpes est un établissement public administratif. Ce changement de statut institutionnalise l'éducation pour la santé et lui fournit des moyens pérennes d'action. Il s'accompagne néanmoins de la perte d'une certaine souplesse au plan administratif et financier, notamment parce que l'Institut est dorénavant soumis au Code des marchés publics.

La reconnaissance de l'éducation pour la santé comme une mission de service public confère également à l'Inpes une légitimité et des moyens que n'avaient pas le CFES et son réseau pour développer une infrastructure de base en éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire, y compris en éducation thérapeutique du patient.

La mise en place d'une mission de service public passe par l'accessibilité géographique et sociale des services d'éducation pour la santé, par leur pérennité et par leur qualité. Cette mission permet ainsi, au sein des programmes menés par l'Inpes, un rééquilibrage entre les actions de commu-

nication et l'appui aux actions de proximité. La définition de critères de qualité des services et des actions en éducation pour la santé induit également une forte légitimité de l'Inpes pour développer la formation des professionnels relais ainsi que la recherche, appliquée à la pédagogie de la santé.

L'articulation entre niveaux national et local

Des incertitudes demeurent cependant sur la structuration de l'éducation pour la santé sur le territoire. Pour remplir ses missions, la loi prévoit que l'Institut dispose de délégués régionaux. Ces derniers n'ont pas encore été mis en place. Le projet de loi de programmation quinquennale en santé publique qui sera présenté au parlement ces prochains mois, devrait clarifier cette question et plus largement celle de l'articulation national/local dans le cadre des politiques de santé. Les schémas régionaux d'éducation pour la santé, en cours d'élaboration, devraient également contribuer à la structuration de l'éducation pour la santé sur le territoire.

L'ancien réseau du CFES, celui des 108 comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé, représente pour l'Institut un partenaire privilégié dans la mise en œuvre d'une mission de service public en éducation pour la santé. Il est en effet le principal réseau spécialisé en éducation pour la santé généraliste en France, il réalise les missions de base en éducation pour la santé (documentation, formation, actions de terrain, appui méthodologique), il remplit une mission d'intérêt général en lien avec les Directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales et en partenariat avec les acteurs locaux, et il a poursuivi ces dernières années,

avec le CFES, une démarche qualité reposant sur un agrément des structures et la formation des personnels.

Ces atouts font du réseau des comités l'ossature locale et régionale naturelle, d'une mission de service public en éducation pour la santé. Avec la disparition du CFES, ce réseau s'est organisé récemment en Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnesc). Les modalités d'une étroite collaboration entre l'Inpes et cette fédération, seront définies courant 2003.

Si l'institutionnalisation de l'éducation pour la santé est une avancée significative en termes de reconnaissance de ce champ, d'importantes étapes restent à franchir. La reconnaissance de l'éducation pour la santé est intimement liée à la reconnaissance d'un métier (voire de plusieurs métiers) et, pour ce faire, à l'existence d'une formation diplômante, ce qui n'est pas encore le cas en France. Fort de son expertise, l'Inpes peut œuvrer dans ce sens. Charge à lui de mieux faire connaître l'éducation pour la santé à ses partenaires et de faire la preuve de la pertinence de l'éducation pour la santé telle que définie dans le Plan national, à savoir comme une dimension essentielle de la politique de santé, « aidant chaque citoyen à acquérir tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité ».

Michelle Perrot, chargée de mission à la Direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

LOCALE

Les généralistes carolos et le dépistage

Introduction et méthodologie

L'ASBL Carolo Prévention Santé, le Centre de Dépistage des Cancers du CPAS de Charleroi, la Société Scientifique de Médecine Générale et la Fédération des Associations de médecins Généralistes de Charleroi (FAGC) ont mis en place un projet de « développement du dépistage des cancers féminins auprès des populations fragilisées de Charleroi ».

La focalisation sur le public fragilisé est ins-

pirée de plusieurs études qui ont bien démontré qu'il existait une augmentation de l'incidence de certains cancers (comme celui du col de l'utérus) dans les populations fragilisées. Cela peut s'expliquer par la présence de facteurs de risque favorisant cette affection, par une réticence au dépistage et aussi par l'absence de dépistage adéquat.

Le but ultime de ce projet est d'augmenter la couverture des examens de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. D'une

part, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme (1/3 des cancers); d'autre part, des études épidémiologiques ont montré qu'à Charleroi, il y avait une surmortalité par cancer du col de l'utérus.

Pour ce faire, le projet développe trois axes simultanés :

- la recherche des freins et leviers à un dépistage systématique dans les populations fragilisées;
- l'information/sensibilisation du public

concerné et du public relais (assistantes sociales, infirmières à domicile, etc.);
- la sensibilisation des médecins généralistes au suivi des pratiques de dépistage.

Une des actions réalisées dans le cadre de ce projet est une enquête sur les habitudes de prescription, par les médecins généralistes, des examens de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus.

Les objectifs de cette enquête étaient :
- connaître les habitudes de prescription des frottis du col et de mammographies ;
- découvrir les freins et leviers possibles à la réalisation de ces prescriptions ;
- augmenter la sensibilisation des médecins généralistes aux dépistages des cancers du col et du sein.

