

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES JEUNES D'ÂGE SCOLAIRE en p.2 à 10

La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ?

Introduction

L'étude « Santé et bien-être des jeunes » est réalisée depuis 1985 par l'Unité de Promotion et d'Éducation Santé (ULB-PROMES) de l'École de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles.

Sept enquêtes ont été réalisées en Communauté française entre 1986 et 2002.

Elles ont pour but de fournir des données utiles pour la promotion de la santé des jeunes, tant pour la programmation des interventions que pour le développement des politiques, leur évaluation et l'allocation des ressources.

Ce travail s'inscrit dans le cadre de l'étude internationale patronnée par le Bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé « HBSC », (Health Behaviour of School-aged Children). Cette même étude a été réalisée en 2001-2002 par 33 pays européens, le Canada et les USA.

Méthodologie

Les 7 enquêtes consécutives menées en Communauté française depuis 1986 se conforment au protocole international de la recherche multicentrique « Health Behaviour of School-aged Children ».

En plus des thèmes abordés par le protocole international, des modules thématiques complémentaires spécifiques (drogues illicites, connaissances sur les modes de transmission du VIH, vie scolaire, etc.) ont été intégrés dès 1988.

Les enquêtes ont été réalisées en 1986, 1988, 1990, 1992, 1994, 1998 et 2002.

La population couverte est constituée des élèves scolarisés en Communauté française dans l'enseignement de plein exercice entre la cinquième année primaire et la sixième année secondaire (enseignement primaire : en 1990 puis à partir de 1994).

L'enseignement spécial est malheureusement exclu de l'étude.

L'échantillon est de type aléatoire stratifié avec allocation proportionnelle à la taille. Il vise la représentativité, au niveau de la Communauté, pour les provinces, réseaux, niveaux et type d'enseignement (général, technique, professionnel).

L'échantillon complet 1986-2002 (tous âges et cycles) comprend 57.675 sujets.

La plupart des résultats présentés pour les enquêtes entre 1986 et 2002 (hors « Photographies actuelles 2002 ») concernent les élèves du cycle secondaire âgés respectivement de 13, 15 et 17 ans, ceci correspondant à un sous-échantillon de plus de 20.000 sujets.

A titre d'exemple, l'échantillon prélevé dans le cycle secondaire (tous âges) en 2002 comprend 10.512 sujets issus de 655 classes provenant de 90 écoles.

Le taux de réponse pour le cycle secondaire est de 68 %.

La fraction d'échantillonnage pour 2002 est de 3,50 % de la population scolaire concernée.

Le questionnaire validé tant au niveau local qu'au niveau international est auto-administré aux élèves selon une procédure standardisée assurant la confidentialité.

Pour chaque comportement, quatre types de graphiques peuvent être fournis :

- **évolution dans le temps** (1986-2002) après standardisation pour l'âge, le sexe et le type d'enseignement. Ces graphiques présentent des prévalences (proportion de sujets qui adoptent le comportement étudié) communes aux filles et aux garçons pour chaque enquête après élimination des fluctuations potentielles liées à des différences de structure de l'échantillon (liée à la représentation dans les échantillons des sexes, de l'âge et de l'appartenance aux différents types d'enseignement);
- **analyse multivariée** visant à l'identification des « prédicteurs » de ces comportements (y compris éventuellement le temps), et ceci indépendamment de l'effet d'autres facteurs potentiellement influents (comme l'âge, le sexe ou le type d'enseignement);
- **stratification par sexe, classe et type d'enseignement** (2002) : elle fournit une image détaillée de la prévalence d'un comportement dans tous les sous-groupes retenus;
- **répartition détaillée** des proportions de réponses aux différentes modalités de certaines questions (2002) : elle fournit une image plus nuancée des réponses par rapport à l'approche dichotomisée (regroupement des réponses en 2 catégories via la définition d'un seuil) qui est utilisée dans les 3 types de présentation précités.

Principaux résultats

Nous avons abordé 6 grands domaines :

- le bien-être et la perception de la santé ;
- la nutrition et la sédentarité ;
- les conduites à risque ;
- la vie affective et sexuelle et la prévention du sida ;
- les jeunes et l'école ;
- accidents, violence et traumatismes.

