

UN NOUVEAU DÉCRET POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA MÉDECINE PRÉVENTIVE en p.8 à 13

Moi, toi, nous

Un programme d'animations-santé d'enfants mené par Cultures & Santé – Promosanté de 2000 à 2003¹

Cet article relate la première partie d'un projet triennal de promotion de la santé d'enfants qui s'est déroulée de 2000 à 2002 dans cinq écoles de la région bruxelloise. Le projet, qui s'inscrit dans une logique de recherche-action, consiste à mener avec des groupes d'enfants un programme de dix animations-santé visant un mieux-être. Ce programme s'adresse aux enfants du troisième cycle (troisième et quatrième année du fondamental).

L'analyse de la situation

Les objectifs du programme et son public-cible ont été choisis sur base de l'analyse de plus de 200 animations ponctuelles effectuées avec des enfants de 6 à 12 ans dans le cadre du programme « Jouons-Santé » de 1997 à 2000 dans des écoles (zones à discrimination positive) et des maisons de quartier de la Région bruxelloise, ainsi qu'au cours de deux « Étés Jeunes » en partenariat avec « Une Maison en Plus » (Forest, Région bruxelloise).

Sur base de ces animations, les animatrices de Cultures & Santé ont fait les constatations suivantes :

- ces enfants possèdent de nombreuses connaissances sur la santé et la prévention ; mais ils semblent la plupart du temps répéter un savoir, sans véritable appropriation par une conviction personnelle ou une explication ;
- ces enfants n'ont pas une vision globale de leur santé ; ils ne sont pas conscients des ressources qui leur permettent d'agir sur celle-ci. Bien qu'ils fassent régulièrement état de mal-être psychique, la plupart d'entre eux n'ont pas le sentiment de pouvoir y réagir ;
- beaucoup d'enfants manquent de confiance en eux. Ils ont des difficultés à s'exprimer ou à faire une demande sans en venir à l'agression verbale ou physique, et à respecter le travail des autres ;
- ces enfants expriment le besoin d'appartenir à un groupe de pairs dans lequel ils sont à l'aise et trouvent leur place, et ils cherchent à être valorisés, que ce soit par

l'adulte ou par le groupe d'enfants auquel ils appartiennent ;

- ils aiment donner leur avis sur ce qui les touche au quotidien : leurs réussites, leurs peurs, leurs découragements et leurs questions parfois très profondes, empreintes de valeurs telles que la liberté, la tolérance, le respect des droits de l'homme et de ceux de l'enfant.

Ces constatations ont forgé chez les animatrices le sentiment global que les enfants de cette tranche d'âge et dans ces quartiers vivent fréquemment les relations en collectivité sur un mode peu satisfaisant, mais ne trouvent pas les moyens de modifier cet état de chose. En même temps, les animatrices développaient la perception des nombreuses ressources des enfants, sur lesquelles elles pourraient s'appuyer pour obtenir un changement.

Le public-cible

L'analyse de ces expériences nous a amenés à déterminer comme public-cible pour un premier programme les enfants de 8 à 10 ans d'écoles à discrimination positive de la Région bruxelloise. Le niveau de troisième et quatrième année de l'enseignement fondamental constitue une période idéale pour amener l'enfant à réfléchir sur lui-même et ses relations. En effet, cette période de son développement est caractérisée par un intérêt sans limite pour la plupart des choses. En outre, l'enfant de cet âge est passé d'une pensée basée sur l'intuition au raisonnement logique. Sur le plan de la vie relationnelle, il apprend à respecter les règles du groupe, mais aussi à défendre son propre point de vue, à reconnaître ses capacités et ses limites en même temps qu'il reconnaît celle des autres.

Au niveau des techniques que l'on peut lui proposer, il s'investit dans des jeux physiques de précision ou d'endurance, mais aime aussi l'expression plastique. Ceci ouvre la porte à toutes sortes de choix de techniques.

Dans un souci de pérennité de nos actions, nous avons décidé que toutes les classes visées appartiendraient à des écoles différentes.

La formulation des objectifs

L'objectif général de santé pour chaque année du programme a été formulé de la façon suivante : « Faire découvrir et adopter de nouveaux comportements de bien-être et améliorer les comportements existants,

chez des enfants de 8 à 10 ans dans trois classes situées dans des établissements différents de zones à discrimination positive de la Région bruxelloise ».

Les *objectifs spécifiques* ont été choisis en fonction des trois comportements apparus comme les plus problématiques dans la phase d'analyse. Ces objectifs sont d'amener l'enfant à découvrir et améliorer :

- le comportement d'expression (Moi)
- le comportement d'écoute vis-à-vis de ses pairs (Toi)
- le comportement participatif (Nous !)

La durée du programme

Ce programme a reçu l'appui du Ministère de l'Aide à la jeunesse et de la Santé de la Communauté française pour une durée de trois ans. Dans cet article, nous relatons l'expérience des deux premières années, concernant cinq écoles ; nous les désignons dans cet article par un chiffre romain allant de I à V.

La première année fut une année pilote, qui a permis au projet de fonctionner dès la deuxième année à sa vitesse de croisière.

Le choix des méthodes

Nous estimions que l'idéal était un programme agissant sur l'ensemble de la communauté, comme le propose la stratégie du réseau « d'Ecoles en santé ». Mais la chose ne nous paraissant pas possible dans un premier temps, nous avons décidé de partir d'un groupe-classe, en espérant qu'il soit le premier moteur d'un changement au sein d'une structure plus vaste. Comme nous le verrons plus loin, le déroulement du projet nous a donné raison ; en effet, des relais se sont mis en place dans plusieurs écoles et sont à l'origine d'une extension de notre programme initial.

Pour ce programme qui relève de l'éducation pour la santé pédagogique, nous avons choisi des méthodes s'inspirant du travail communautaire et de la pédagogie du projet. Les animations sont préparées et réalisées en collaboration étroite avec les partenaires de l'école et ceux du PMS et de l'équipe PSE.

Les premières animations ont pour but d'instaurer un climat de confiance ; celles qui suivent visent à permettre aux enfants de répondre à la question suivante : « qu'est-ce qui me manque pour me sentir bien à l'école ? ». A partir de ce diagnostic social, les

¹ Soutenu par le Ministère de l'Aide à la jeunesse et de la Santé de la Communauté française (Cabinet de Madame Nicole Maréchal) et par la Commission communautaire française de la région de Bruxelles-Capitale (Cabinet de Monsieur Didier Gosuin)

animations restantes ont pour but de conduire progressivement le groupe vers l'autonomie pour la conception d'un projet, qui sera réalisé après la fin des animations ; simultanément, les animations poursuivent des objectifs pédagogiques définis. Le projet de classe, destiné à devenir à un certain moment le moteur principal du groupe, est ainsi aux yeux des animatrices le « prétexte » offrant l'occasion de poursuivre leurs objectifs pédagogiques. La réalisation de ce projet de classe sera poursuivie avec l'accompagnement de l'enseignant(e) et d'autres membres de la communauté scolaire. Les animatrices de Cultures Et Santé restent disponibles pour accompagner l'enseignant(e) et sa classe lorsqu'ils en expriment le besoin.

Les techniques d'animation nous paraissent tout à fait de nature à aider l'enfant à se rencontrer lui-même, poser des choix en rapport avec son bien-être et développer un projet de santé en collectivité. Notre expertise avec les enfants nous orientait évidemment vers les techniques essentiellement ludiques. Un large éventail d'activités ludiques ont été utilisées. Certaines sont décrites dans « Jouons Santé », qui a reçu le Premier Prix Européen d'Education à la Santé (1997), mais plusieurs autres ont été créés depuis.

Ci-dessous, nous détaillons les étapes de la mise en place et de la réalisation du programme.

L'établissement des collaborations

Qui sont les partenaires ?

Les personnes-clés sont les *enseignants* des classes concernées, qui assisteront et participeront à toutes les animations, ainsi que les travailleurs psycho-médico-sociaux chargés de la promotion de la santé à l'école (*infirmier(e), psychologue ou assistant(e) social(e) PSE ou PMS...*).

Le soutien de la *direction de l'établissement* dès le début du projet est tout à fait nécessaire. L'enthousiasme de l'enseignant du groupe-classe visé est évidemment tout aussi important.

Il nous a paru également utile de nous entourer d'emblée d'un *comité d'accompagnement* formé de personnes expérimentées provenant de différents secteurs ; de plus, chacune des écoles où se déroule le programme est représentée au comité d'accompagnement par la direction, l'enseignant(e) de la classe avec laquelle se déroulent les activités, et différents travailleurs médico-sociaux de l'établissement ou des équipes PSE et PMS (infirmier(e), psychologue ou travailleur social).

Et *les parents* ? Il s'est avéré difficile de les associer activement, compte tenu de nos ressources. Nous avons alors décidé de les tenir régulièrement au courant du travail que nous faisons avec leurs enfants, notamment via les travailleurs PSE/PMS. Certains de ceux-ci en ont profité pour interroger les parents sur leurs priorités en matière de santé de leurs enfants. A l'avenir, nous aimerions que les enfants présentent aux parents le résultat de leur projet de groupe.

Comment les avons-nous recrutés ?

Une première sensibilisation a été faite au moyen d'un courrier adressé à tous les centres PSE et PMS des zones à discrimination positive de la Région bruxelloise ; nos relais auprès des enseignants étaient donc les travailleurs de ces Centres. Nous avons eu des *contacts* avec les personnes qui se sont montrées intéressées suite à ce courrier ; après quoi nous demandions aux partenaires qui restaient intéressés de signer un *contrat de collaboration*.

A ce stade, nous avons essayé de constituer dans chaque école un *petit groupe de soutien à l'enseignant* ou aux enseignants qui choisissait de porter le projet ; ce groupe devient aussi le relais par qui le projet peut se poursuivre l'année suivante dans une autre classe.

Ensuite, un *travail d'information* doit être réalisé au sein de l'école. En outre, nous pensons que dans tous les cas, il serait approprié, en accord avec les partenaires, de *présenter le projet au conseil de participation* de l'école, via la direction.

Des rencontres de sensibilisation (quatre « midis ») réunissant les personnes des différentes écoles qui assisteront aux animations-santé, nous ont alors permis de leur expliquer les détails du projet ainsi que de faire le bilan des ressources et des obstacles perçus par les participants. Ceux-ci pourront choisir de co-animer avec les animatrices de Cultures et Santé – Promosanté, ou de prendre un rôle d'observateur.

Dès le départ et tout au long de l'action, nous avons veillé à informer tous les partenaires de façon régulière et structurée. On donne ainsi aux personnes le sentiment d'être reconnues et respectées, ce qui favorise leur implication, mais aussi on évite les dysfonctionnements dus à des peurs ou des doutes non exprimés, ou des « bruits de couloir ».

Les animations

Objectifs pédagogiques : tout le temps en vue...

Au fil des séances, nous avons développé une pédagogie ludique de découverte, de prise de conscience et de savoir-faire par

rapport aux objectifs spécifiques. Ceux-ci ont été déclinés en dix-neuf objectifs pédagogiques ; dans chaque animation, on travaille de deux à quatre objectifs pédagogiques. La notion de « règle » est systématiquement « remise sur le tapis » au début de chaque animation. Pour la dixième animation, aucun objectif n'est déterminé à l'avance ; elle s'adapte aux besoins propres à chaque groupe, au moment de se quitter et à l'aube de la réalisation de leur projet.

L'accent est mis tout au long du programme sur le développement de l'estime de soi, la connaissance de soi, de son corps, de sa santé et de ses besoins, l'écoute de sa « petite voix intérieure », le respect de soi, des autres et de l'environnement ainsi que la responsabilité de chacun en tant qu'acteur dans la recherche de sa santé et son bien-être.

Le climat de confiance

Les deux premières animations ont pour but d'établir la confiance, de faire comprendre la notion de règle et de favoriser la solidarité. Selon Germain Duclos², le climat de confiance est la première étape à réaliser pour le développement de l'estime de soi de l'enfant. Pour établir et maintenir un climat de confiance au sein d'une classe, il est important de satisfaire le besoin de sécurité des enfants, en garantissant des repères spatio-temporels, des relations stables avec des adultes de référence, et une conduite éducative cohérente, ni trop permissive, ni trop répressive. Il faut gérer le stress des enfants par des jeux moteurs, des chants, des pauses « blagues et fous rires », des dessins libres...

L'analyse critique des techniques utilisées lors de cette phase du programme, nous a permis de constater que la *relaxation* est particulièrement appréciée par les enfants les plus turbulents. Les enfants ont été conduits par la visualisation à se remémorer un souvenir relationnel agréable. Toutefois, nous n'avons pas réussi à les amener à faire le lien entre les conditions qui ont permis cette expérience heureuse, et l'utilité de la règle. Nous en déduisons l'importance de replacer la recherche du sens de l'existence des règles dans un contexte plus général et plus concret, tel que le règlement d'ordre intérieur de l'école, la loi au niveau national, les chartes internationales reprenant les droits et devoirs des enfants.

Un *jeu coopératif* a aussi été utilisé dans cette phase ; il a sans doute été proposé trop

² Germain Duclos, L'estime de soi un passeport pour la vie, Hôpital Sainte-Justine, Montréal, 2000

tôt aux enfants. En effet, l'enfant s'intéresse d'abord à lui-même, avant de s'intéresser aux autres. La solidarité et la coopération doivent être envisagées comme un but à atteindre, un chantier à débayer !