Un groupe de travail composé de médecins généralistes, d'un gynécologue, d'une oncologue et d'une licenciée en éducation pour la santé s'est réuni pour mettre au point le questionnaire d'enquête sur base de celui produit précédemment par l'École de santé publique de l'ULB et la Fédération des maisons médicales.

Ce questionnaire a été envoyé aux 434 médecins généralistes constituant la banque de données de la FAGC en mars 2002. Plus de deux cents questionnaires nous ont été retournés dûment complétés, ce qui donne un taux de réponse de 55 %. Ce taux est jugé exceptionnel puisque le taux moyen de réponse à un mailing personnalisé sur fichier ciblé oscille entre 0,6 et 4,2 %!

Les médecins généralistes qui ont répondu sont majoritairement de sexe masculin (75,3 %). Cependant, en comparaison de la répartition par sexe du fichier FAGC, 66 % des médecins généralistes femmes ont répondu à l'enquête contre 52 % des médecins généralistes hommes.

Résultats

Pour ne pas alourdir la lecture des résultats, nous avons fusionné les réponses par sexe et par type de dépistage, sauf si cette distinction apporte des éléments de réflexion.

Attitude face au dépistage des cancers féminins

Les médecins généralistes femmes semblent avoir une attitude plus active en ce qui concerne le dépistage du cancer du col puisque 50 % répondent proposer systématiquement le dépistage à leur clientèle pour seulement 20 % des hommes. A charge de ces derniers, 65 % déclarent demander ce dépistage régulièrement.

Pour ce qui est du dépistage du cancer du sein, 43 % des généralistes le demandent systématiquement et 50 % le

demandent régulièrement.

Inscription des résultats dans le dossier

Plus de 87 % des répondants inscrivent les résultats dans le dossier de leur patiente.

Utilisation d'un échéancier

60 % des généralistes masculins n'utilisent pas d'échéancier pour 40 % de leurs consœurs.

Procédure de rappel à l'échéance

En cas d'utilisation d'un échéancier, plus de 80 % des répondants attendent la prochaine consultation. Cette procédure de rappel reste somme toute assez « passive ».

Dépistage abordé quel que soit le motif de la consultation

25 % des répondants abordent le sujet du dépistage du cancer du col utérin quel que soit le motif de la consultation de la patiente. Pour le dépistage du cancer du sein, la proportion monte : 63 % des généralistes femmes et 39 % des hommes abordent le sujet systématiquement.

De 30 à 40 % des médecins généralistes n'abordent jamais le sujet s'il n'est pas le motif de la consultation.

Attitude préventive lors des visites à domicile

Cette attitude est moins active qu'au cabinet de consultation quel que soit le sexe du répondant et le type de dépistage. Les raisons évoquées sont l'absence de dossier lors des visites à domicile ; le lieu inapproprié ; le manque de temps et le contact différent à domicile par rapport au cabinet de consultation.

Demande d'examen de dépistage occasionnel

L'initiative vient du médecin lui-même dans plus de 65 % des cas, puis de la patiente (plus de 25 % des cas), le restant étant incité par les campagnes.

Les 5 raisons principales de ne pas prescrire les examens de dépistage systématiquement

Ce sont, par ordre décroissant de priorité :
- le suivi régulier des patientes par un gynécologue ;
- le motif de la consultation ne permet pas d'aborder le problème ;
- le manque de temps lors des consultations ;
- la proposition systématique mal perçue par la patiente ;
- les refus fréquents de la part des patientes.

Que pensent les médecins généralistes des recommandations européennes pour le dépistage des cancers du sein?

Pas de mammographie avant 50 ans

Plus de 60 % des répondants considèrent que cette recommandation n'est pas tenable.

Les raisons invoquées sont les suivantes :

- plus de 40 % des généralistes ne sont pas d'accord avec cette recommandation ;

- plus de 25 % des répondants jugent la pression de la demande des patientes trop importante ;
- de 14 à 21 % considèrent que cette recommandation n'est pas applicable dans leur pratique individuelle.
- de 6 à 10 % prescrivent des mammographies avant 50 ans sinon ils pensent qu'un autre praticien le fera de toute façon.

Mammographie tous les deux ans pour le 50 – 69 ans

Plus de 70 % des répondants jugent cette recommandation applicable en médecine générale.

Attitude face à un examen radiologique anormal

- plus de 45 % de l'échantillon font confiance au radiologue ;
- 20 % demandent une deuxième lecture des clichés ;
- 10 % prennent contact avec le radiologue ;
- 14 % envoient leur patiente chez un gynécologue ;
- 7 % se fient à leur propre lecture des clichés ;
- 3 % montrent les clichés à un autre radiologue.

Enfin, les médecins généralistes attendent des radiologues un bilan sénologique complet (39 à 47 % des cas) ; une double lecture des clichés (33 %), un bilan radiologique (20 à 29 %).

Que retenir de cette enquête ?