Ce qui suit est un résumé des principaux résultats.

Le bien-être et la perception de la santé

Les plaintes subjectives

Dans l'enquête « Santé et bien-être des jeunes » de 2002, 36 % des jeunes ont déclaré au cours des 6 derniers mois au moins une plainte en relation avec un état physique de type maux de tête, ventre ou dos. De même, 39 % se plaignent de nervosité et/ou d'insomnie témoignant d'un état de stress.

Chez les jeunes, le sexe est un prédicteur des plaintes physiques et de celles relatives au stress, les filles se plaignant plus fréquemment que les garçons.

En ce qui concerne la fatigue matinale, ce sont les jeunes de l'enseignement général qui s'en plaignent le plus, contrairement à la plupart des autres plaintes que l'on observe plus fréquemment chez les élèves de l'enseignement professionnel ou technique.

Les individus caractérisés par un statut socio-économique défavorisé sont plus nombreux que les individus ayant plus de revenus et/ou d'années d'éducation réussies à se plaindre de leur état de santé.

Le sentiment de bonheur

Nous constatons que la majorité des jeunes se perçoivent en bonne santé (93 %) et ceci reste stable au cours des années. Si les jeunes eux-mêmes se perçoivent ainsi malgré un contexte souvent difficile, il pourrait sembler peu opportun de focaliser des actions de promotion de la santé sur cette population. Cependant, cette constatation est à mettre en relation avec un nombre important de jeunes qui, même s'ils se perçoivent en bonne santé, déclarent de nombreuses plaintes et ne se définissent pas comme étant heureux.

En effet, plus de 35 % des jeunes présentent régulièrement au moins une plainte physique et près de 40 % présentent un état de stress. Enfin, entre 15 et 20 % des jeunes déclarent ne pas être (très) heureux.

Tout se passe comme si, pour un groupe de jeunes se déclarant en (très) bonne santé, il était normal d'être fatigué, déprimé, nerveux ou de souffrir d'insomnies à l'adolescence.

La confiance en soi

Les résultats montrent que les jeunes filles sont moins nombreuses que les garçons à avoir confiance en elles. Cette différence s'accroît avec l'âge.

Déjà à 11 ans, un jeune sur cinq n'a pas confiance en lui.

D'une manière générale, la situation se dégrade entre 1994 et 2002.

La consommation de médicaments

La proportion de jeunes consommant des médicaments reste élevée. C'est ainsi qu'en 2002, les jeunes déclarent avoir consommé durant le dernier mois un médicament contre le mal de tête (46 %), contre le mal de ventre (32 %) et contre la toux (30 %). À cela, il convient d'ajouter les vitamines (30 %), les médicaments contre la grippe ou le mal d'estomac (20 %).

Depuis 1986, on observe une tendance à la stabilité et même à la diminution de consommation pour des médicaments « contre la nervosité » et contre l'insomnie (tous deux consommés par 7 % des jeunes en 2002).

Le risque d'être grand consommateur est plus élevé chez les filles. On trouve également les grands consommateurs en plus grand nombre parmi les jeunes de l'enseignement technique et professionnel que parmi ceux de l'enseignement général.

Il y a plus de consommation de médicaments que de plaintes déclarées relatives aux mêmes symptômes.

La nutrition et la sédentarité

Les comportements alimentaires

L'étude « Santé et bien-être des jeunes » montre qu'actuellement en Communauté française, les jeunes scolarisés sont moins nombreux qu'en 1986 à manger régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par jour, des fruits et des légumes.

Trop de jeunes consomment très fréquemment des bonbons, des sucreries ou du chocolat, des hamburgers, des frites et du coca ou d'autres limonades sucrées.

Ces choix alimentaires sont associés au sexe, à l'âge ou à la classe et au type d'en-

seignement, en faveur des élèves de l'enseignement général.

Par ailleurs, 24 % des filles et 20 % des garçons ne prennent jamais de petit déjeuner les jours d'école.

Le statut pondéral

L'excès pondéral, surcharge et obésité, concerne 15 % des jeunes. Près de 5 % présentent par ailleurs un déficit pondéral.