Le diagnostic social³ et le projet-prétexte

La troisième et la quatrième animation visent à mettre en évidence ce qui, à l'école, pose problème, et ce qui, à l'école, est favorable au bien-être. Ce diagnostic social est

obtenu au moyen de techniques ludiques telles que la *photolangage*. C'est une première approche pour apprendre à nommer ses émotions, et à séparer les faits des opinions. En outre, l'écoute de l'autre est

TABLEAU : NATURE ET DEROULEMENT DES PROJETS EMERGEANT DANS LES CINQ ECOLES

Année + école	Nature du projet	Réalisations au 30/6/2003	Accompagnateurs actifs	Commentaires et prolongements
2000-2001 I (4 ^e)	Réaliser une pièce de théâtre sur la violence dans la cour de récréation	La pièce a été écrite, créée et jouée devant toute l'école et a été enregistrée sur cassette vidéo ; des pistes de résolution des conflits y sont explorées. Après la pièce, les enfants ont offert du jus d'orange aux spectateurs pour témoigner de leur seconde priorité : l'énergie et l'alimentation.	Non précisé	L'enregistrement vidéo a servi de matériel d'animation dans de nouvelles écoles engagées dans le projet l'année suivante.
2000-2001 II (3 ^e)	Réaliser un tournoi sportif entre les différentes classes de l'école afin de favoriser la rencontre entre enfants d'âges différents, dans le respect des règles de convivialité.	Les enfants de la classe ont créé les équipes, choisi le matériel, localisé les activités et élaboré les parcours et épreuves	Institutrice, professeur de gymnastique, infirmière PSE et directrice	-
2001-2002 III	Apprendre aux enfants des techniques de gestion des conflits.	La fin de l'année fut lourde pour l'institutrice, et ce n'est qu'à la rentrée suivante que, retrouvant la même classe, elle a pu enclencher des projets. Elle a proposé aux enfants d'instaurer un conseil de coopération au sein de la classe et d'apprendre à s'auto-évaluer et à exprimer leurs sentiments. Ce projet plus modeste que le projet initial est aussi plus réaliste : l'apprentissage de l'expression des sentiments et de la coopération précède la capacité de gestion des conflits.	Institutrice, dans un cadre institutionnel intéressé par la coopération.	La travailleuse sociale de l'école et l'infirmière PMS veulent à leur tour réaliser un projet MTN dans d'autres classes d'âge. Les animatrices de C&S restent personnes ressources.
2001-2002 IV	Créer un répertoire de jeux pour la cour de récréation	Le répertoire a été conçu, rédigé, dactylographié, illustré et photocopié par les enfants, qui sont allés le présenter à toutes les autres classes. Les élèves de la classe pilote organisent des jeux pendant les récréations. La patience des enfants a été mise à rude épreuve pour ce travail demandant ténacité et méticulosité ; mais ils sont fiers du résultat. L'ambiance de la classe a complètement changé : les enfants qui étaient isolés ne le sont plus, ils sont tous plus souriants et mettent rapidement fin à leurs disputes en faisant la paix.	Professeurs d'informatique, d'adaptation à la langue française, de psychomotricité et de gymnastique.	Ce projet s'inscrit dans un projet d'école, coordonné par un éducateur ; en effet, à travers les conseils de coopération réalisés dans l'ensemble des classes de cet établissement, les enfants avaient souligné les problèmes de vie ensemble pendant les récréations. Les aires de jeux ont été divisées en aires spécifiques pour les jeux calmes, pour le basket et pour le football ; du matériel de jeu a été acheté pour chaque classe. La nouvelle année scolaire fait apparaître les limites du projet d'école : éclatement de la classe pilote, départ de l'éducateur, désactivation des conseils de participation... Une nouvelle éducatrice a été recrutée et relance le projet.
2001-2002 V	Organiser un débat inter-classes autour d'une vidéo sur la violence dans la cour de récréation ; ensuite, créer des conseils de coopération dans les classes, aboutissant à la création d'un conseil d'école.	Le projet de classe a été réalisé, mais le projet d'école n'a pas abouti ; la direction a retiré son appui pour une raison inconnue et une partie des enseignants n'est pas intéressée.	Deux institutrices soutenues par l'infirmière PMS.	L'organisation de structures participatives requiert l'adhésion de toutes les personnes impliquées, ce qui a fait défaut ici et a empêché le projet d'école de se développer.

importante pour la consolidation du climat de confiance.

Dans toutes les écoles concernées, ce diagnostic social fait état de l'insécurité physique et psychique ressenties dans la cour de récréation et dans les toilettes, ainsi que de la dégradation de ces dernières. Si les enfants évoquent d'emblée des problèmes concrets liés à l'environnement, très vite ils enchaînent sur des problèmes relationnels. Les problèmes environnementaux ont été relayés par l'enseignant vers la direction. Les problèmes relationnels étant plus particulièrement du ressort des enfants, il a été choisi d'orienter le travail dans ce domaine.

Les enfants ont progressé dans l'aptitude à reconnaître leurs propres besoins et ceux des autres, notamment par le biais du jeu « L'homme des cavernes » conçu par l'Université de Paix (Namur). Ce jeu fait émerger la notion des besoins de la pyramide de Maslow. Les enfants adhèrent facilement et avec beaucoup de spontanéité à cette activité. Parler des besoins de l'autre semble plus facile que de parler des siens !

Les élèves ont alors défini ensemble la situation problématique précise qu'ils considèrent comme prioritaire. Nous avons constaté que les enfants ont tendance à abandonner leur opinion au profit de l'amitié et ce d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un vote à main levée. De plus, l'écoute et le partage d'opinions entre élèves ne sont pas évidents. L'utilisation du « bâton de parole » (nous utilisons un micro non branché) est nécessaire pour faire respecter le temps de parole et l'avis de chacun.

Dans les animations suivantes, les enfants ont cherché les causes du problème. Cette étape demande aux enfants un effort d'abstraction ardu pour eux, qui ont encore tendance à confondre causes et effets. Ensuite, ils ont cherché les solutions possibles. Il a été difficile aux animateurs de leur faire entrevoir d'autres solutions que la répression : la création d'une « police de la cour », l'installation de caméras de surveillance etc. étaient au départ les seules idées émises dans le groupe !

Heureusement, au terme d'un travail patient, d'autres types de réaction possible leurs sont apparus.

Enfin, les élèves ont pris conscience de leurs ressources propres et de celles de leur réseau social. Diverses techniques ludiques peuvent les y aider.

Finalement, ils ont décidé de leur projet, destiné à résoudre ou améliorer la situation à problème, et donc accroître le bien-être à l'école. Les projets ayant émergé dans les cinq écoles sont résumés dans le tableau.

L'évaluation des animations

Les animations ont été évaluées auprès de enfants et faisaient en outre l'objet d'un rapport des animatrices. L'évaluation auprès des adultes présents a été réalisée pour la première, la cinquième et la dixième animation.

Les enfants recevaient un petit questionnaire –suffisamment simple–, à remplir après l'animation. Il teste le niveau de satisfaction, l'atteinte d'un des objectifs pédagogiques poursuivis pendant l'animation, ainsi que, trois fois au cours du programme, l'établissement du climat de confiance.

Résultats auprès des enfants

Le pourcentage d'enfants satisfaits, pour l'ensemble des classes et des animations, avoisine 90 et, quand on analyse pourquoi les enfants sont satisfaits, on trouve dans la majorité des cas que c'est le contenu de l'animation qu'ils apprécient.

Le climat de confiance était testé par la question suivante : « Ai-je osé dire ce que je pense ? ». Pour l'ensemble des réponses, la moyenne est de 73 %, ce qui est un bon niveau.

Le résultat de l'évaluation des objectifs pédagogiques varie selon les animations de 98 % à 63 % de bonnes réponses, si l'on excepte la septième animation, pour laquelle le critère de performance était « citer au moins une ressource personnelle qui peut être mise à profit pour le projet de groupe » (moins d'un tiers des enfants parviennent à se reconnaître une qualité et à la mettre en mots !). Ces pourcentages donnés ont été établis sur l'ensemble des questionnaires, toutes écoles confondues.

Evaluation par les adultes

Les partenaires ensemble, au sein du comité d'accompagnement, ont élu les critères qui leur montreraient que les objectifs spécifiques sont atteints après la série d'animations :

– comportement d'écoute : capacité de lever son doigt avant de prendre la parole ; d'attendre que l'autre ait fini de parler pour s'exprimer ;

– comportement d'expression : capacité de soutenir son opinion, d'expliquer ses choix ;
– comportement participatif : capacité de terminer l'activité, d'aider ou d'encourager un camarade, de désigner un rapporteur, de laisser l'initiative à un plus petit ou à un plus timide, sans se moquer, d'oser demander de l'aide ou une explication.

A la fin des animations n° 1, n° 5 et n° 10, on demande aux adultes présents pour quelle proportion (0, 25, 50, 75, 100 %) d'élèves chacun de ces comportements était augmenté. Le résultat est encourageant : le comportement d'écoute, le comportement d'expression et le comportement participatif se sont améliorés pour plus de 50 % des enfants.

L'évaluation d'impact

L'évaluation d'impact examine les changements réalisés après la fin du programme. Ils sont représentés par l'aboutissement des projets de classe et par les changements de comportement à moyen terme perçus par l'institutrice et les autres partenaires actifs. On en trouvera la synthèse dans le tableau.

Conclusion

Les enfants du troisième cycle demandent une meilleure qualité de vie dans les espaces communs de l'école. Leur mal-être est surtout lié au manque de respect mutuel, au manque de solidarité et à l'agressivité. Des aptitudes visant un mieux-être ensemble ont été développées au moyen du programme « Moi, toi, nous » qui permet en même temps le développement d'un projet de groupe visant l'amélioration d'une situation à problème.

Les objectifs spécifiques du programme ont été atteints chez plus de la moitié des enfants. Dans quatre des cinq écoles, les partenaires du programme ont donné une extension à celui-ci par la création de nouveaux projets. Les limites de ce type de programme viennent de ce qu'il exige une bonne implication de toutes les personnes concernées ; si des personnes-clés de la vie de l'établissement y restent indifférentes, l'impact et la pérennité du programme en sont fortement réduits.

D^r Marianne Flament, chargée de projets à Cultures & Santé

Nous remercions chaleureusement tous les partenaires du programme « Moi, toi, nous ».

3 Il peut paraître paradoxal de placer le paragraphe « diagnostic » après le paragraphe « objectifs pédagogiques » ; cependant, rappelons ici que le diagnostic social n'avait pas pour but le fondement des objectifs pédagogiques, qui ont été fixés au moment de la construction du programme ; mais bien de favoriser l'émergence d'un projet de groupe, « projet-prétexte » pour la poursuite des objectifs pédagogiques.

Deuxième appel à projets communaux de promotion de la santé

En 2002, Nicole Maréchal, Ministre de la Santé de la Communauté française, lançait un appel à projets à l'intention des communes de Wallonie et de Bruxelles. L'objectif de cette démarche était d'associer à la dynamique communautaire de promotion de la santé le niveau de pouvoir le plus proche du citoyen et de ses préoccupations quotidiennes, en utilisant 'l'action communale comme levier pour améliorer la santé, la qualité de vie de tous et réduire les inégalités'.

Déclaration de Namur

Les communes en tant que pouvoirs politiques et communautés de citoyens ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé et l'amélioration de la qualité de la vie en favorisant des interventions sur des facteurs déterminants de la santé comme l'environnement, l'éducation, l'aide sociale, l'emploi ou la culture.

L'action communale comme levier de santé cherche à améliorer la santé pour tous et à réduire les inégalités, et donc :

- fournir un environnement physique et social de qualité ;
- développer une économie diversifiée, novatrice et vitale en réponse aux besoins essentiels (logement, revenu, nourriture) ;
- développer et valoriser les ressources et expériences ;
- favoriser le développement d'une communauté solidaire qui participe à la vie de la Cité ;
- faire un lien avec l'histoire, la culture et la vie de la commune ;
- faciliter l'accès aux services de santé et services sociaux.

Pour atteindre ces objectifs :

- la santé fait partie des objectifs communaux déclinés dans les programmes politiques ;
- un échevin a des attributions en matière de santé et de qualité de vie ;
- le Conseil communal ouvre une Commission de la santé ;
- un espace de concertation entre politiques, professionnels et habitants est organisé.

Ces modalités données à titre d'exemple. L'ambition sera de concerner tous les secteurs de la vie communale et de solliciter activement la participation des citoyens.

Sur 34 dossiers de candidatures, 15 ont été retenus¹. La sélection a mis en évidence les projets visant :

- l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des citoyens ;
- la réduction des inégalités sociales en s'appuyant sur l'intersectorialité et les collaborations locales ;
- une participation citoyenne réelle tant dans la définition des besoins que dans la construction des projets visant à y répondre.

Des montants situés entre 7500 et 25000 € leur ont été attribués.

Aujourd'hui, encouragée par les acquis de cette première expérience, la Ministre de la Santé remet le couvert, avec une enveloppe équivalente de 250.000 €.

Ce second appel à projets d'initiative communale, qui se situe dans la ligne de la *Déclaration de Namur* (voir encadré), vise à donner une impulsion positive à de nouveaux projets, les initiatives déjà financées l'an dernier n'étant plus recevables.

Les communes pourront compter sur le soutien des Centres locaux de promotion de la santé, et les mandataires communaux dési-

reux de s'impliquer dans les projets seront invités à rejoindre le réseau 'Vers des politiques communales de santé' piloté par l'asbl Santé Communauté Participation (SaCoPar).

Pratiquement, les projets, qui devront répondre à une série de critères de recevabilité, d'affectation de moyens et de qualité du contenu (voir détails ci-contre), seront subventionnés pour une période de deux ans. Les promoteurs devront mettre à profit cette période pour trouver les moyens leur permettant de donner un caractère durable à leur projet sans nouvelle aide de la Communauté française Wallonie-Bruxelles.

Les projets doivent être envoyés avant le 31/12/2003 au D^r Brunson, Directeur général de la Santé, Ministère de la Communauté française, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles.

¹ La liste a été publiée dans *Education Santé* n° 182, p. 13. Nous avons présenté les projets de Saint-Ghislain ('Pollutions intérieures et pathologies associées : naissance d'un projet à Saint-Ghislain', par Michel Andrien, Véronique Bouttin, Maïté Dufrasne et Jacky Huvelle) dans le n° 174, et d'Ixelles ('Santé, culture et participation des habitants', par Bénédicte Meiers) dans le n° 179.

Critères de recevabilité

Conditions générales

- le projet est à l'initiative d'une structure communale ou d'une association mandatée par celle-ci œuvrant sur le terrain local. Un projet de type privé, émanant d'un particulier, n'est pas accepté ;
- avant d'être soumis, le projet devra faire l'objet d'un débat au sein du Conseil communal et recevoir l'accord de celui-ci ;
- le Conseil communal désignera l'opérateur ;
- l'opérateur doit être situé sur le territoire de la commune ;
- un mandataire communal impliqué dans le projet devra être membre du réseau 'Vers des politiques communales de santé' ;
- la commune s'engage à communiquer sur son projet et son évolution au sein du réseau ;
- le projet sera programmé pour une durée de deux ans.