En résumé, outre une bonne participation des médecins généralistes de l'entité carolo-régienne à l'enquête (55 %), les généralistes femmes semblent plus concernées par le dépistage des cancers féminins (66 % des femmes contre 52 % des hommes). Le dépistage du cancer du sein est plus systématique que celui du col utérin. L'attitude préventive des généralistes est moins active lors des visites à domicile qu'au cabinet de consultation. L'initiative du dépistage revient dans la majorité des cas aux médecins eux-mêmes, mais dans 25 % des cas, la demande émane de la patiente. L'impact des campagnes est modeste.

La majorité des médecins généralistes considère que la recommandation européenne de ne pas prescrire de mammographie avant 50 ans n'est pas tenable dans la pratique de médecine générale.

Enfin, les généralistes attendent des radiologues un bilan sénologique complet.

En conclusion, ces résultats ont interpellé les médecins à l'origine de cette enquête et en réponse à celle-ci, des actions vont être menées dans le courant 2003 :

- organisation d'une conférence sur la médecine préventive dans la pratique quotidienne des médecins généralistes;
- réalisation et diffusion d'outils de communication simples et attrayants (dépliant et affiche);
- et enfin l'envoi d'un rappel systématique, aux médecins généralistes, de l'intérêt de

pratiquer un dépistage régulier.

Michèle Lejeune, coordinatrice de projets ASBL Carolo Prévention Santé,
D^r Fabienne Bastin, oncologue, Centre de dépistage des cancers du CPAS de Charleroi,
D^r Jean-Pierre Rochet, médecin généraliste, Président FAGC.

Si vous souhaitez obtenir le rapport complet de cette enquête vous pouvez le demander au 071-92 53 51 ou en écrivant à carolo.preventionsante@pi.be

Cet article est paru aussi sous une forme légèrement différente dans *Le Stéthoscope* de décembre 2002.

MATÉRIEL

Contraception, une nouvelle brochure pour les jeunes

Le Sips, le planning familial pour jeunes situé à Liège, a réalisé une nouvelle brochure sur la contraception conçue pour et avec des jeunes.

L'idée de réaliser un tel document est partie du constat qu'il n'existait plus en Communauté française de document actualisé sur le sujet.

Les enquêtes récentes effectuées auprès de la population jeune ainsi que les contacts quotidiens des travailleurs du Sips ont poussé le planning liégeois à diffuser une information précise dans ce domaine (constat d'augmentations du nombre de grossesses non désirées, échecs de la contraception, etc.).

Le projet s'est élaboré autour des axes suivants :

- rendre la brochure la plus attractive possible en élaborant des textes courts, en faisant une large place à l'image et à l'humour et en insérant des témoignages de jeunes sur le 'vécu de la contraception';
- associer un groupe de jeunes (de 17 à 23 ans) comme partenaires dans l'élaboration de la brochure;
- collaborer avec des partenaires travaillant dans le secteur du planning familial de manière à refléter le plus largement possible la pratique dans ce domaine.

La brochure commence par quelques textes qui ne 'tourment pas autour du pot' sur la fécondation, la visite chez un gynécologue et les méthodes peu fiables du retrait et des calculs. Elle s'attaque ensuite aux divers moyens contraceptifs existant sur le marché en n'omettant jamais de préciser lesquelles offrent ou n'offrent pas de protection contre les MST. On y trouve des infos très précises sur la bonne utilisation, les avantages et les inconvénients de la pilule, des préservatifs, du stérilet, de l'implant, du patch, de l'an-

La sortie de cette brochure sur la contraception est aussi l'occasion, pour tous ceux qui s'intéressent à la sexualité des jeunes, de lire le recueil de documents sur les 'Grossesses à l'adolescence', un travail réalisé en commun avec l'ULB-Promes, l'UCL-RESO et le CLPS de Bruxelles et en collaboration étroite avec les centres PMS-Cocof et le Cedef.

Grossesses à l'adolescence, recueil documentaire n° 8, 147 pages. Diffusion par UCL-RESO, av. Mounier 50, 1200 Bruxelles au prix de 13,2 €. Tél.: 02-764 50 37.

neau vaginal, du préservatif féminin.

Des témoignages sur le vécu et les interrogations des jeunes sont également repris. On y parle aussi de la pilule du lendemain, de l'IVG, des MST, du sida et du désir d'enfants.

Un lexique et une série de coordonnées utiles clôturent ce document pratique qui a su trouver le juste ton pour parler de contraception aux jeunes avec respect. Cette mine d'informations donne aux lecteurs une bonne connaissance du sujet qui devrait leur permettre de développer une réflexion sur leurs pratiques sexuelles et les responsabilités que chacun a envers sa vie et celle des autres.

La brochure est conçue pour donner la possibilité à chaque jeune, en fonction de son âge et de ses intérêts, d'y puiser les informations qui sont pertinentes pour lui.

Elle peut être lue individuellement, mais peut également être un support pour une animation.

Au niveau de la diffusion, cette brochure est tirée à 50.000 exemplaires (premier tirage) et sera diffusée dans toute la Communauté française par les canaux habituellement utilisés pour toucher les jeunes : ensei-

gnants, éducateurs, centres de plannings familiaux, centres locaux de promotion de la santé, centres PMS...

La brochure est réalisée grâce à l'aide du Ministère de la Communauté française, Direction générale de la santé.