On observe un gradient selon le type d'enseignement, en faveur des jeunes de l'enseignement général, et cela tant pour les filles que pour les garçons.

Les régimes amaigrissants

Plus de 15 % des jeunes déclarent suivre un régime pour maigrir. Ce sont surtout les filles à partir de la deuxième secondaire qui adoptent ce comportement. En ce qui concerne les garçons, le pourcentage de ceux suivant un régime amaigrissant diminue avec le niveau scolaire et donc avec l'âge.

La sédentarité et le sport

Un jeune sur cinq regarde la télévision ou des vidéos au moins 4 heures par jour les jours d'école. Il n'y a pas de différence entre les filles et les garçons.

Les élèves les plus nombreux à regarder la télévision et les vidéos sont les plus jeunes ainsi que les élèves de l'enseignement technique ou professionnel.

Un nombre important de jeunes déclarent de nombreuses plaintes et ne se définissent pas comme étant heureux, même s'ils se perçoivent en bonne santé.

On observe une association entre surcharge pondérale et les indicateurs de sédentarité.

Si la consommation de télévision est indépendante du sexe et diminue avec l'âge, il en est tout autrement pour l'utilisation des consoles de jeux électroniques et de l'ordinateur. En effet, c'est très majoritairement les garçons qui sont friands de ce type de loisir et les résultats montrent une tendance, chez ceux-ci, à utiliser ce type de jeux plus fréquemment avec l'âge. En 2002, 3,4 % des filles et 11,4 % des garçons peuvent être considérés comme « accros » des jeux ou de l'ordinateur, les élèves du général étant moins nombreux que les autres dans ce groupe.

63 % des garçons et 36,5 % des filles font du sport au moins trois fois par semaine. Ce sont les filles, les élèves les plus âgés et



ceux de l'enseignement technique et professionnel qui sont les plus nombreux à ne jamais pratiquer un sport.

Les conduites à risque

La consommation de tabac

En ce début de siècle, la réduction du tabagisme chez les jeunes demeure toujours un défi de taille pour la santé publique.

Actuellement, les jeunes filles constituent tout autant que les garçons une cible d'intervention prioritaire.

Parmi les fumeurs, on observe une augmentation des « grands » fumeurs (plus de 20 cigarettes par semaine).

Les jeunes des enseignements professionnel et technique sont également une priorité dans un programme ayant des objectifs en matière de réduction des inégalités.

Il faut porter une attention particulière au passage entre le primaire et le secondaire et continuer les programmes de prévention primaire (diminution de la demande) dans le secondaire inférieur.

Enfin, il ne faut pas négliger le désir d'arrêter de fumer. En 4^e secondaire par exemple, 76 % des fumeurs désirent cesser de fumer !

La consommation d'alcool

La consommation régulière d'alcool est relativement stable au cours du temps. En 2002, 27 % de ceux qui ont déjà bu de l'alcool sont considérés comme consommateurs hebdomadaires (soit environ 20 % du total des jeunes de 13, 15 et 17 ans).

La tendance à l'augmentation du pourcentage des jeunes qui ont déjà bu jusqu'à



l'ivresse est inquiétante. En terme de santé publique, ce n'est pas tant la consommation d'alcool en soi qui occasionne des problèmes que les risques que cette consommation abusive entraîne pour d'autres comportements tels que la conduite d'un véhicule, la violence ou les relations sexuelles non protégées et/ou non désirées. La réduction des risques de l'abus d'alcool doit s'intégrer dans tout contenu de programme de prévention.

Le cannabis, l'ecstasy et autres psychotropes

Les fréquences d'essai et de consommation régulière de cannabis de 13 à 17 ans confirment une certaine banalisation du phénomène et dans certains cas une augmentation de celui-ci.

Un quart des jeunes scolarisés ont déjà consommé du cannabis et 3 % sont des consommateurs journaliers.

Cette banalisation est particulièrement sensible chez les garçons de l'enseignement professionnel où le niveau d'expérimentation dépasse les 60 % et le pourcentage de consommateurs réguliers peut atteindre 20 % dans certaines années scolaires.