Affectation budgétaire

- une seule subvention sera accordée par commune ;
- la subvention est réservée au projet. Elle n'est donc pas destinée au fonctionne-

- ment de la structure de soutien au projet ;
- la subvention peut être accordée pour développer un projet en cours, pour autant qu'il n'ait pas encore bénéficié d'une subvention de la Communauté française lors de l'appel à projets précédent ;
- la subvention est accordée pour des projets programmés sur deux ans. En 2005, la commune s'engage à prendre une part active dans le financement du projet.

Contenu

- le projet concerne une problématique concrète, identifiée au niveau local comme besoin prioritaire et/ou s'inscrivant dans le Programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française ;
- l'identification du ou des besoins sera réalisée par une Commission communale de concertation pluraliste mise en place à cet effet ;
- les informations concernant la mise en œuvre du projet, ses résultats et son évaluation devront être diffusées aux habitants de la commune.

Allaiter, à l'ère de l'information et de la mondialisation : quels messages véhiculons-nous ?

La Semaine mondiale de l'allaitement maternel a lieu du 1^{er} au 7 octobre, au moment même de la semaine de promotion de la santé du nourrisson en Communauté française.

La médiatisation de l'allaitement fait partie de son retour dans l'espace public de notre société. Si les journalistes font généralement l'effort de se documenter correctement, l'image qui accompagne le texte n'est pas toujours sélectionnée avec le même soin. Or, le message visuel s'imprime plus durablement que le texte, d'autant plus qu'à propos d'allaitement, il est souvent séduisant et attrayant. Mais attention, certaines de ces illustrations contribuent à entretenir des idées fausses ou des pratiques dommageables. Quelques exemples.

Le contexte et le décor

La quasi totalité des images sur l'allaitement montrent une jeune femme chez elle, en chemise de nuit, en peignoir ou dévêtue. C'est donner l'impression qu'allaiter exige la nudité, une complète intimité, la réclusion au domicile. Ne serait-il pas temps de véhiculer le message que l'on peut aussi allaiter en famille, au restaurant, dans un parc public ou même dans un bus, et ce avec aisance et discrétion ? De même, trop d'images présentent un gros plan maman-bébé, certes esthétique et attendrissant, mais pourquoi ne pas montrer aussi la fratrie, ou le père, ou les grands-parents, en somme un tableau plus convivial que ces sempiternels duos clos ?

Le père

Il est un cliché que les médias véhiculent encore trop souvent : un père s'occupe de son bébé en lui donnant... le biberon. Le bébé ne serait-il qu'un tube digestif ? Son père ne pourrait-il communiquer avec lui que par la nourriture ? Il y a tant de moyens

de montrer son affection à un tout petit, en cadrant des pères donnant le bain, berçant, portant, promenant, admirant leur petit qui tête dans les bras de maman... D'autant que l'on sait maintenant que la technique de succion au biberon est radicalement différente de celle au sein. Un bébé confronté trop tôt aux deux techniques finit par les confondre et tête mal au sein.

La position du bébé

Dans nos pays, peu de jeunes mères ont déjà vu une autre mère allaiter. Leurs seules références visuelles sont donc les images des médias. C'est dire leur impact.

A éviter absolument : les bébés couchés sur le dos (comme pour prendre le biberon) et qui doivent tourner la tête pour attraper le sein ; les bébés qui pincent le mamelon comme une paille ; les mères qui dégagent le nez du bébé en comprimant le sein d'un doigt. Ces postures et ces manœuvres sont traumatiques pour le sein.

Un bébé bien placé à le corps tourné vers sa mère, son menton et son nez sont collés au sein, sa bouche est bien ouverte, ses lèvres sont bien retournées vers l'extérieur et il prend toute ou une bonne partie de l'aréole en bouche. Dans cette position-là, la succion est non-traumatique pour le sein maternel et efficace pour déclencher la réaction d'éjection du lait. Cela contribue à éviter des problèmes de gerçures du mamelon, si douloureuses, et à prévenir les problèmes de « manque de lait ».

La taille des seins

Dans l'imaginaire maternel ou érotique, de gros seins ont quelque chose de rassurant et réjouissant : ils évoquent la plénitude, l'abondance, l'assurance d'être comblé. Il est donc tentant de montrer un bébé tétant un sein opulent. Cette préférence générale

des médias décourage les femmes qui ont des seins normaux ou menus. Or, la production de lait dépend surtout de la qualité de la succion du bébé et du bien-être émotionnel de la maman. Pas de la taille des seins.

Les situations d'urgence, de guerre, de catastrophe, de grande pauvreté

Il est classique d'en illustrer les reportages par une image de bébé au sein, flanqué d'un commentaire désespérant sur le dénuement de ces populations... Quel dommage d'associer ainsi allaitement avec famine et précarité !

Imaginons que ce même bébé reçoive des biberons de lait industriel (à supposer que ses parents puissent les payer). Irait-il mieux ? Non ! La stérilisation des ustensiles est probablement impossible, l'eau est douteuse, la poudre de lait est dépourvue des éléments protecteurs contre les infections. Les images d'allaitement dans ces situations très critiques sont en réalité porteuses d'espoir. Cet enfant-là, au moins, reçoit le meilleur. Soulignons-le. Et tant qu'à chatouiller la fibre humanitaire de l'occidental moyen, incitons-le à soutenir l'amélioration des conditions alimentaires et sanitaires des mères plutôt qu'à financer l'envoi de boîtes de lait en poudre !

Françoise Moyersoën, du Réseau Allaitement Maternel asbl, et **Ingrid Bayot** de Infact-Québec

Pour plus d'informations :

« Réseau Allaitement Maternel » asbl, tél.: 081-31 04 39, fax 081-31 01 76 ;

Site de WABA

www.waba.org.my (textes en français) ;

Site CoFAM

www.coordination-allaitement.org

« Vous former en promotion de la santé ? Quelle excellente idée ! »

La santé et le bien-être vous interpellent ? Renforcez vos compétences en promotion de la santé en suivant une ou des formations intensives, de type court, en petits groupes.

A qui ces formations sont-elles destinées ?

A des responsables de projets, infirmiers et médecins scolaires, animateurs, travailleurs sociaux, professionnels de la santé (kinésithérapeute, psychologue, travailleur

médico-social...), enseignants, directeurs d'école, responsables d'écoles, éducateurs... Mais aussi à toute personne souhaitant mettre en place un projet de promotion de la santé.

A côté des ateliers et du suivi individuel de projet qu'il organisait déjà, le Centre local de promotion de la santé du Brabant wallon a le plaisir de vous inviter à venir suivre l'un ou l'autre formation qu'il met en place. Ces dernières sont de type court (4 jours en moyenne), tout spécialement conçues pour des professionnels.

Vous pouvez choisir à la carte, en fonction de vos besoins :

Introduction à la promotion de la santé : concepts et projets de promotion de la santé (6 et 17/10, 7 et 14/11 2003)

Planification et rédaction de projets de promotion de la santé (5, 12 et 19/2 et 2/3/2004)

L'enquête par focus groups : une méthode d'analyse des besoins (15, 22 et 29/1/2004)

Dynamique de groupe (au sein d'une équipe de travail) (3, 10 et 24/10/2003)

Mobilisation et motivation d'une équipe de travail (31/10, 14 et 28/11/2003)

Gestion des conflits (9 et 23/1, 6 et 20/2 et 5/3/2004)

Présentation d'un exposé : parler efficacement devant un groupe (4, 11, 18 et 25/3/2004)

Techniques d'animation de groupes (d'élèves, de parents, d'adultes, de personnes âgées) (21 et 28/4, 5 et 12/5/2004)

Conception de supports de communication (29/9, 6, 13 et 20/10/2004)

Pour animer ces modules, le CLPS fait appel à des collaborateurs privilégiés, spécialisés en éducation pour la santé et en communication.

Ces formations s'appuient sur l'expérience pratique des participants. Elles favorisent les échanges de savoir. Elles partent des situations vécues, proposent des exercices pratiques en sous-groupes.

La théorie est abordée de deux façons : soit le formateur apporte une contribution théorique tirée de la littérature, soit des synthèses théoriques sont construites avec les participants.

Pour connaître l'horaire détaillé de ces formations et les modalités d'inscription, contactez **Anne-France Hubaux**, responsable des formations au CLPS au 010 - 23 61 03 et consultez notre brochure sur notre site www.clps-bw.be ou demandez-la nous.

L'équipe du CLPS du Brabant wallon

STRATÉGIE

Décret organisant la promotion de la santé en Communauté française

L'exposé des motifs du nouveau décret

Les compétences de la Communauté française en matière de santé sont définies par les lois spéciales des 8 août 1980 et 8 août 1988, et par le décret du 19 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française.

Le décret de 1993 maintient comme compétence essentielle à la Communauté française en matière de santé : l'éducation sanitaire et les activités et services de médecine préventive.

Depuis les lois de réformes institutionnelles, les concepts dont il est question ont sensiblement évolué. Si la prévention s'appuie sur le cours naturel de la maladie, la promotion de la santé se donne comme ambition de travailler sur les facteurs déterminants de la santé - biologiques mais aussi sociaux, culturels et environnementaux - en développant des stratégies, tant d'intervention sur les comportements individuels comme l'éducation pour la santé, que sur l'environnement socio-politique en favorisant les actions législatives en faveur de la santé, l'action communautaire ou encore l'action sur les milieux de vie.

C'est ainsi que la prévention se déclinera en prévention primaire si l'intervention a lieu avant l'émergence de la symptomatologie, secondaire s'il s'agit de rechercher des signes avant-coureurs de la maladie (c'est le cadre du dépistage), tertiaire si l'objectif est de prévenir les complications et quaternaire si elle vise à empêcher les rechutes.

Actuellement, à côté d'un décret récent organisant la promotion de la santé (décret du 14 juillet 1997), un certain nombre de matières de médecine préventive font l'objet de subventions soit sur base réglementaire (c'est le cas pour la tuberculose et du dépistage des maladies métaboliques), soit sur base facultative (le dépistage des cancers, la vaccination).

La pratique quotidienne montre que le cadre législatif est actuellement insuffisant pour prendre en compte, de façon harmonieuse et pertinente, et la médecine préventive et la promotion de la santé. En effet, si les matières peuvent être semblables, les approches s'appuient sur des logiques différentes, bien que complémentaires.

La médecine préventive

Si depuis 1997, la promotion de la santé bénéficie d'un cadre décretaal qui définit le concept, organise ses modalités de pro-

grammation (programme quinquennal), agréé des structures pour son développement (centres locaux de promotion de la santé), agréé des services d'appui méthodologique (services communautaires) et finance des programmes d'action et de recherche, la prévention médicale reste le fait de dispositifs épars, segmentés, non finalisés par une politique coordonnée.

La récente expérience de mise en place d'un programme concerté de dépistage du cancer du sein montre bien la nécessité de disposer d'un cadre législatif pour soutenir ce mode d'organisation. Il s'agit en outre d'articuler les différents programmes de médecine préventive entre eux, mais aussi de les articuler avec les démarches d'éducation et de promotion de la santé.

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

Actuellement, il s'agit des dépistages précoces et organisés des cancers du sein et du col de l'utérus, de la prévention du diabète sucré et des facteurs de risque cardio-vasculaire comme l'hypertension, le tabac, le cholestérol, la sédentarité et le surpoids. La tuberculose

mérite également un dépistage spécifique, non généralisé, mais visant des groupes de populations particulièrement vulnérables. La Communauté se doit de disposer d'un cadre décretaal permettant de prendre en compte ces programmes.

L'économie des modifications vise à organiser les conditions d'une politique coordonnée de médecine préventive en Communauté française, d'en déterminer les priorités et les programmes, d'en agréer les structures et les acteurs de développement et d'en organiser les modalités d'évaluation.

Des modalités particulières d'application seront fixées pour chacun des programmes, en veillant à appliquer les principes de « médecine basée sur les preuves » et de « promotion de la santé basée sur les preuves » et le principe de subsidiarité, afin de déployer les pratiques de prévention les plus proches de la population. Ceci se fera en particulier à travers l'action des médecins généralistes et des autres professionnels de la santé et de l'aide sociale (services de l'Office de la naissance et de l'enfance et de la Promotion de la santé à l'école), mais aussi des autres intervenants du secteur ambulatoire, en optimisant les structures logistiques au bénéfice de plusieurs programmes.

La décision du Gouvernement de la Communauté française d'inscrire dans les budgets de refinancement (Plan d'action pour la charte d'avenir) des montants significatifs pour permettre le développement de ces programmes de médecine préventive et de prévention (cancer du col, maladies cardio-vasculaires, sida et vie sexuelle et affective) apportera les moyens nouveaux nécessaires pour appliquer les nouvelles dispositions de ce décret.

Enfin, le décret mis à jour cherche à étendre le cadre conceptuel du décret du 14 juillet 97, qui paraît un référentiel plus que jamais pertinent, et à renforcer la cohérence des diverses matières de santé. Un même souci a présidé à la réforme de l'Inspection médicale scolaire vers la Promotion de la santé à l'école, et du contrôle médico-sportif vers la promotion de la santé dans le sport.

Aujourd'hui, y articuler le champ de la médecine préventive permettra de décliner un certain nombre de programmes en agréant et subventionnant leurs intervenants, comme c'est le cas pour le programme de dépistage du cancer du sein. Une première proposition est faite de développer ces services suivant une offre horizontale et de proximité : le secteur ambulatoire (généralistes, paramédicaux, structures publiques de prévention comme

l'ONE et la PSE) est capable de gérer cette offre dès lors que des moyens financiers, mais aussi d'accompagnement, sont dégagés. Des centres de référence spécifiques apporteront l'expertise nécessaire.

La seconde proposition vise à réduire l'espace entre les pôles de conseil et d'avis (le Conseil supérieur de promotion de la santé et ses commissions), le pôle d'expertise (Services communautaires de promotion de la santé) et les organes décentralisés de la politique de la Communauté française (Centres locaux de promotion de la santé).

Cette dynamique de concertation renforcée devrait, en outre, veiller à l'articulation entre les programmes de médecine préventive et de promotion de la santé. En effet, nombre des activités d'éducation pour la santé est commun à ces deux champs.

Enfin, à travers la concertation, c'est la participation des différents acteurs du dispositif au pilotage du programme et à sa déclinaison en objectifs stratégiques et opérationnels qui est recherchée.