Le Sips en quelques mots

Le Sips, centre de planning familial de Liège, a pour objectifs d'écouter les jeunes et de mettre à leur disposition un certain nombre de services (gynécologie, psychologie, juridique...), et de les aider à trouver les outils nécessaires à l'apprentissage de leur autonomie et à l'affirmation de leur identité.

Environ 10.000 jeunes de 13 à 25 ans s'y rendent chaque année.

On peut y passer un test de grossesse, recevoir la pilule du lendemain, faire un test de dépistage.

Les jeunes peuvent également y trouver des documents pour réaliser un travail scolaire sur le sida, la contraception, l'avortement, la maltraitance, l'homosexualité...

Ce planning assure également des animations dans les écoles et les centres de jeunes. Il est donc en contact permanent avec des professeurs, des centres PMS, des mouvements et associations de jeunesse, des animateurs.

C'est aussi un lieu pour rencontrer le Chel (jeunes homos liégeois), parler de son homosexualité, rencontrer d'autres jeunes homosexuel(le)s, rompre l'isolement, participer à des activités culturelles et ludiques. Le Chel tient une permanence tous les jeudis (même fériés) de 17h30 à 19h30.

SB

La brochure 'La contraception' est disponible gratuitement sur simple demande au : Sips, rue Sœurs de Hasque 9, 4000 Liège. Tél.: 04-223 62 82. Il est possible de la télécharger sur le site : www.sips.be

La douleur : comprendre, soigner, éduquer ?

Une bibliographie commentée de la base de données DOCTES, UCL-RESO

Plainte, souffrance, douleur... Des mots auxquels on ne s'habitue jamais.

Chacun de nous en a fait un jour l'expérience et a pu mesurer ainsi combien cela pouvait être inquiétant, angoissant voire insupportable.

Avec ces mots – mais ne devrait-on pas dire ces maux –, le champ de la santé dépasse le domaine purement médical pour s'élargir à de nombreuses disciplines comme la psychologie, la psychiatrie, la kinésithérapie, l'hypnose, l'anthropologie.

Si la plainte est une expression – émise ou contenue – de la douleur ou de la souffrance, comment pourrait-on définir la douleur ?

Si l'on s'en tient uniquement à la définition d'un dictionnaire de psychologie¹, « la douleur est l'expérience sensorielle et affective négative provoquant des comportements d'évitement et la suppression des conditions qui lui ont donné naissance ». En cherchant un peu plus, il a bien fallu se rendre compte que chaque auteur avait sa propre définition.

Parmi plusieurs ouvrages, le livre de la psychiatre Anita Violon, « La douleur rebelle »² a été retenu parce qu'il aborde bien la définition et tous les aspects de la douleur. En voici un extrait : « L'homme qui souffre est avant tout un homme qui dit souffrir. Toute douleur, quelle qu'en soit l'origine, est dans un premier temps un vécu et un signifié, pour devenir, dans un second temps, un objet de communication... Neurophysiologistes et chercheurs ont mis l'accent sur deux composantes, physique d'une part, psychique de l'autre... Comme toutes les perceptions, la douleur est subjective, individuelle, et modifiée par les niveaux d'attention, le conditionnement et l'expérience passée ; elle est un phénomène de conscience qui dépend de l'état émotionnel de l'individu et de sa psychologie. »

Un apport de connaissances sur la douleur, qu'elle soit chronique ou non, paraît essentiel pour les professionnels de la santé afin d'assurer une meilleure prise en charge thérapeutique ou éducative. En effet, il existe actuellement divers moyens de soulager la douleur. En y ayant accès, les patients parviennent à davantage gérer leur autonomie. Pour cela, ils doivent avoir la possibilité d'une part d'exprimer leur douleur, d'autre part de trouver écoute et information

auprès de professionnels eux-mêmes formés à cette problématique.

Pour faire une recherche bibliographique sur le sujet dans la base de données DOCTES (base de données partagée du RESOdoc, service de documentation de l'unité RESO à l'UCL), les mots-clés suivants ont été introduits en trois étapes successives : PLAINTÉ, SOUFFRANCE, DOULEUR.

Les références récoltées sont au nombre de 47 pour le mot-clé 'plainte', 116 pour 'souffrance', et 323 pour 'douleur'. Ces documents (livres, articles, chapitres, brochures, mémoires...) s'adressent à différents publics tels que scientifique, intervenant, tout public.

Vu le nombre de références obtenues, le choix s'est porté uniquement sur le mot-clé 'douleur'. Le nombre de réponses laisse évidemment entrevoir toute la complexité de ce problème et tous les domaines biopsychomédicaux y afférant. Dès lors, il a été décidé de limiter la recherche d'une part, à des documents édités après 1997, et d'autre part, en langue française pour faciliter l'accessibilité d'un plus grand public lecteur d'*Education Santé*.

112 réponses ont encore été récoltées. Ce chiffre s'explique en partie par le fait que dans DOCTES, les ouvrages collectifs ou les revues sont analysés chapitre par chapitre, article par article.

Faute de place, il a fallu évidemment effectuer une sélection de ce qui nous semblait le plus représentatif.

Tous ces documents sont bien entendu disponibles, consultables, et souvent empruntables, au RESOdoc ou dans les centres partenaires de DOCTES. La cote de localisation se trouve en fin de chaque référence.

FERRAGUTE. (2001), *Psychopathologie de la douleur: évaluation, thérapies, prévention*, Masson, Paris, 146 p. (Cote RESO WA.13.06.04)

L'auteur, psychiatre et psychanalyste, travaillant dans un centre antidouleur, veut présenter dans cet ouvrage, les différentes problématiques spécifiques à la psychopathologie de la douleur avec, d'une part, les stratégies d'intervention, et, d'autre part, les choix thérapeutiques.

Elle propose une réflexion théorique sur l'évaluation des processus psychiques, les modèles thérapeutiques et les possibilités de prévention de la douleur. Sont ainsi abordés des

thèmes tels que : l'évaluation des processus psychiques et de l'anxiété chez l'enfant et l'adulte, les enjeux éthiques qui en découlent, l'intérêt des épreuves projectives, l'évaluation du rôle des psychothérapies, l'apport des théories de la communication. Un chapitre est consacré à l'évaluation de la qualité de vie en soins palliatifs et l'incidence sur le devenir psycho-affectif du patient en fin de vie.

Cet ouvrage s'adresse à tout praticien, médical ou paramédical, s'intéressant à la douleur (somaticiens, algologues, psychiatres, infirmières...) ainsi qu'aux étudiants.

METZGER C., MULLER A., SCHWETTA M., WALTER C. (2000), *Soins infirmiers et douleur: évaluation de la douleur, modalités du traitement, psychologie du patient*, Masson, Paris, 253 p. (Cote RESO WA.13.06.03)

Pour permettre aux infirmiers d'acquérir et/ou de perfectionner leur savoir dans la prise en charge des patients qui souffrent, cet ouvrage réunit les connaissances issues d'une riche expérience sur le terrain. Il décrit les techniques antalgiques et les modalités d'évaluation et de surveillance de l'efficacité et des effets secondaires, apporte des exemples cliniques, présente des grilles d'évaluation de la douleur, décrit la psychologie des patients, en s'articulant autour des objectifs suivants : connaître la physiopathologie et la sémiologie de la douleur, savoir procéder à une évaluation pertinente des douleurs, comprendre les personnes qui souffrent, améliorer les soins.

VASSORTE E., LE GALL J. (2003), *Douleur: programme d'amélioration de la qualité*, Masson, Paris, 119 p. (Cote RESO WA.13.06.05)

Tout soignant est confronté quotidiennement à la douleur des patients. Face à cette situation, des actions individuelles ou d'équipes sont entreprises pour tenter d'apporter une réponse, se heurtant très souvent à des problèmes de gestion. Cet ouvrage se définit comme un guide de mise en œuvre de programme d'amélioration de qualité (PAQ) pour la prise en charge des patients douloureux, à partir de l'expérience acquise par les établissements de santé. Après avoir exposé les concepts de base et les outils de démarche, les étapes de la mise en œuvre d'un 'PAQ douleur' sont décrites point par point en s'appuyant sur le vécu de terrain. Ces programmes élaborés et évalués par des experts évoluent grâce à la

participation active des équipes impliquées.

Dossier sur les douleurs chroniques (2001), Bulletin d'Éducation du Patient, vol.20, n°2-3, 78 p. (Cote RESO B.01, CEP)

Le Centre d'éducation du patient a coordonné un numéro spécial de sa revue consacré aux douleurs chroniques qui constituent un syndrome et non plus un symptôme. Ce dossier, auxquels collaborent une trentaine d'auteurs, tente de réunir un certain nombre de données sur tous les aspects du sujet.

La définition de la douleur chronique et les possibilités d'évaluation sont le point de départ de cette approche. Ensuite sont abordés les deux pathologies douloureuses les plus fréquemment rencontrées en Europe, à savoir la lombalgie et les céphalées. Plusieurs spécialistes présentent les possibilités thérapeutiques qu'ils peuvent offrir dans une perspective de pluridisciplinarité et de participation active du patient. Ensuite, plusieurs traitements appelés alternatifs ou non pharmacologiques comme l'hypnose, l'acupuncture, les massages... sont présentés.

Les articles sur l'éducation du patient et sur l'automédication soulignent l'importance pour le public et les patients de développer des connaissances et des compétences en vue d'une prise en charge responsable de leur santé et de leur douleur, et ce, avec l'aide des professionnels de santé.

GODARTE. (1999), Analyse de situation visant à améliorer la qualité de vie de l'enfant et de sa famille dans un service d'oncologie pédiatrique, mémoire non publié, UCL, Unité RESO, Louvain-en-Woluwe, 139 p. (Cote RESO A.07.02.176)³

Ce mémoire se situe dans une perspective de recherche. Il a pour objet de s'interroger sur la pertinence et la faisabilité d'un projet éducatif au sein d'un service d'oncologie pédiatrique et de voir quelles seraient les actions prioritaires à mettre en place. Il a pour but l'amélioration de la qualité de vie des enfants et des familles au sein de ce service ainsi qu'à leur domicile.