Le commentaire des articles du nouveau décret

Nous avons repris ici les explications relatives aux principales modifications apportées au décret de 1997.

Article 1^{er}

Cet article complète la définition du concept de promotion de la santé, qui inclut les concepts de prévention et de médecine préventive. Qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, il est bien entendu que la prévention visée par le présent décret concerne la prévention collective et organisée, la seule qui soit de compétence communautaire. La prévention individuelle reste une compétence fédérale. Par ailleurs, une définition du « système d'informations sanitaires » est également utile.

Article 2

L'ancien plan communautaire annuel sera remplacé par un plan communautaire opérationnel, qui comprend les objectifs opérationnels dont les éléments de mise en œuvre pourront être déclinés sur une ou plusieurs années. En effet, la planification peut se faire sur des périodes différentes, en fonction des problèmes et des objectifs poursuivis. La durée maximale du plan communautaire opérationnel est la même que celle du programme quinquennal.

Pour l'élaboration concrète du plan, les professionnels des différents secteurs de la promotion de la santé (vie sexuelle et affective, assuétudes, médecine préventive,

santé à l'école, vaccinations...) sont associés à la concertation. Les programmes de médecine préventive sont intégrés dans ce plan qui ne concernait auparavant que les programmes de promotion de la santé.

Un nouvel outil d'information pour les intervenants et d'évaluation pour le programme et le plan apparaît : le système d'informations sanitaires (SIS).

Les opérateurs visés sont tous les acteurs susceptibles de mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé ou de médecine préventive.

Article 4

Cet article précise les différentes missions qui devront être remplies par les services du Gouvernement, afin de coordonner au mieux les activités des différentes structures mises en place par le décret, coordination qui permettra le développement d'une cohérence dans l'élaboration du programme quinquennal et dans la mise en œuvre du plan communautaire opérationnel. A cette fin, les services du Gouvernement seront chargés d'organiser la concertation entre et avec les différentes structures.

Article 5

La suppression du Conseil scientifique et éthique du sida entraîne la nécessité d'intégrer une nouvelle dimension aux avis du Conseil supérieur de promotion de la santé, qui devra être particulièrement attentif aux questions éthiques lors de ses remises d'avis. Il a d'ailleurs été constaté que cette dimension éthique a été de plus en plus prise en compte dans les travaux du Conseil supérieur depuis 1997.

Article 6

La composition du Conseil supérieur est légèrement modifiée, en fonction de ses nouvelles attributions et de la volonté de mettre en lien la promotion de la santé en général avec les deux décrets spécifiques pris en la matière : le décret relatif à la promotion de la santé à l'école et celui relatif à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention en Communauté française.

En outre, le Conseil supérieur s'ouvre à des membres émanant d'autres secteurs représentatifs de la société civile. Parmi ces membres ou parmi les membres compétents en promotion de la santé, certains doivent être issus des secteurs de l'éducation permanente, de la santé environnementale ou de l'aide aux publics fragilisés. Par public fragilisé, on entend des populations qui connaissent une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable, et des différences de culture.

Article 7

Cet article prévoit la suppression du chapitre II bis. Ce chapitre concernait le Conseil scientifique et éthique et le Conseil consultatif de prévention du sida. Cette suppression permet de transférer au Conseil supérieur l'entière compétence d'avis en matière de promotion de la santé et de médecine préventive, et d'intégrer ces thématiques dans une vision globale de promotion de la santé. Une représentation plus importante du secteur du sida est prévue au sein du Conseil.

Articles 8 et 9

Ces articles adaptent le rôle des Services communautaires aux nouvelles structures du décret.

Article 10

Il prévoit une mise en œuvre annuelle des objectifs du programme d'actions des CLPS, et élargit les missions des CLPS, sur base de l'évolution de leur travail sur le terrain et du développement de leur expertise locale. Par ailleurs, la mission de recueil de données

épidémiologiques est supprimée, cette mission étant remplie par d'autres structures plus spécifiques (Observatoires, médecine scolaire, centres de référence). Les missions nouvellement définies doivent permettre une mise en œuvre des objectifs et stratégies prioritaires en promotion de la santé.

Article 14

Cet article insère un nouveau chapitre dans le décret, intitulé « Des programmes de médecine préventive ».

Article 15

Il permet au Gouvernement de fixer des programmes de médecine préventive. Ces programmes pourront être construits, selon leurs particularités, sur un modèle de même type que le programme mis en place pour la prévention du cancer du sein, en principe sous le pilotage d'un centre de référence. A titre exceptionnel, selon la nature du programme, cette mission pourrait être confiée à l'administration.

Selon les objectifs proposés dans le plan

communautaire opérationnel, différents types de programmes de médecine préventive pourraient être mis en place : dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, dépistage du risque cardio-vasculaire global, dépistage du sida et des MST, dépistage de la tuberculose, dépistage des maladies métaboliques, vaccination.

Article 16

Le paragraphe 1^{er} permet au Gouvernement d'agréer et subventionner des centres de référence pour encadrer les programmes visés à l'article précédent. Ces centres pourront piloter un ou plusieurs programmes.

Par ailleurs, le Gouvernement peut également agréer et subventionner des personnes de droit public ou privé pour réaliser pratiquement ces programmes. Selon les cas, le Gouvernement pourra également prévoir de subventionner ces personnes de droit public ou privé agréées ; en effet, certaines de celles-ci seront simplement agréées, mais non subventionnées lorsqu'elles seront financées par d'autres sources, comme l'INAMI.

Le texte du nouveau décret

Le décret relatif à la promotion de la santé a subi quatre modifications depuis 1997, dont la dernière en date contient des changements significatifs expliqués par ailleurs. Voici une version coordonnée officielle du texte, qui vous permet de prendre connaissance de l'état actuel de la législation de façon plus confortable. Elle est basée sur les décrets du 14/07/1997 (MB 29/08/1997), 22/12/1997 (MB 31/12/1997), 17/07/1998 (MB 05/11/1998), 11/07/2002 (MB 04/09/2002) et 17/07/2003 (MB 21/08/2003). La dernière réforme intervient donc 6 ans après le vote du premier texte, quasi jour pour jour.

Pour la facilité de lecture, les modifications récentes sont accompagnées d'un trait vertical à gauche du texte. Nous n'avons pas repris les éléments supprimés pour éviter d'alourdir le texte. Notons toutefois qu'un chapitre entier, concernant le Conseil scientifique et éthique et le Conseil consultatif de prévention du sida, a été supprimé, dans un souci de meilleure intégration de la prévention du sida dans le dispositif général de promotion de la santé.

La date d'entrée en vigueur des modifications apportées au décret en 2003 sera fixée par le Gouvernement.

Le Conseil de la Communauté française a adopté et Nous, Gouvernement, sanctionnons ce qui suit :

CHAPITRE I^{er}. - Dispositions générales

Article 1^{er}. - Par promotion de la santé au sens du présent décret, il faut entendre le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité

d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques.

Par prévention, il faut entendre les processus qui permettent d'intervenir avant l'apparition de la maladie pour la prévention primaire, d'en détecter les premiers signes pour la prévention secondaire ou d'en prévenir les complications ou les rechutes pour la prévention tertiaire. La prévention fait partie intégrante de la promotion de la santé.

Par médecine préventive, il faut entendre les méthodes de prévention conformes aux dispositions légales régissant l'exercice des soins de santé et les modalités d'organisation des services de santé, pour contribuer à éviter les affections morbides ou pour découvrir le plus rapidement possible, dans la population, ceux de ses membres qui sont réceptifs ou atteints d'une de ces affections, dont l'existence constitue un risque de détérioration grave pour l'état de santé du malade lui-même, parfois aussi un risque de propagation de la maladie à l'entourage du malade, et enfin souvent un risque de dégradation de la situation matérielle et sociale du malade et de sa famille.

Par système d'informations sanitaires (SIS), il faut entendre l'ensemble de composantes et de procédures organisées dans le but de fournir des données utiles, d'une part à la prise de décision en santé et à l'évaluation des politiques, straté-

gies et programmes mis en œuvre, d'autre part à la participation et à l'éclairage des acteurs de santé et de la population aux politiques et actions de santé.

Article 2. - § 1^{er}. Le Gouvernement arrête un programme quinquennal de promotion de la santé, qui définit les lignes de force de la politique de promotion de la santé en Communauté française, ainsi que de la politique de médecine préventive envisagée dans ses aspects collectifs.

§ 2. Dans un délai de 12 à 18 mois après fixation du programme quinquennal visé au § 1^{er}, le Gouvernement arrête un plan communautaire opérationnel de promotion de la santé, ci-après dénommé « plan communautaire opérationnel », s'inscrivant dans le cadre de ce programme quinquennal et définissant :

1° les objectifs opérationnels prioritaires retenus pour la durée du plan en matière de promotion de la santé, y compris de médecine préventive ;

2° les stratégies et méthodes à développer pour assurer la mise en œuvre et l'évaluation de ces objectifs prioritaires et opérationnels, les programmes de promotion de la santé, y compris de médecine préventive, les structures d'appui permanentes utiles, les programmes de formations, les outils d'informations et les campagnes de communication à mettre en œuvre, les axes de développement et de soutien aux politiques locales et aux actions communautaires de santé ;

3° les publics-cibles à intégrer dans les programmes et actions prioritaires.

Le plan communautaire opérationnel est défini en concertation avec les intervenants concernés.

§ 3. Un système d'informations sanitaires, comportant l'identification et la coordination des sources de données, le choix et le suivi d'indicateurs de santé, l'analyse d'information et la mise à disposition de l'information auprès des décideurs, des professionnels de santé et de la population, est mis en place en relais avec les opérateurs concernés.

Article 3. - Le Gouvernement fixe les délais et les conditions dans lesquels les avis et propositions prévus par le présent décret doivent lui être transmis, ainsi que, après avis du Conseil supérieur de promotion de la santé, les procédures d'agrément et de retrait d'agrément.

Art. 3bis. Les services du Gouvernement ayant la santé dans leurs attributions, ci-après dénommés l'administration, ont pour missions d'organiser la concertation avec les structures et équipes actives en promotion de la santé, y compris en médecine préventive, en s'appuyant sur l'expertise du Conseil supérieur de promotion de la santé, des centres locaux de promotion de la santé, des services communautaires, des centres de référence et sur les données du système d'informations sanitaires, pour :

1° développer une dynamique efficiente et participative entre les acteurs ;

2° développer une cohérence des activités en promotion de la santé, y compris en médecine préventive ;

3° mettre en place le plan communautaire opérationnel.

CHAPITRE II. - Le Conseil supérieur de promotion de la santé

Article 4. - § 1^{er}. Il est créé un Conseil supérieur de promotion de la santé, qui a pour missions, sans préjudice de celles qui sont visées par d'autres dispositions :

1. de proposer au Gouvernement des axes prioritaires et des stratégies en matière de promotion de la santé et de médecine préventive envisagée dans ses aspects collectifs, en tenant compte de l'ensemble des besoins répertoriés en vue de permettre la préparation du programme quinquennal et du plan communautaire opérationnel ; ces propositions viseront notamment à la promotion de la santé à l'école ;

2. de donner un avis au Gouvernement sur les projets de programme quinquennal et de plan communautaire de promotion de la santé, préalablement à leur approbation ;

3. de faire rapport au Gouvernement sur l'exécution des programmes et plans susvisés ; ces rapports sont communiqués par le Gouvernement au Parlement dans le mois de leur réception ;

4. de donner au Gouvernement, soit d'initiative, soit à sa demande, des avis sur toute question relative à la promotion de la santé, y compris la médecine préventive ; de veiller particulièrement à instruire les questions d'éthique relatives à la promotion de la santé, y compris la médecine préventive.

§ 2. Le Conseil supérieur de promotion de la santé constitue toutes les commissions qu'il estime utiles dans le cadre de ses missions.

Article 5. - Le Conseil supérieur de promotion de la santé est composé de membres nommés par le Gouvernement pour une période de 5 ans, renouvelable :

- trois membres représentant respectivement l'École de santé publique attachée à l'Université Catholique de Louvain, à l'Université Libre de Bruxelles, et à l'Université de Liège ;

- un membre représentant l'Institut de médecine préventive de la société scientifique de médecine générale ;

- un membre représentant l'Office de la naissance et de l'enfance ;

- deux membres choisis par le Gouvernement en raison de leur compétence particulière dans le domaine de la prévention du sida et des autres maladies sexuellement transmissibles ;

- deux membres représentant les associations mutualistes ;

- trois membres représentant le Comité interprovincial de médecine préventive ;

- deux membres, médecins généralistes, représentant respectivement les associations de médecins et la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones ;

- quatre membres représentant les Centres locaux de promotion de la santé dont deux au moins choisis parmi les représentants des provinces dans lesdits centres, ou du pouvoir public qui assume leurs compétences dans la Région de Bruxelles-Capitale ;

- un membre choisi par le Gouvernement en raison de sa compétence particulière dans le domaine de la lutte contre la tuberculose et les autres affections respiratoires ;

- un membre choisi par le Gouvernement en raison de sa compétence particulière dans le domaine de la prévention des assuétudes ;

- un membre représentant les pharmaciens d'officine.

- un membre représentant les Services communautaires de promotion de la santé ;

- un membre représentant les centres de référence visés à l'article 17ter ;

- deux membres représentant les associations reconnues d'usagers du système de santé ;

- deux membres représentant la Commission de promotion de la santé à l'école ;

- un membre représentant la commission francophone de promotion de la santé dans la pratique du sport.

Le Gouvernement peut aussi nommer trois membres qu'il choisit en raison de leur compétence ou de leur action particulière en promotion de la santé, ainsi que trois membres de la société civile qu'il choisit en fonction de leur compétence dans d'autres secteurs et de l'intérêt manifesté pour la promotion de la santé. Les secteurs de l'éducation permanente, de la santé environnementale, de l'aide aux publics fragilisés, sont au moins représentés par l'un de ces six membres.

Deux membres représentant le Gouvernement dont un membre représentant le ministre ayant

la promotion de la santé dans ses attributions, assistent aux séances avec voix consultative.

Le fonctionnaire général dirigeant de l'Administration, ou l'agent qu'il désigne, assiste aux séances avec voix consultative. Il peut se faire assister d'un ou plusieurs fonctionnaires.

Deux représentants des ministres chargés de la santé pour la Région wallonne et la COCOF peuvent assister aux séances à titre d'observateur.