OMS (1999), Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs chez l'enfant, OMS, Genève, 87 p. (Cote RESO WA.29.06)

Cet ouvrage s'adresse principalement aux agents de santé spécialisés dans les soins aux enfants atteints de cancer. Il expose de façon très détaillée l'utilisation d'analgésiques et de thérapies adjuvantes des autres symptômes liés au cancer et à son traitement. L'accent est mis sur une approche holistique, le traitement de la douleur n'étant pas envisagé isolément mais en tant que composante de soins palliatifs complets.

Base de données consultable en ligne

L'édition mise à jour de la base de données Doctes en promotion de la santé vient de sortir sur cédérom. Ce n'est pas une première, mais c'est aussi déjà une dernière ! En effet, compte tenu de la généralisation de l'accès à l'internet et de son intégration croissante dans la logique professionnelle, les gestionnaires de la base ont émis l'hypothèse que le cédérom n'était peut-être plus l'outil idéal pour consulter ce genre de ressources.

Après une évaluation en décembre 2002⁴, ils ont opté pour la consultation directe en ligne, qui répondrait mieux aux besoins des utilisateurs et offre des informations plus fraîches (mise à jour mensuelle).

Bref, plutôt que de promouvoir le cédérom, nous vous invitons à fréquenter l'adresse suivante :

www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso Vous y trouverez la base Doctes, mais aussi l'annuaire des équipes Quisante, et d'autres informations intéressantes sur les activités de formation et les publications de l'Unité RESO de l'UCL.

Nous reviendrons largement sur cette évolution dans un prochain numéro.

La nécessité de reconnaître les besoins psychologiques, sociaux et spirituels des enfants, d'apaiser leurs craintes et de répondre à leurs questions est soulignée, de même que l'intérêt de la participation des membres de la famille au traitement et au soutien de l'enfant. Cet ouvrage traite également des questions telles que l'éducation des professionnels de la santé, l'information du public et la réglementation de la distribution et de la prescription des analgésiques opioïdes. Il s'adresse donc également aux responsables politiques et aux législateurs.

BOLLYC., VANHALEWIJN M. (2001), Aux sources de l'instant: manuel de soins palliatifs à domicile, Veyrich Edition, Neufchâteau, 235 p. (Cote RESO WA.29.01.09)

La démarche diagnostique, la stratégie d'intervention, l'importance de l'écoute active et la réflexion éthique ponctuent l'approche des différents symptômes abordés dans la première partie de cet ouvrage.

La seconde partie complète la première en insistant sur certaines compétences techniques, relationnelles et éthiques. Face à la souffrance et parfois à la solitude des patients qui demandent de les accompa-

gner, on s'aperçoit qu'il est difficile d'aider cette souffrance à s'exprimer par la parole mais aussi de trouver les mots justes pour ouvrir un dialogue. C'est dans l'apprentissage exigeant d'une écoute sans projet et sans jugement que l'on peut s'y préparer. Comme une suite logique à cette écoute, la réflexion éthique développée dans cet ouvrage veut faire reconnaître la liberté et la dignité de chaque être humain.

VIOLONA. (1997), L'absence, le corps, la douleur et l'hypnose in Cahiers de Psychologie clinique, n°8, pp. 255-261, (Cote NADJA.REV.28)

L'article survole diverses circonstances d'absence par manque, perte ou suppression. Sont envisagés brièvement l'absence ou la rupture de liens affectifs, l'isolation sensorielle, la mutilation corporelle, le manque précoce de gratification physique, en relation avec la douleur et la souffrance. Enfin, les ressorts de l'absence à soi-même et de la tendance dissociative sont abordés. Quant au volet thérapeutique, l'auteur prône l'absence mise en veilleuse momentanée du sens critique dans l'état hypnotique qui ouvre l'accès de l'inconscient à la suggestion thérapeutique.

ONGENAES. (1997), De la souffrance à la douleur chez l'enfant in Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, n°10, pp. 621-626 (Cote PMS-COCOF)

L'auteur s'intéresse à la souffrance de l'enfant au cours de tout développement dit normal. L'hypothèse est centrée autour de l'idée selon laquelle l'enfant pour grandir doit passer par le travail de souffrance. Si ce travail échoue, il risque d'occasionner la survenue de somatisations.

Pour toute information complémentaire sur la douleur, la souffrance, la plainte,... rappelez-nous que la base DOCTES – dont l'objectif est de fournir à tous une réponse précise concernant l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et l'éducation du patient – est consultable sur internet à l'adresse suivante :

<http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso>
Elle est mise à jour mensuellement.

Yvette Gossiaux, Karine Vertstraeten,
Documentalistes UCL-RESO

1 Grand dictionnaire de psychologie (1991), Larousse, Paris, p. 241.

2 VIOLONA. (1993), La douleur rebelle, Desclée de Brouwer, pp. 11-13 (cote RESO WA.13.06.01).

3 NB. Cinq autres mémoires abordant le thème de la douleur ont été réalisés dans le cadre de la licence EDUS mais sont antérieurs à 1997

4 Curieusement, l'évaluation du site de notre revue, réalisée au même moment, donne un résultat différent, avec seulement 25 % des lecteurs qui ont un accès professionnel ou privé à l'internet...

Santé**Bruxelles****16 juin 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 *Les étrangers, ressortissants des pays tiers : leurs droits en matière de santé*.