Les membres représentant une institution sont proposés à la nomination par l'organe de gestion ou de concertation qui est compétent en ce qui les concerne.

Le Gouvernement nomme également, pour chaque membre effectif, un membre suppléant. Le membre suppléant ne siège qu'en l'absence du membre effectif.

Article 6. - Le Gouvernement désigne, sur proposition du Conseil supérieur de promotion de la santé, son président et son vice-président. Ces mandats sont incompatibles avec la qualité de fonctionnaire de la Communauté française ou d'un de ses organismes d'intérêt public. Le secrétariat du même Conseil est assuré par le fonctionnaire général dirigeant l'administration de la Communauté française, ayant la santé dans ses attributions. Il peut se faire assister dans cette tâche par un agent de l'administration qu'il désigne.

Article 7. - En cas de démission ou de décès d'un membre, son remplaçant est nommé par le Gouvernement conformément à l'article 5 pour achever le mandat de son prédécesseur.

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

Article 8. - § 1^{er} Dans les six mois de son installation, le Conseil supérieur de promotion de la santé arrête son règlement d'ordre intérieur, et le soumet à l'approbation du Gouvernement.

§ 2. Le Gouvernement fixe les jetons de présence et les indemnités de déplacement des membres du Conseil supérieur de promotion de la santé.

CHAPITRE III. - Les Services communautaires de promotion de la santé

Article 9. - Les Services communautaires de promotion de la santé (SCPS) sont des organismes ou services qui ont pour mission d'apporter une assistance logistique et méthodologique permanente en matière de formation, de documentation, de communication, de recherche ou d'évaluation, au Conseil supérieur de promotion de la santé, à l'administration, aux Centres locaux de promotion de la santé, au système d'informations sanitaires et aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive.

Article 10. - Les Services communautaires de promotion de la santé sont agréés pour cinq ans, par le Gouvernement, sur avis du Conseil supérieur de promotion de la santé. Le Gouvernement définit les missions spécifiques qui leur sont confiées dans le cadre de l'exécution du programme quinquennal et du plan communautaire opérationnel,

leur contribution permanente spécifique, les conditions d'utilisation des subventions qui leur sont accordées dans les limites des crédits budgétaires, pendant la période d'agrément, les justifications exigées et les délais dans lesquels ces justifications doivent être produites.

Le non-respect des missions et des conditions d'utilisation des subventions peut entraîner, après mise en demeure notifiée par le Gouvernement et non suivie d'effet dans les 60 jours, la suspension ou la cessation de la liquidation des subventions ainsi que le retrait de l'agrément avant terme. Le Gouvernement prend les décisions relatives à l'application du présent alinéa sur rapport de ses services compétents. En ce qui concerne les retraits d'agrément avant terme, l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé est requis avant que le Gouvernement prenne ses décisions.

Le Gouvernement peut prévoir que le premier agrément est accordé provisoirement pour une période de deux ans.

Dans les trois mois à dater de leur agrément ou du renouvellement de celui-ci, les Services communautaires de promotion de la santé constituent entre eux un comité de concertation chargé notamment de coordonner et d'évaluer leurs actions. Chaque Service communautaire y désigne un représentant.

Le président du Conseil supérieur de promotion de la santé est invité avec voix consultative aux séances du comité de concertation.

Les services communautaires travaillent en collaboration avec l'administration, les centres locaux de promotion de la santé et les centres de référence.

CHAPITRE IV. - Les Centres locaux de promotion de la santé

Article 11. - Les Centres locaux de promotion de la santé sont des organismes agréés pour coordonner, sur le plan local, la mise en œuvre du programme quinquennal et des plans opérationnels. A cet effet, ils ont pour missions :

1. d'élaborer un programme d'actions coordonnées pluriannuel, décliné en objectifs annuels ; ce programme est soumis à l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé et à l'approbation du Gouvernement, dans les délais que celui-ci détermine ;
2. de coordonner l'exécution de ce programme d'actions au niveau des organismes ou personnes qui assurent les relais avec la population ou les publics-cibles, sans distinction de tendances philosophique, politique ou religieuse, et en tenant compte des spécificités du Plan communautaire de promotion de la santé ;
3. d'apporter une aide méthodologique aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive, et de mettre à leur disposition les ressources disponibles en matière de promotion de la santé et de prévention, notamment en documentation, formation, outils d'information et expertise ;
4. d'initier au niveau de leur ressort territorial des

dynamiques qui encouragent le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire, et qui permettent de définir des priorités d'actions spécifiques pour les politiques locales de santé, en particulier par la réalisation des Conférences locales de promotion de la santé.

Les centres locaux de promotion de la santé travaillent en collaboration avec l'administration, les services communautaires de promotion de la santé et les centres de référence.

Article 12. - Un centre local de promotion de la santé est agréé par le Gouvernement sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, et dans chacun des arrondissements ou groupes d'arrondissement suivants : Nivelles, Ath - Tournai - Mouscron - Comines, Charleroi - Thuin, Mons - Soignies, Huy - Waremme, Liège, Verviers, Namur - Dinant - Philippeville, Arlon - Bastogne - Marche-en-Famenne - Neufchâteau - Virton.

Dans les trois mois à dater de leur agrément ou du renouvellement de celui-ci, les Centres locaux de promotion de la santé constituent entre eux un comité de concertation, chargé notamment de coordonner et d'évaluer leurs actions et de proposer la désignation de leurs représentants au Conseil supérieur de promotion de la santé. Lors des renouvellements de mandats, le comité de concertation veillera à ce que chacun des Centres locaux puisse y être représenté à tour de rôle.

Le comité de concertation se réunit d'initiative au moins trois fois par an.

Chaque Centre local de promotion de la santé y est représenté par au moins un délégué. Le président du Conseil supérieur de promotion de la santé est invité avec voix consultative aux séances du comité de concertation.

En outre, les Centres locaux de promotion de la santé constituent entre eux une commission d'avis des projets locaux, chargée de donner avis sur les programmes d'action et sur les recherches en promotion de la santé visés à l'article 16, alinéa 1^{er}. Cette commission est composée d'un représentant par centre local. Elle se réunit au moins quatre fois par an. Le Président du Conseil supérieur de promotion de la santé est invité avec voix consultative aux séances de la commission. Le secrétariat de la commission est assuré par l'administration. Le Gouvernement fixe les modalités de fonctionnement de la commission.

Article 13. - Peuvent seuls être agréés et subventionnés les Centres locaux de promotion de la santé associant pouvoirs publics et personnes privées, pour autant que les conditions suivantes soient respectées :

1. l'organisme doit revêtir la forme d'une association sans but lucratif au sens de la loi du 27 juin 1921 ;
2. l'association doit avoir notamment pour objet l'organisation d'un partenariat pluraliste pour la mise en œuvre sur le plan local de la promotion de la santé, conformément au programme quinquennal et aux plans communautaires opérationnels arrêtés par le Gouvernement et exercer ses activités dans un des ressorts territoriaux définis à l'article 12 ;

3. les statuts doivent prévoir qu'un représentant de la Communauté et de chacun des autres pouvoirs publics contribuant au financement de l'association reçoivent les documents et procès-verbaux de l'assemblée générale et du conseil d'administration, et assistent aux séances avec voix consultatives, à moins qu'il ne siège en qualité de membre ;

4. La Province ou le pouvoir public qui assume ses compétences dans la Région de Bruxelles-Capitale, dans lequel le Centre local exerce son activité, doit être membre de l'association, sauf dérogation accordée par le Gouvernement ;

5. deux représentants des services ou centres compétents en matière de promotion de la santé à l'école et un représentant de l'Office de la naissance et de l'enfance doivent être membres de l'association.

Article 14. - § 1^{er} La Communauté française contribue au fonctionnement de chaque Centre local de promotion de la santé par une subvention de base.

§ 2. L'octroi d'une contribution complémentaire de la Communauté française et des organismes d'intérêt public qui en dépendent à un Centre local de promotion de la santé est subordonné à une contribution des personnes de droit public et privé qui en sont membres.

Ces contributions peuvent être soit financières, soit réalisées par la mise à disposition de personnel, de locaux ou encore par la fourniture de services.

La contribution complémentaire de la Communauté française et des organismes d'intérêt public qui en dépendent ne peut globalement être supérieure à la moitié du total des autres contributions.

Article 15. - Les Centres locaux de promotion de la santé sont agréés pour cinq ans par le Gouvernement, sur avis du Conseil supérieur de promotion de la santé. Le Gouvernement définit les missions spécifiques qui leur sont confiées dans le cadre du programme quinquennal et des plans communautaires de promotion de la santé, les conditions d'utilisation des subventions et autres contributions qui leur sont accordées pendant la période d'agrément, dans les limites des crédits budgétaires, les justifications exigées et les délais dans lesquels ces justifications doivent être produites.

Le non-respect des missions et conditions visées au 1^{er} alinéa peut entraîner, après mise en demeure notifiée par le Gouvernement et non suivie d'effet dans les 60 jours, la suspension ou la cessation de la liquidation des subventions, le retrait des autres contributions ainsi que le retrait de l'agrément avant terme. Le Gouvernement prend les décisions relatives à l'application du présent alinéa sur rapport de ses services compétents. En ce qui concerne les retraits d'agrément avant terme, l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé est requis avant que le Gouvernement prenne ses décisions.

Le Gouvernement peut prévoir que le premier agrément et le premier subventionnement sont accordés provisoirement pour une période de deux ans.

CHAPITRE V. - Des actions et recherches en promotion de la santé

Article 16. - Le Gouvernement peut subventionner des programmes d'action ou des recherches spécifiques à vocation locale ou communautaire, sur avis du Conseil supérieur de promotion de la santé, en ce qui concerne les programmes et recherches à vocation communautaire, à l'exclusion des programmes de médecine préventive visés au chapitre Vbis ou sur avis de la commission d'avis des projets locaux visée à l'article 12, alinéa 4, en ce qui concerne les programmes et recherches à vocation locale.

Le non-respect des missions et conditions visées au 1^{er} alinéa peut entraîner, après mise en demeure notifiée par le Gouvernement et non suivie d'effet dans les 60 jours, la suspension ou la cessation de la liquidation des subventions. Le Gouvernement prend les décisions relatives à l'application du présent alinéa sur rapport de ses services compétents.

Article 17. - Les programmes d'action ou de recherche visés à l'article 16 ne peuvent être financés que s'ils correspondent aux objectifs du programme quinquennal ou du plan communautaire opérationnel.

Il sera en particulier tenu compte des populations qui connaissent une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable et des différences de cultures.

CHAPITRE Vbis. - Des programmes de médecine préventive

Art. 17bis. § 1^{er}. Le Gouvernement fixe, sur base du programme quinquennal et après avis du Conseil supérieur de promotion de la santé, des programmes de médecine préventive à vocation communautaire.

Ces programmes correspondent aux objectifs du plan communautaire opérationnel.

Ils sont présentés sous forme d'un protocole.

Ils sont pilotés par un centre de référence, désigné par le Gouvernement, après avis du Conseil supérieur de promotion de la santé. A titre exceptionnel, le Gouvernement peut décider que certains programmes sont pilotés par l'administration.

Par pilotage, on entend le fait de veiller à la réalisation des différentes étapes d'un protocole de médecine préventive, à savoir la programmation des actions de médecine préventive, l'enregistrement des données, le suivi des actions et l'évaluation du protocole.

En application des principes de « la médecine basée sur les preuves » et de « la promotion de la santé basée sur les preuves » et du principe de subsidiarité, ces programmes se fondent sur les preuves de pertinence et d'efficacité, l'expérience des professionnels de la santé et les valeurs et les attentes de la population.

§ 2. Ces programmes sont, dans la mesure du possible, réalisés par les intervenants les plus proches de la population et dans la relation la plus continue avec elle, à savoir les médecins généralistes, en collaboration avec l'Office de la Naissance et de l'Enfance, les services et centres de promotion de la santé à l'école, les pédiatres, et plus généralement le secteur ambulatoire et les services de proximité d'aide aux personnes.

Dans l'élaboration de ces programmes, il est en particulier tenu compte des populations qui connaissent une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable et des différences de cultures.

§ 3. Les CLPS peuvent être associés à la mise en place de ces programmes.

§ 4. Le Gouvernement fixe les modalités d'exécution de cet article.

Art. 17ter. § 1^{er}. Le Gouvernement peut agréer et subventionner des centres de référence pour assurer la mission visée à l'article 17bis, § 1^{er}, alinéa 3.

Dans le cadre de cette mission, ces centres de référence contribuent au système d'informations sanitaires et développent une expertise scientifique, la concertation avec les acteurs et la coordination avec les établissements et les personnes de droit public et privé visées à l'alinéa 2.

Le Gouvernement peut également agréer et subventionner des établissements ou des personnes de droit public ou privé, pour assurer la mission visée à l'article 17bis, § 2.

Dans le cadre de cette mission, ces établissements ou personnes de droit public ou privé réalisent les actes de dépistage et les autres interventions de médecine préventive prévues dans le protocole visé à l'article 17bis, § 1^{er}, alinéa 2.

§ 2. Le Gouvernement fixe la procédure et les conditions d'agrément des structures visées au § 1^{er}, ainsi que les modalités de recours.

Les conditions d'agrément portent notamment sur l'appareillage et les conditions techniques, les qualifications du personnel, les critères de qualité pour la réalisation des programmes.

§ 3. Le Gouvernement fixe les conditions d'octroi des subventions aux structures visées au § 1^{er}.

§ 4. Le Gouvernement détermine les conditions de retrait d'agrément ou de suspension de la liquidation des subventions, ainsi que les modalités de recours.

Coordination officielle des textes réalisée par Jacques Henkinbrant

RÉFLEXIONS

Questions éthiques dans les soins de santé

En tant que principale mutualité de Belgique, co-responsable de la gestion et de l'exécution de l'assurance maladie, la Mutualité chrétienne ne peut rester indifférente face au nombre croissant de dilemmes médico-éthiques.

Toutes les formes de soins peuvent-elles être intégrées dans l'assurance maladie obligatoire ? Chacun peut-il de façon illimitée avoir droit aux remboursements ? Qui peut faire des choix et selon quels critères ? Dans quelle mesure le patient est-il responsable des coûts liés à son mode de vie ? Une mutualité ou un assureur privé peuvent-ils procéder à une sélection des risques, et

dans quelles conditions ? L'information diagnostique doit-elle être mieux protégée ?