Lieu : Ministère de la Communauté française, bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles, local 4C104 (de 9 à 12 h 30).

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.*

Santé mentale**Louvain-la-Neuve****17 juin 2003**

Similes organise une rencontre sur le thème *Les relations entre équipe hospitalière et familles*, par M^{me} Françoise Theys et M^{me} Valérie Rosier, respectivement infirmière sociale et psychologue à la Clinique Sans Souci à Bruxelles.

Cela se passera le mardi 17 juin à 20 heures, à l'Hôtel Mercure, boulevard de Lauzelle 61, 1348 Louvain-la-Neuve.

Informations et inscriptions : *Similes Bruxelles, service psychosocial, rue Ducale 81, 1000 Bruxelles. Tél.: 02-511 99 99. Fax : 02-503 47 15. Courriel : bruxelles@similes.org Site : www.similes.org*

Assuétudes**Bruxelles****23 juin 2003**

Le Pélican ASBL organise un exposé interactif d'information-sensibilisation-éducation sur le thème *L'alcool - alcoolisation - alcoolisme; drogues : usage, abus, toxicomanies; polytoxicomanies; jeu pathologique; approche de la gestion des risques; approches résolutives; comment l'entourage et les intervenants peuvent-ils approcher la personne dépendante ?* Cet exposé est réservé aux intervenants et assimilés.

Cela se passera le 23 juin au 55 rue du Président, 1050 Bruxelles (de 13h à 16h30). P.A.F.: 10 €, 6 € pour les étudiants.

Uniquement sur réservation.

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

Site : www.lepelican.org

Tabagisme**Namur****23 et 24 juin, 19 et 26 septembre 2003**

Formation *Animateurs et formateurs à la prévention du tabagisme*, destinée aux éducateurs, enseignants, équipes PSE, PMS,

toutes personnes en interaction avec des jeunes, des milieux précarisés ou autres. Objectif : développer de nouvelles compétences pour favoriser la prévention du tabagisme auprès des jeunes, aborder la question du tabac d'une manière globale et interactive en allant à la découverte de plusieurs outils et discours de prévention du tabagisme, envisager une autre approche des jeunes et du tabagisme. Contenu : approche anthropologique du tabagisme, analyse des besoins chez les jeunes, aspects physiologiques du tabagisme, cycle du fumeur, conduite d'une animation, analyse et utilisation d'outils, concept de dénormalisation, principes de communication.

Dates : les 23 et 24 juin, les 19 et 26 septembre 2003.

Lieu : Centre Marcel Hicter à Wépion (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 : *rue de la Loi 30, 7100 La Louvière.*

Tél.: 064-27 79 66 - Fax : 064-27 80 80

Informations et contacts :

Axel Roucloux, tél. 081-81 36 97.

Courriel : axel.roucloux@skynet.be

Génétique**Avant le 30 juin 2003**

Les techniques de génétique humaine nous permettent aujourd'hui de dresser les cartes de nos gènes grâce à une série croissante de tests génétiques. De même, régulièrement, des chercheurs annoncent avoir découvert les bases génétiques d'une maladie connue. Comment notre société devrait-elle utiliser ou ne pas utiliser ces nouvelles techniques ? La Fondation Roi Baudouin pense qu'experts et décideurs ne doivent pas être les seuls à se poser cette question et à y répondre. C'est pourquoi elle a organisé au début de cette année la Conférence citoyenne sur les tests génétiques « Lire dans mes gènes ? ».

Elle lance maintenant un appel à projets pour soutenir la mise en place de débats contradictoires sur l'utilisation des tests génétiques, dans tous les secteurs de la société civile. L'appel s'adresse à toutes les organisations ou institutions non lucratives. L'aide financière accordée sera fonction de l'ampleur du projet, de son impact dans le public et des moyens dont disposent déjà le porteur du projet. Elle s'échelonne de 500 à 4000 €.

La date ultime d'introduction des dossiers de candidature est fixée au 30 juin 2003. Le résultat de la sélection du jury sera communiqué avant le 7 septembre 2003. Le projet définitif devra parvenir à la Fondation pour le 15 octobre et devra se concrétiser avant fin mars 2004.

Le dossier de candidature ainsi que les

publications « Lire dans mes gènes ? De question en question » et « Rapport final de la Conférence citoyenne » peuvent être commandés gratuitement au Centre de diffusion de la Fondation Roi Baudouin au 070-233 065 ou à l'adresse proj@kbs-frb.be

Tous ces documents sont également téléchargeables à partir du site www.mesgenes.be

Tabagisme**Namur****21 et 28 octobre, 18 novembre et 2 décembre 2003**

Formation *Personnes ressources à la dynamique de groupe et à la gestion du tabagisme et du bien-être* destinée aux infirmières, kinés et autres para-médicaux, éducateurs, enseignants, responsables d'équipe ou de projet, les conseillers en prévention et toutes personnes confrontées au tabagisme et qui souhaitent mieux le comprendre.