Ces questions et d'autres ont été abordées lors d'un symposium organisé l'an dernier avec l'aide de quatre experts universitaires en matière d'éthique médicale.

Les lignes de force de cette journée d'études sont résumées dans une brochure qui définit la problématique, aborde le transfert d'informations au patient, et défend le souci d'un accès universel aux soins de santé par la solidarité entre 'malades' et 'bien-portants'. Sur la question de la responsabilité individuelle, la position de l'organisme assureur est sans ambiguïté : 'La Mutualité chrétienne ne

trouve ni souhaitable, ni praticable de priver de soins de santé les patients qui adoptent un mode de vie malsain ou de leur imposer des restrictions en matière de financement solidaire'. Une affirmation qui ne va pas de soi à l'heure où les tentatives de privatiser les grandes fonctions collectives se font de plus en plus insistantes !

Des informations plus détaillées sur ces questions paraîtront prochainement.

La plaquette 'Questions éthiques dans les soins de santé' peut être commandée gratuitement auprès de M^{me} Linda Mahieu, au 02 - 246 44 84, courriel : linda.mahieu@mc.be

De la prévention des risques aux risques de la prévention

Une des caractéristiques de la politique belge en matière de gestion des situations liées aux usages de drogues illicites réside en ce sentiment d'avancée et de recul en même temps. En effet, une fois de plus, des incohérences continuent à courir, sans doute influencées en partie par l'émoi que les drogues suscitent souvent de façon tout à fait irrationnelle.

D'une part, et ce malgré le contexte prohibitionniste, la Ministre francophone de la Santé Nicole Maréchal, prend position en faveur d'une politique de réduction des dommages et des risques liés aux usages des drogues. Elle plaide pour une politique qui vise prioritairement l'amélioration des situations de consommations de produits qui, de par leur illégalité, mettent d'avantage en danger la vie de leurs usagers.

Quant au Ministre de la Justice, il considère cette démarche comme une autorisation d'usage de produits interdits par la loi. Comment peut-on à la fois interdire la détention de certaines substances et « favoriser » leurs usages dans de bonnes conditions ?

Les deux positions sont cohérentes relativement à la logique sur laquelle elles s'appuient, d'un côté les substances sont interdites par la loi (donc, on doit prendre des mesures par rapport à ça), de l'autre, il est essentiel de réduire les dommages liés à leurs usages en termes de santé publique, quel que soit le statut des substances. La cohabitation entre ces deux options ne peut toutefois qu'engendrer la confusion.

D'autre part, nous constatons que, de plus en plus, les policiers entrent dans nos écoles pri-

maires et secondaires pour faire de la prévention auprès des élèves. Il n'est d'ailleurs pas rare de les entendre parler de réduction de risques en parlant de leur travail de prévention. Sans être corporatistes, sans vouloir défendre notre « bout de gras », cette évolution nous pose de nombreuses questions.

La santé mentale et physique des individus relève-t-elle plutôt des compétences du ministère de la Santé ou de celui de la Justice ? Tout comme dans le champ éducatif, est-ce aux policiers fédéraux ou aux enseignants (et à l'ensemble de l'équipe éducative) d'occuper une fonction éducative auprès des jeunes ?

Par une lecture linéaire et simpliste, ce rapport semble évident : certaines drogues sont interdites, donc la prévention de leurs usages auprès de différents publics revient aux agents répressifs. Cela semble moins évident de penser que, du même coup, le policier doit se substituer à l'enseignant dans son rôle d'éducateur dans le cadre scolaire s'agissant des questions d'usages de drogues. De même, peut-on imaginer que, par rapport au vol (acte illégal), on fasse appel aux policiers pour enseigner la morale ?

Pour la plupart des intervenants psychosociaux travaillant dans le domaine de la prévention des assuétudes, un des facteurs majeurs produisant nombre des conduites à risques dans nos sociétés occidentales est celui du manque de démarquage clair notamment entre les générations, entre le féminin et le masculin, etc. produisant ainsi de plus en plus de confusion dans les rôles et les fonctions que chacun a à occuper.

De ce fait, la reproduction de cette confusion à d'autres niveaux peut être très

dommageable, surtout pour les jeunes en quête de leur identité.

Si l'appel aux policiers dans le cadre scolaire pour parler de leur domaine, leurs missions et leur métier (comme fonction existante et importante pour le fonctionnement de la société) peut avoir un certain sens par rapport à l'apprentissage civique, par contre leur présence comme interlocuteur pour débattre avec les jeunes de « l'estime de soi », de « comment faire face à la pression d'un groupe », etc. produit du non-sens.

La prévention des assuétudes ne s'inscrit-elle pas avant tout dans le domaine des relations humaines, les relations que les humains entretiennent entre eux et avec « les choses de l'existence », donc relevant de l'éducation et du social ?

On se trouve en effet au croisement de deux logiques différentes, voire même opposées. On assiste à une confusion des rôles et des compétences lorsque le policier prend la place du professeur.

Si en matière de réduction des dommages et des risques liés aux usages, on peut se réjouir d'une évolution qui va dans le sens d'une prise en compte de l'intégrité et de la dignité des usagers de drogues, on peut aujourd'hui s'inquiéter d'un retour en arrière dans le domaine de la prévention lorsqu'on accorde la primauté à l'approche sécuritaire au détriment d'une approche éducative et préventive.

Azadeh Banaï, Infor-Drogues

Article déjà paru dans 'Brèves de Comptoir, etc.' de Modus Vivendi

MATÉRIEL

Arrêter de fumer

La Mutualité socialiste vient d'éditer un nouveau *Guide Solidarité Santé*, intitulé prudemment 'Se préparer à arrêter', à l'intention des fumeurs insatisfaits.

Pas question ici de faire la leçon aux fumeurs, mais d'offrir un grand nombre d'informations, sur près de 70 pages, à ceux d'entre eux qui envisagent d'essayer d'arrêter de fumer, ce qui n'est jamais simple.

Le document aborde les obstacles (dépendance à la nicotine, peur d'échouer, de prendre

du poids...), la préparation (en 5 étapes : faire le point, renforcer la confiance en soi, imaginer le futur sans tabac, relaxation et respiration, modification progressive des habitudes avant le sevrage), l'arrêt proprement dit, et la gestion de l'envie de fumer après l'arrêt.

La brochure s'attarde aussi sur les aides extérieures, qui ne dispensent pas le candidat non-fumeur de se prendre en charge lui-même : médecin généraliste, centres d'aide aux fumeurs, traitements médicamenteux,

médecines parallèles, relaxation, aide psychologiques, groupes de soutien...

A noter aussi que cette publication fait largement appel aux témoignages d'anciens fumeurs.

Se préparer à arrêter, brochure disponible au Département Communication de l'UNMS, rue S'-Jean 32-38, 1000 Bruxelles. Tél.: 02-515 05 59. Fax : 02-512 62 74. Vous pouvez aussi commander ou télécharger le document sur le site www.mutsoc.be, à la rubrique 'Publications'.

Danse avec les poux

Lors du forum consacré à la pédiculose en janvier dernier¹, un document pratique sur la question avait été annoncé pour le courant de l'année. Promesse tenue, la brochure *Danse avec les poux* fournit nombre d'informations précieuses réparties en 14 questions et réponses : le pou de tête est-il dangereux, attrape-t-on des poux par manque d'hygiène, quels sont les traitements conseillés et efficaces, et si le traitement échoue, que prévoit la réglementation scolaire lorsqu'il y a des poux dans une classe... A chaque question, une réponse claire synthétique est donnée.

De quoi mieux armer les parents et leur éviter des dépenses inutiles pour des produits aussi chers qu'inefficaces. Un poster rappelant la

marque à suivre en cas de problème est encarté dans ce document.

Danse avec les poux, brochure de 12 pages disponible gratuitement à la DG Santé, Direction de la promotion de la santé, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Tél.: 02 - 413.26.09 ou 34. Courriel : sabine.pierard@cfwb.be

¹ Voir C. De Bock, 'Plus on est de poux, (air commu...), Education Santé n° 178, avril 2003



Attachons les enfants en voiture!

En 2001, 2703 enfants de moins de 15 ans ont été victimes d'un accident en tant que passagers de voiture, ce qui fait, en moyenne, plus de 7 enfants par jour. Parmi eux, 263 ont été tués ou gravement blessés.

De trop nombreux parents installent leur enfant directement sur la banquette arrière ou dans un siège-auto, sans prendre le temps de l'attacher.

On sait par ailleurs que l'utilisation correcte d'un siège-auto divise par trois le risque d'être tué ou gravement blessé. La comparaison avec une chute permet de se faire une idée de l'impact. Pour un enfant non protégé, un choc à 30 km/h équivaut à tomber du premier étage d'un

immeuble. Un accident à 50 km/h correspond à une chute d'environ 10 mètres, soit plus ou moins 3 étages! Transporter un enfant non attaché en voiture est un peu comme le laisser jouer seul sur un balcon sans garde-fou...

L'Institut belge pour la sécurité routière publie une nouvelle brochure à destination des parents, rappelant pourquoi les enfants doivent être installés dans des systèmes de retenue adaptés à leur poids et à leur taille, comment utiliser correctement un siège-auto, pourquoi l'air-bag peut être dangereux pour les enfants... Elle contient également des pages spéciales pour les enfants.

La brochure a été intégrée dans la « Boîte rose », un colis cadeau distribué dans toutes les maternités du pays. Elle a été envoyée aux crèches, aux services de garde d'enfants et aux pédiatres afin qu'ils la mettent à la disposition des parents. L'ONE et la Ligue des familles participent également à sa diffusion.

La brochure peut être obtenue gratuitement auprès de l'IBSR, chaussée de Haecht 1405, 1130 Bruxelles. Tél.: 02-244 15 11.

Fax : 02-244 15 28. Courriel : info@ibsr.be

La brochure peut aussi être téléchargée à partir du site <http://www.ibsr.be>

Prévenir le suicide à l'adolescence

En 1988, le Service de santé mentale de l'Université libre de Bruxelles, en collaboration avec la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, a mené une étude sur la problématique du suicide à l'adolescence et sur sa prise en compte dans les dispositifs de prévention et de traitement en région bruxelloise².

Cette même étude a permis de constater des carences à tous les niveaux du repérage, de la prévention, du diagnostic et du traitement des risques suicidaires chez l'adolescent.

Suite à cela, une série d'initiatives ont été prises, dont la mise en œuvre d'une coordination au sein du réseau d'enseignement de la Ville de Bruxelles, ou le subventionnement par la Commission communautaire française d'une recherche-action préventive en milieu scolaire. Dans le même temps, la province de Liège développait une série d'initiatives similaires.

Outre le milieu scolaire, un autre grand champ d'actions préventives potentielles est celui de la

médecine générale et pédiatrique. Le Service de santé mentale de l'ULB et le Fonds Houtman publient à présent un dépliant et une brochure destinés à informer les médecins sur l'importance du rôle préventif qu'ils peuvent tenir face au suicide des adolescents. Les auteurs ont pour objectifs d'améliorer la prise en charge de la problématique suicidaire, d'affiner l'approche diagnostique et thérapeutique, de susciter le travail en réseau avec les spécialistes de la santé mentale de l'adolescent, et enfin, d'encourager la formation des médecins dans la prise en charge des adolescents.

Le dépliant propose une première approche de la problématique. La brochure répond à une demande d'information plus détaillée autour du rôle du médecin généraliste, des signes pouvant faire suspecter un risque suicidaire chez un adolescent, de l'appréciation de l'urgence, des attitudes à adopter face à un risque ou à une tentative de suicide, ou encore du

rôle du médecin généraliste auprès de l'entourage d'un adolescent suicidaire.

« Prévenir le suicide à l'adolescence – le rôle des médecins généralistes » (dépliant) et « Prévenir le suicide à l'adolescence – 10 questions aux médecins généralistes » (brochure) sont disponibles auprès du Fonds Houtman, avenue de la Toison d'Or 60 C, 1060 Bruxelles. Tél. 02-543 11 75. Fax : 02-543 11 78. Courriel : houtman@skynet.be.

La brochure peut aussi être consultée sur le site <http://www.ulb.ac.be/assoc/ssm/archives-et-doc.html>

² « Suicide et tentative de suicide à l'adolescence. Situation du problème et investigation préliminaire des dispositifs sanitaires en région de Bruxelles-Capitale », rapport de la Coordination des urgences Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale – Département « adolescence » du Service de santé mentale de l'ULB, septembre 1988, avec le soutien de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale.

Accès à l'information en ligne en éducation pour la santé et en promotion de la santé

Quelle évolution pour les bases de données DOCTES et QUISANTE en 5 ans (1998- 2002)?

L'ouverture d'Internet à un plus large public à partir des années 1990, surtout depuis l'apparition du World Wide Web et de la logique hypertextuelle¹, a progressivement bouleversé nos habitudes de vie, de loisir et de travail. D'aucuns affirment même² que cette évolution fulgurante est responsable « d'une véritable révolution post-industrielle et de l'entrée dans une nouvelle ère ». En 1996, Jacques Chaumier³ décrit la finalité d'un service de documentation comme ceci : « son objectif est de diffuser, transmettre, faciliter l'accès, faire découvrir, apporter les documents nécessaires à l'utilisateur ». Outil de communication, d'accès à l'information et de diffusion de l'information par excellence, Internet incarne le complément désormais indispensable d'un service de documentation.

Le domaine de la santé en général est d'ailleurs bien représenté sur Internet. A tel point qu'il existe plusieurs catalogues anglophones et francophones en ligne spécialisés dans le domaine médical (par exemple Health on the Net⁴, CISMEF⁵...) qui proposent une sélection et une classification de sites de qualité afin d'aider les internautes à s'y retrouver dans le foisonnement d'informations disponibles.

Qu'en est-il en Belgique, dans le domaine de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé, et plus particulièrement en Communauté française avec les bases de données DOCTES et QUISANTE ?

Cet article retrace l'adaptation des bases de données, des services et de l'offre de l'unité UCL-RESO à la nouvelle ère de l'information qui s'est développée avec Internet. Le public des bases de données s'est-il adapté aux nouvelles habitudes de recherche d'information ? Et dans ce cas, le nouveau comportement de recherche a-t-il eu des implications sur les fréquentations du service de documentation ? Comment le réseau de partenaires à l'origine de DOCTES s'est-il adapté à la nouvelle situation ?

DOCTES, base de données bibliographiques partagée en éducation pour la santé et promotion de la santé, contient plus de 35.000 références de documents (livres, mémoires,

articles de périodiques, rapports, brochures, littérature grise...) de nature scientifique, pour intervenant ou pour tout public.

Alimentée par 7 équipes, son objectif est de fournir à tous une réponse précise en documentation concernant la promotion de la santé et l'éducation pour la santé de l'individu ou de la communauté.

QUISANTE constitue un répertoire d'organismes actifs dans le domaine de la promotion de la santé en Communauté française de Belgique. Mis à jour tous les 2 ans suite à un publipostage, il contient environ 1200 coordonnées.

Consultables sur Internet depuis 1997 (www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso), ces bases s'interrogent en ligne actuellement grâce à un logiciel de recherche (PLweb). Ce logiciel permet une interrogation implicite⁶ facile et son utilisation approfondie suppose la lecture de quelques conseils.

L'atout principal de l'interrogation en ligne de DOCTES tient dans le fait que les données sont très récentes puisqu'une mise à jour est effectuée mensuellement. L'accessibilité, propre à Internet est un autre de ses points forts. Ainsi, DOCTES et QUISANTE peuvent s'interroger n'importe où (lieu de travail, domicile, bibliothèques ou autres centres de documentation...).

L'exécution de la recherche est rapide et la présentation des références claire et attrayante.

Les statistiques de consultations des bases de données du RESOdoc⁷ témoignent d'ailleurs totalement de l'évolution fulgurante d'Internet. En effet, elles ont été multipliées par 7 en 5 ans (voir graphique).

Les chiffres de l'année 1999 n'étant malheureusement pas disponibles, les données présentées pour 1999 sont celles de 1998. Le léger recul des consultations de l'année 2001 s'explique par le passage à un nouvel outil d'interrogation nécessitant un changement d'adresse Internet (url).

Parallèlement à l'augmentation des consultations en ligne, mais dans une moindre mesure néanmoins, on constate une diminution des fréquentations sur place depuis 1998.

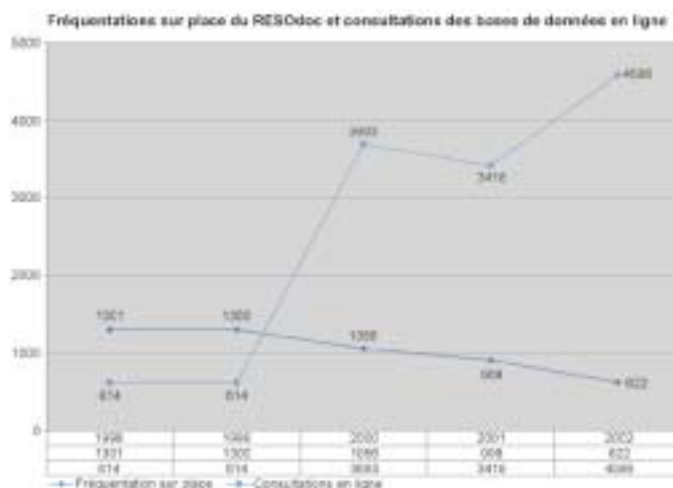
L'hypothèse avancée pour expliquer cette situation est la suivante. Une recherche documentaire se construit en plusieurs étapes : délimitation du sujet, des mots-clés ; interrogation d'outils ; sélection des documents les plus pertinents ; photocopie, emprunt éventuel des documents choisis. Grâce à Internet et à l'interrogation en ligne de DOCTES, les premières étapes de la recherche (interrogation et sélection) ne sont plus obligatoirement faites sur place mais peuvent se faire à distance, limitant la visite au service de documentation à la consultation et l'emprunt éventuel du document. Effectivement, dans la réalité quotidienne du service de documentation, des visiteurs de plus en plus nombreux se présentent en possession d'une liste des documents qui les intéressent.

La fréquentation du RESOdoc pourrait d'ailleurs être encore plus réduite dans le futur. Déjà, certains utilisateurs consultent DOCTES en ligne et commandent une photocopie des documents par courrier électronique.

Par contre, le public qui fréquente le RESOdoc ne s'est pas foncièrement modifié. Il s'agit toujours d'un public diversifié. Si les étudiants, qui étaient majoritaires en 1998,

se sont vus supplanter par le personnel paramédical (un tiers du public), le reste des visiteurs se ventile toujours entre les chercheurs, psychologues, licenciés en éducation pour la santé, enseignants, personnel médical et travailleurs sociaux.

La particularité de DOCTES tient dans son statut de base de données partagée. Le RESOdoc anime et coordonne, depuis ses débuts en 1990, le réseau DOCTES, composé de centres de documentation actifs dans le domaine de la promotion de la



santé (nombre de participants variant entre 20 et 12 sur les 5 dernières années, voir encadré pour les adresses). Sur base d'un contrat signé avec le RESOdoc, les centres-partenaires contribuent à l'accroissement de la base de données en dépouillant et analysant les articles de quelques revues qui sont ensuite déversées dans la base DOCTES.

A l'origine, la participation à ce réseau était conditionnée par la possession d'un logiciel documentaire commun –à savoir TEXTO– afin de faciliter l'échange informatique de données. En contrepartie, les partenaires DOCTES bénéficiaient d'un accès gratuit à la totalité de la base de données DOCTES via modem ou cédérom et des outils développés en commun par le réseau : bordereau d'analyse, liste de mots-clés...).

Avec le temps, le réseau a évolué. Les participations actives se sont raréfiées (disparition de certains centres, adoption d'un autre matériel informatique...), la base de données est devenue accessible gratuitement sur Internet, certains centres ont souhaité rester dans le réseau mais la charge de dépouillement devenant trop élevée, n'ont plus été en mesure d'exporter des données, le réseau s'est aussi ouvert à la France.

Actuellement, le réseau DOCTES compte 12 membres (ULG-APES, ULB-PROMES, UCL-RESOdoc, Cultures et Santé, Ligue Braille, Centre Nadja, CEDIF, Centre d'éducation du patient, CRAMNP, Centre PMS-COCOF, Parthages, Handicap et Santé) dont 7 seulement sont encore productifs en notices bibliographiques. Ils participent également, en fonction de leur spécificité, à la réalisation des recueils documentaires⁶ que publie le RESOdoc en collaboration avec le CLPS de Bruxelles et l'ULB PROMES.

Au fil du temps cependant, l'apport de la totalité des partenaires est toujours resté à peu près identique. Il a approximativement toujours représenté un peu moins de la moitié de l'accroissement annuel de la base de données DOCTES, le RESOdoc étant à l'origine de l'autre moitié.

La diminution progressive du nombre de partenaires et, par conséquent du nombre de notices bibliographiques apportées par ceux-ci, a coïncidé, au RESOdoc, avec une sélection plus stricte des articles à intégrer dans la base de données et l'acquisition de davantage de livres (plus coûteux et moins productif en références) plutôt que d'abonnement de périodiques. Ce choix est à l'origine de la chute de l'accroissement annuel de DOCTES depuis 1998.

Afin de ne pas étouffer le réseau DOCTES sur lui-même en limitant son accès aux seuls possesseurs du logiciel TEXTO (logiciel

Liste des membres du réseau DOCTES en 2003

UCL-Unité d'Éducation pour la santé-RESO
Service de documentation en éducation pour la santé (RESOdoc)

UCL 50.70 - Centre Faculté -1,
Av. Mounier 50, 1200 Bruxelles

Association pour la Promotion de l'Éducation pour la Santé (APES)

Évaluation des programmes en Éducation pour la santé.
Sart-Tilman - Bâtiment B23, 4000 Liège

ULB-PROMES

ESP - route de Lennik 808, CP 596,
1070 Bruxelles

Centre d'Éducation du patient (CEP)

Éducation pour la santé du patient
Rue du Fond de la Biche 4
5330 Godinne (Yvoir)

Centre NADJA

Prévention des drogues
Rue de la Régence 55, 4000 Liège

Centre PMS-COCOF

Médecine préventive et médecine scolaire.
CPMS 1, Rue du Meiboom 14, 1000 Bruxelles

CRAM Nord-Picardie / CERFEP

(Centre Régional de Ressources et de Formation à l'Éducation du Patient)
Promotion de la santé
11 Allée Vauban,
F-59661 Villeneuve d'Ascq Cedex

Cultures et santé

Santé des immigrés et éducation pour la santé.
Rue Gallait 60, 1030 Bruxelles

Handicap et Santé (Namur)

Éducation pour la santé des personnes handicapées.
FUNDP - Faculté de Médecine
Département de Psychologie
Rue de Bruxelles 61, 5000 Namur

Ligue Braille

Information et documentation sur le handicap de la vue
Rue d'Angleterre 57, 1060 Bruxelles

Parthages - ASBL

Insertion sociale des handicapés
Rue de la Poterie 20/2, 1070 Bruxelles

CEDIF

Planning familial et éducation affective et sexuelle
Rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles

qui n'a plus été produit, ni fait l'objet de maintenance après 2000), la récupération des données issues d'autres logiciels documentaires a été développée avec succès durant l'année 2002. De nouveaux partenaires éventuels motivés en partie par la

visibilité qu'ils peuvent espérer pour leur propre centre de documentation, se sont fait connaître en Belgique et à l'étranger. Leur intégration (à l'étude actuellement), dynamise le réseau DOCTES et lui ouvre de nouveaux horizons.

Les bases de données ne sont pas le seul service de l'unité UCL-RESO à profiter des avantages d'Internet. En effet, en plus des informations sur la licence en éducation pour la santé dispensée par l'unité, les publications des chercheurs, les recueils, les séminaires et autres formations organisées par l'UCL-RESO ou le RESOdoc y sont également répertoriées. Les dossiers techniques, revues de littérature réalisées gratuitement par l'UCL-RESO à la demande de tout organisme belge en promotion de la santé, apparaissent dans un format aisément imprimable et contribuent certainement pour une grande part au succès du site général de l'UCL-RESO.

La consultation en ligne des bases de données DOCTES et QUISANTE et les autres services proposés sur le site de l'UCL-RESO s'inscrivent dans le cadre des missions auxquelles l'UCL-RESO s'est engagée auprès de la Communauté française, à savoir de faciliter l'accès à la documentation, notamment professionnelle et scientifique, en promotion de la santé.

L'amélioration du site Internet et des accès aux bases de données reste toujours au centre des priorités du RESOdoc. Plusieurs projets (évaluation de l'accès en ligne, descripteurs consultables en ligne...) sont d'ailleurs en cours de réalisation.

Karine Verstraeten, Alain Deccache,
RESOdoc Unité UCL-RESO, Ecole de Santé Publique, Health System Research, Université catholique de Louvain

1 "De l'université au grand public. L'histoire d'Internet. Le world wide web" consulté en avril 2003 à l'adresse www.funoc.be/etic/dossooi/artoo8.html

2 Pierre Lelong, (2001), Impact des technologies de l'information sur l'évolution des technologies et des métiers, consulté sur Internet en février 2003 à l'adresse <http://www.crif.be/fr/publications/techniwatch/2001-10/impactdestechnologiesticio-fr.pdf>

3 CHAUMIER J (1996) Travail et méthodes du documentaliste, ESF, Paris, 1996, p.79

4 Catalogue Health on the Net <http://www.hon.ch/>

5 Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones <http://www.chu-rouen.fr/cismef/>

6 Une recherche implicite s'effectue à travers tous les champs (auteur, titre, résumé...) de la base de données

7 RESOdoc produit deux bases de DOCTES (base de données bibliographiques, 35.000 références) et QUISANTE (base de données répertoriant les organismes actifs dans le domaine de la santé, 1200 références), les statistiques des deux bases sont indissociablement liées depuis 2001, tous les chiffres qui sont présentés dans cet article suivent cette logique.

8 Les recueils documentaires contiennent des informations basiques et récentes en langue française concernant les grands thèmes de la santé. Ils proposent des articles, des références bibliographiques et des adresses d'organismes ou de sites Internet.

Formation**Brabant wallon****Octobre-novembre 2003**

Formations en promotion de la santé et en communication, à l'attention de responsables de projets : travailleurs sociaux, infirmières et médecins scolaires, éducateurs, TMS, kinésithérapeutes, enseignants, directeurs d'écoles, responsables d'écoles de devoirs, employés de mutuelles, diététiciens....

Le CLPS du Brabant wallon organise en partenariat avec le Centre socialiste d'éducation permanente (CESEP) deux modules qui s'adressent aux responsables de projets désireux de travailler en équipes pluridisciplinaires ou souhaitant entamer des partenariats.

Ces modules s'intitulent « Dynamique de groupe (au sein d'une équipe de travail) » et « Mobiliser et motiver une équipe de travail ».

Le premier aura lieu les 3, 10 et 24/10 2003 et le second les 31/10, 14 et 28/11/2003. Il est souhaitable d'avoir suivi le module *Dynamique de groupe* avant de s'inscrire au second.

Ces modules sont réservés prioritairement aux professionnels du Brabant wallon.

Renseignements et inscriptions auprès de Anne-France Hubaux au Centre local de promotion de la santé du Brabant wallon. Tél.: 010-23 61 03.

Assuétudes**Bruxelles****Octobre 2003**

Le Pélican organise deux formations de deux jours sur :

- *Alcool - alcoolisation - alcoolisme*, les 13 et 15 octobre de 9h à 16h.
- *Drogues : usages - abus - toxicomanies*, les 27 et 29 octobre 2003 de 9h à 16h.

Lieu : salle de la Ligue bruxelloise francophone de santé mentale, rue du Président 55, 1050 Bruxelles.

P.A.F.: 25 € par formation, 15 € pour les étudiants et les demandeurs d'emploi. Gratuit pour les boursiers. Uniquement sur réservation.

Renseignements : 02-502 08 61.

Internet : www.lepelican.org

Conférence locale**Mouscron****16 octobre 2003**

Le Centre local de promotion de la santé du Hainaut occidental invite tous les professionnels et usagers du secteur psycho-médico-social à participer à sa 3^e Conférence Locale sur le thème de la

participation des usagers aux actions de promotion de la santé. Chaque atelier sera introduit par des expériences de terrain suivies d'un débat.