Objectifs : permettre à des professionnels (kiné, médecins, infirmières, enseignants, psychologues, parents,...) de mieux comprendre le tabagisme, d'en percevoir tous les enjeux pour être plus efficace dans leur pratique professionnelle lorsqu'ils abordent le tabac, définir le rôle du professionnel de la santé dans une démarche de promotion de la santé centrée sur l'individu et son bien-être plutôt que sur le produit, constituer un réseau de personnes ressources en Communauté française. Méthode : exposés théoriques en alternance avec mises en situation et exercices pratiques. L'interactivité entre les participants sera mise en avant pour permettre les échanges d'expériences et la construction d'un référentiel commun.

Dates : les mardis 21 octobre, 28 octobre, 18 novembre et 02 décembre 2003 de 09 h à 16 h.

Lieu : Centre Marcel Hicter à Wépion (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 : *rue de la loi 30, 7100 La Louvière.*

Tél.: 064 - 27 79 66 - Fax : 064 - 27 80 80

Informations et contacts :

Axel Roucloux. Tél. 081 - 81 36 97.

Courriel : axel.roucloux@skynet.be

Promotion de la santé**Melbourne (Australie)****Du 26 au 30 avril 2004**

La XVIII^e conférence mondiale en promotion de la santé et en éducation pour la santé aura lieu l'année prochaine à Melbourne, du 26 au 30 avril 2004.

Le thème en sera : « *Valuing diversity, reshaping power : exploring pathways to health and*

wellbeing » qu'on pourrait traduire par « Exploration de voies vers la santé et le bien-être par l'évaluation de la diversité et le renforcement de la force »

L'appel à communication est lancé, vous pouvez consulter le <http://www.health2004.com.au> (en anglais) de la Conférence.

Environnement

Un nouveau site web est né dans le domaine de la santé et de l'environnement aujourd'hui, à l'initiative du groupe de travail au sein de la Fondation pour la Prévention des Allergies concernant les sensibilités chimiques.

Ce site renseigne donc sur les problèmes de santé et d'environnement ayant trait aux substances chimiques, complétant ainsi l'information donnée par le site de l'association (www.oasis-allergies.org).

Actuellement, ce site renseigne d'autres sites (et articles) traitant de la problématique ou pouvant fournir une information scientifique utile pour mieux la comprendre.

Ultérieurement, d'autres informations seront également reprises : informations au sujet de l'hypersensibilité chimique, détail des activités de notre groupe, services offerts aux particuliers et aux professionnels...

Pour accéder à cette masse d'informations (bien organisées cependant) :

<http://spreucov.ibelgique.com>

Contact : Alain Loriaux, Initiateur et animateur

du groupe SPREUCOV (sensibilités chimiques).

Courriel : spreucov@caramail.com

Emploi - demandes

■ Diplômée de l'Institut supérieur des hautes études de communication sociale, section éducation permanente et activités socioculturelles, et en possession d'un diplôme d'infirmière graduée A1, souhaite travailler dans un domaine où éducation à la santé et éducation vont de pair. Coordonnées : Caroline Guisset, avenue du Parc 159, 1190 Bruxelles, GSM : 0474-648852.

■ Licenciée en langues et littératures classiques, suivant actuellement un Diplôme d'études complémentaires en communication - médiation des savoirs (officiellement diplômée en janvier 2004, mais disponible dès septembre 2003), recherche un emploi dans le domaine de la conception et l'évaluation de médias éducatifs dans le domaine de la santé, ou plus généralement en communication dans une organisation d'éducation pour la santé.

Coordonnées : Pascale Dupuis, allées du Languedoc 61, 1140 Bruxelles. Tél.: 02-705 21 04. Courriel : pascaledupuis@hotmail.com

■ Journaliste ayant exercé dans différents quotidiens (La Wallonie, Le Matin, La Meuse) ainsi qu'en radio et en télévision.

Coordonnées : Christian Desloovere, rue Ernest de Bavière 8, 4020 Liège.

Tél.: 04-343 69 44. GSM : 0485-96 96 54.

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 : 2.600 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

Le tabagisme en Belgique	2
Une convention-cadre mondiale pour la lutte anti-tabac	3
Tabac : quelle communication auprès des jeunes ? par <i>Christian De Bock</i>	4
Education Santé et ses lecteurs, par <i>Christian De Bock</i>	5
Prévention sida : <i>La nuit des étoiles</i> , par <i>Elise Malevé</i>	7
Un nouvel acteur dans le champ de la promotion de la santé	7
Dossier	
Promotion de la santé à l'école : le défi, par <i>Sylvie Bourguignon</i>	8
Concertations et collaboration avec les équipes PMS, par <i>Marguerite Lion-Delahaut</i>	11
Des indicateurs de santé globale en médecine scolaire, par <i>Florence Renard</i>	12
Stratégie	
Du CFES à l'Inpes, par <i>Michelle Perrot</i>	13
Locale	
Les généralistes de Charleroi et le dépistage, par <i>Michèle Lejeune, Fabienne Bastin et Jean-Pierre Rochet</i>	14
Matériel	
Contraception, nouvelle brochure pour les jeunes par <i>Sylvie Bourguignon</i>	16
Documentation	
La douleur : comprendre, soigner, éduquer ? par <i>Yvette Gossiaux et Karine Verstraeten</i>	17
Brèves	19