- Atelier 1 : Participation à la santé et trajectoires de vie ;
- Atelier 2 : Participation des usagers au travers des groupes d'entraide et de soutien ;
- Atelier 3 : Participation à la santé et milieux de vie.

Cette journée se déroulera de 9h à 16h à la Salle Excel à Mouscron. Participation gratuite.

Le cycle des Conférences locales année 2003 se clôturera en *décembre 2003* par une après-midi de *synthèse* où seront invitées les autorités publiques pour entendre et réagir aux questions, propositions et interpellations issues des débats.

Renseignements au CLPS-Ho, rue de Cordes 9, 7500 Tournai.

Tél.: 069-22 15 71.

Fax : 069-23 52 50. Courriel :

clps.hainaut.occidental@skynet.be

Maltraitance**Bruxelles****16 octobre 2003**

Conférence de Marie-Rose Moro (Pédopsychiatre, professeur à Paris 13) sur le thème *Besoins des enfants et questions culturelles*, au départ de son expérience à la consultation transculturelle de l'hôpital Avicenne de Bobigny et de son travail d'expert auprès du Juge des enfants pour des questions de maltraitance à enfants dans des familles migrantes.

La conférence aura lieu à 20h30 à l'Institut libre Marie Haps, rue d'Arlon 14, 1040 Bruxelles. P.A.F.: 6 €.

Secrétariat : S. Hautfenne, 02-549 54 62.

Adolescent**Wépion****17 octobre 2003**

Quelle image la recherche scientifique donne-t-elle des jeunes dans les différents domaines ? Cette vision correspond-elle à celle des professionnels qui tous les jours travaillent avec les jeunes ? Quels sont les thèmes, les problématiques les plus fréquemment abordés ?

Comment la recherche actuelle peut-elle aider les professionnels à améliorer leurs pratiques ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans la diffusion des résultats de la recherche ? Les questions qui sont posées par les recherches correspondent-elles à des questions que se posent les professionnels ?

Comment la participation des professionnels à la formulation des questions de recherche pourrait-elle être améliorée ? Comment les thèmes de recherche ont-ils évolué ? Comment les apports de la recherche sont-ils utilisés par les pouvoirs publics ? Par les professionnels ?

L'Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse de la Communauté française propose aux professionnels de la jeunesse et aux chercheurs une première rencontre centrée sur ces questions.

Le colloque « Les jeunes vus par la recherche scientifique » s'appuie sur une bibliographie des recherches publiées au cours des dix dernières années en Belgique et en Europe ; elle a été réalisée par Paul Thirion, Directeur du Réseau des bibliothèques de l'Université de Liège.

Trois ateliers d'information et de discussion sont proposés aux participants – chercheurs et professionnels de la jeunesse – sur les thèmes « Jeunes à insérer, société précarisée », « La santé du jeune : entre le chercheur et le terrain » et « Délit de jeunesse ».

La participation est gratuite mais l'inscription est obligatoire.

Renseignements et inscriptions : Observatoire de l'enfance, de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse, Claire Beke, Ministère de la Communauté française, boulevard Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Tél.: 02-413 37 65.

Fax : 02-413 34 78. Courriel :

observatoire.enfance-jeunesse@cfwb.be.

Internet : <http://www.cfwb.be/oejaj/>

Education affective et sexuelle**Wavre****Jusqu'au 23 octobre**

Le Centre d'action laïque présente l'exposition *Plaisirs d'amour* conçue et réalisée par le Centre d'action laïque de la Province de Namur. Elle offre tous les supports didactiques favorisant une approche historique, multiculturelle et sensorielle du sentiment amoureux. Elle replace l'être humain, dans toute sa richesse affective et sensuelle, au cœur de la réflexion laïque contemporaine.

Elle se compose de 3 parties :

- Au fil du temps : histoire du sentiment amoureux en Occident ;
- Ailleurs : mosaïque des cultures amoureuses dans le monde ;
- Oui ? Non ? : alcôves ludiques et interactives sur le thème des 5 sens.

Des animations scolaires gratuites sont organisées sur réservation : visite guidée de l'exposition et animations pour les

adolescents sur le thème de l'éducation affective et sexuelle (3 heures).

Documentation disponible : le catalogue de l'exposition (10 €), un dossier pédagogique gratuit sur le thème de l'éducation affective et sexuelle, des brochures gratuites de prévention (contraception, MST, sida, grossesse,...).

Lieu : Maison de la laïcité de Wavre Irène Joliot-Curie, rue Lambert Fortune 33, 1300 Wavre.

Horaires : du lundi au vendredi de 9 à 17h, les samedi et dimanche de 14 à 18h.

Une visite virtuelle de l'exposition est disponible sur le site

www.laicite.com/plaisirsdamour

La Maison de la Laïcité de Wavre organise également une séance du spectacle *Le philosophe amoureux* de Jacques Sojcher, suivi d'un débat (à partir de 16 ans).

Cela se passera le 17 octobre 2003 à 20h. Prix : 5 € (réservations indispensables).

Renseignements et inscriptions :

Centre d'action laïque du Brabant wallon, rue Lambert Fortune 33, 1300 Wavre.

Tél.: 010-22 31 91. Fax : 010-22 72 11.

Courriel : calbw@laicite.net.

Handicap

Wépion

18 novembre 2003

L'objectif de la Fédération Multisports

Adapté (FéMA) est de promouvoir le sport adapté aux personnes handicapées dans une optique de sport pour tous, sport loisir, sport bien-être et santé, sport défi à soi-même. Elle vous convie à son premier colloque sur le thème « Intégration par le sport : quels apports, quelles problématiques, quelles solutions ? » au Centre Culturel Marcel Hicter (La Marlagne) à Wépion

Au programme :

- intégration et missions du sport adapté ;
- intégration par le sport : quelles réalités ?
- actions concrètes d'intégration, tables rondes sur diverses thématiques de l'activité physique adaptée (accessibilité physique, prix à payer pour la personne handicapée, perception de la personne valide, passerelles possibles avec associations pour valides, place des médias, formation en activité physique adaptée, rôle de la famille).

P.A.F. : 10 € (incluant le repas sandwiches de midi).

Renseignements :

Fédération Multisports Adaptés. Chaussée de Haecht 579/40,

1031 Bruxelles. 02-246 42 35.

anne-catherine.margot@mc.be

Formation

Liège

2003-2004

Le Centre de dynamique des groupes et d'analyse institutionnelle (C.D.G.A.I.), A.S.B.L. d'éducation permanente des adultes, présente son programme de formation. Il y a :

- des modules de base *Dynamique de groupes et psychosociologie* ou *Pratiques interpersonnelles et groupales* ;
- des modules thématiques *Méthodologie du projet et développement socioculturel* ou *Groupe centré sur la personne* (organisés tous les deux ans) ;
- des modules professionnels *Apprentissage des pratiques* ;
- des formations longues d'animateur de groupe, des formations de formateur en relations interpersonnelles ou en projets socioculturel ;
- etc.

Pour le programme complet des formations : C.D.G.A.I., Traverse des Architectes (Pavillon 1), Université de Liège, Sart Tilman B3, 4000 Liège.

Tél.: 04-366 20 82. Fax : 04-366 28 72.

Courriel : cdgai@ulg.ac.be.

Site : www.cdgai.be ou www.ulg.ac.be/cdgai

Education sexuelle et affective

2003-2004

La Fédération laïque de centres de planning familial, publie son catalogue de formations à l'attention de tous les acteurs de l'éducation sexuelle et affective à l'école.

Au programme : des journées de réflexion, des formations à l'animation en éducation sexuelle et affective et approfondissement à l'animation pour personnes déficientes mentales (en collaboration avec Handicap Et Santé), une formation d'initiation aux techniques *Drama*, une formation d'utilisation des techniques *Drama* dans les animations en éducation sexuelle et affective à l'école, des accompagnements de projet dans les écoles...

Pour tout renseignement :

Fédération laïque de centres de planning familial, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles.

Tél. 02-502 82 03. Fax 02-503 30 93.

Courriel : flcpf@skynet.be.

Internet : www.planningfamilial.net

Outils

Vous êtes enseignant, animateur et désirez aborder la santé avec les jeunes par la connaissance du corps, de manière ludique et attractive.

Des séances d'informations au sujet d'outils de promotion de la santé et de l'activité

physique vont être présentés dans votre région au cours des prochains mois.

Pour l'école primaire : « Bouger = santé », le livre : « Code O2 », le dépliant les « 6 t'aiment », une cassette vidéo « Manger, respirer, histoire de vivre », le tract « le podium gagnant de « Bouger = Santé » ;

Pour les adolescents : la campagne « Tu bouges, tu vis » : affiche, brochure, intercalaires et jeu test, guide d'animation.

Des documents pédagogiques accompagnent chaque outil qui permettent d'avoir accès à des pistes d'exploitations concrètes pour approfondir le sujet.

Pour plus d'informations : le CLPS de votre région ou Espace Santé, rue de l'Université 1, 4000 Liège. Tél.: 04 - 223 01 50 ou espace.sante@euronet.be

Erratum

L'adresse du site indiquée à la fin de l'article « Vivre apprendre, expérimenter la santé à l'école » (n° 181, p14) est erronée. Vous trouverez les informations sur le guide pédagogique à l'adresse www.guidepse.be Avec nos excuses.

Emploi - demandes

■ Licencié en communication, disposant d'un diplôme d'étude spécialisée en communication multimédia et ayant orienté ses études vers la communication socio-éducative (mémoire relatif à la communication socio-éducative et à la problématique de l'adéquation entre les dispositifs d'énonciation mis en œuvre au sein de cette communication et les finalités mêmes de celle-ci). Expérience dans la réalisation de campagnes de promotion de la santé et dans la conception d'un site internet.

Coordonnées : Xavier Scheuer, rue Henrotte 12, 1150 Bruxelles. Tél. 0477 757 465.

Courriel : xavscheuer@hotmail.com

■ Infirmière graduée et spécialisée en pédiatrie souhaite réorienter sa carrière vers le secteur de la prévention et de l'éducation pour la santé.

Coordonnées : Isabelle Scufflaire, rue Grosse Boule 84, 1495 Villers-la-Ville. Tél.: 071-87 64 81 ou 0498 37 80 91.

■ Licenciée en sciences sociales orientation anthropologie, avec expérience de travail social de rue, souhaite orienter sa carrière vers le secteur de la santé.

Coordonnées : Adélaïde Lamy, avenue du Suffrage Universel 47, 1030 Bruxelles. Tél.: 0477 89 13 10.

Qualité de vie

Téléphones mobiles et antennes relais : le débat est ouvert, *D. Dangaix*

La santé à l'école

Prévention des drogues : une formation sur mesure pour les enseignants, *F. Gabillard*

La santé en chiffres

Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins, *T. Rosillo, C. Léon*

Dossier - Personnes âgées : restaurer le lien social

Editorial

Tisser les liens sociaux pour aider à bien vieillir, *P. Lamoureux*

Lamoureux

Le vieillissement de la population bouscule les liens sociaux

La France face au défi du vieillissement, *A. Parent*

De l'enfance au grand âge : les liens sociaux, tout au long de la vie, *G. Arfeux-Vaucher*

« Dis, papy, dessine-moi un mouton ! », *Y. Géry*

Comment le relationnel influe sur la santé psychique et sociale

Réseau de parenté : le pivot du lien social, *S. Renaut*

A Bretonneau, la culture ouvre les portes de l'hôpital, *Y. Géry*

Maintenir l'estime de soi des personnes âgées, à domicile, *M. Dorange*

Animateurs en gérontologie : des tisseurs de liens, *B. Hervy*

A Dinan, les maisons de retraite s'organisent en réseau, *Y. Géry*

Maintien à domicile : quand les associations jouent les médiateurs, *D. Mennessier*

Alençon : un domicile collectif branché sur l'école et le quartier, *R. Delange, Y. Menot, S. Giraud*

Les liens sociaux, tissés au fil des expériences locales

Immigrés à Paris : le café social, rempart contre la

solitude, *Y. Géry*



En Lorraine, des guichets d'information pour les personnes âgées et leurs familles, *F. Tisserand*
Former et valoriser les auxiliaires de vie : une urgence, *F. Decherf*

« Je vieilliss, mes droits demeurent ! », *N. Goepfert*

Programme régional de santé d'Île-de-France : un outil pour lutter contre l'exclusion des personnes âgées, *V. Olnagier*

Pour en savoir plus, *C. Lavielle, F. Lemonnier*

Education du patient

Jeunes en insertion professionnelle : le défi de l'accès aux soins, *O. Rovere, F. Da Silva, S. Caillaux*

Débats

Contribuer à une réflexion critique sur l'éducation pour la santé, *E. Le Grand*

Cinésanté

Etre et avoir : les avis sont partagés !, *A. Douiller avec la contribution de P. Lecorps, C. Bouchet et J.-P. Deschamps*

Lectures - outils

A. Gareau et F. Lemonnier

L'abonnement à La Santé de l'Homme (6 numéros par an) est de 28 € pour la France métropolitaine et de 38 € pour la Belgique. Pour tout renseignement : La Santé de l'Homme, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2 rue Auguste Comte, BP51, F-92174 Vanves cedex. Tél. 1 41 33 33 33. Fax 1 41 33 33 90. Internet : www.inpes.sante.fr

SOMMAIRE

Initiatives

Moi, toi, nous, un programme d'animations-santé de Cultures Et Santé – Promosanté, par *Marianne Flament* 2

Deuxième appel à projets communaux de promotion santé 6

Allaiter à l'ère de l'information, par *Françoise Moyersoet et Ingrid Bayot* 7

Des formations en Brabant wallon 7

Stratégie (ou Officiel)

Le nouveau décret organisant la promotion de la santé en Communauté française Wallonie-Bruxelles 8

Réflexions

Questions éthiques dans les soins de santé 13

De la prévention des risques aux risques de la prévention, par *Azadeh Banai* 14

Matériel

Arrêter de fumer 14

« Danse avec les poux », suite 15

Attachons les enfants en voiture 15

Prévenir le suicide à l'adolescence 15

Documentation

Accès à l'information en ligne en éducation et promotion santé, par *Karine Verstraeten et Alain Deccache* 16

Brèves 18

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

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

Paielement uniquement par virement bancaire.

BIC : BACBBEBB. IBAN : BE60 7995 5245 0970.

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 Lonfils, 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).