Dans notre enquête, le taux de consommation de l'ecstasy reste stable et est relativement faible : l'ecstasy a été expérimenté en 2002 par 4 % des jeunes enquêtés, 1 % se déclarant consommateur régulier.

Plus de la moitié des filles et des garçons ne consomment pas de produits psychotropes licites ou illicites. Ils sont 7,8 % des garçons et 3,5 % des filles à consommer au moins 3 produits.

La vie affective et sexuelle et la prévention du sida

Les relations sexuelles

Parmi l'ensemble des élèves de 15 à 18 ans en 2002, 44 % des jeunes ont déjà eu une relation sexuelle complète. Parmi ces derniers, 12 % déclarent une relation sexuelle précoce (avant 14 ans).

Entre 1990 et 2002, les résultats sont restés relativement semblables en ce qui concerne le nombre de jeunes déclarant une relation sexuelle complète. Par contre, le pourcentage de jeunes ayant eu une relation sexuelle précoce a augmenté.

Parmi l'ensemble des élèves de 15 à 18 ans interrogés en 2002, 16 % ont eu plus d'un partenaire sexuel.

L'ensemble de ces comportements est généralement observé plus fréquemment chez les jeunes les plus âgés, parmi les garçons et parmi les élèves de l'enseignement professionnel et technique.

L'utilisation du préservatif et de la pilule, la prévention du sida

Le nombre d'élèves sexuellement actifs ayant déjà vu et manipulé un préservatif ou utilisant toujours un préservatif lors de leurs relations sexuelles est en augmentation (respectivement de 90 à 96 % entre 1990 et 2002 et de 39 à 57 % entre 1994 et 2002).

Par contre, parmi les jeunes qui n'ont jamais eu de relations sexuelles, le pourcentage de ceux qui n'ont jamais vu ou manipulé un préservatif est en diminution ces dernières années (de 71 à 64 % de 1990 à 2002).

Les connaissances des élèves en matière de transmission du VIH sont loin d'être correctes et pour certains modes de transmission, on observe également que la situation ne s'est pas améliorée ces dernières années (relation sans préservatif avec une personne qui n'a pas l'air malade ; transmission par le moustique). La (fausse) croyance que le donneur de sang peut être infecté lors d'un don de sang est encore partagée par 12,4 % des élèves de 15 à 18 ans alors que 21,5 % d'entre eux ne se prononcent pas à ce sujet.

L'analyse des déterminants montre que l'âge, le sexe et les types d'enseignement sont des facteurs importants. Un effort pédagogique particulier devrait être fait en tenant compte de ces différences entre les populations adolescentes.

Les jeunes et l'école

Aimer l'école et être stressé par le travail scolaire

La moitié des élèves aime l'école et l'autre

moitié ne l'aime pas ou pas du tout, alors qu'ils y passent ou sont sensés y passer plus de la moitié de leur temps d'éveil. Les filles sont plus nombreuses que les garçons à aimer l'école.

Si l'enthousiasme pour l'école est plus fréquemment cité parmi les jeunes de l'enseignement professionnel, c'est également parmi ceux-ci que l'on observe le plus de jeunes qui disent brosser les cours. Toutefois, à la fin de l'enseignement secondaire, près d'un jeune sur deux des trois types d'enseignement a brossé au moins une fois les cours durant les deux mois précédant l'enquête de 2002.

Le stress engendré par l'école s'observe plus chez les filles, les élèves plus âgés et ceux de l'enseignement général.

La violence à l'école

La violence telle que nous l'avons mesurée diminue entre 1994 et 2002.

Une majorité de filles (68 %) et de garçons (55 %) ne subissent pas de provocation de la part des autres élèves. Par contre, 4,1 % des filles et 6,1 % des garçons sont provoqués plusieurs fois par semaine.

On observe une relation entre le fait de ne pas aimer l'école, d'être victime de violence dans le cadre scolaire et le stress engendré par le travail scolaire.

Le sentiment fréquent de peur d'aller à l'école se retrouve chez 1,7 % des filles et 2,3 % des garçons.

1,1 % des filles et 3,5 % des garçons sont « parfois, souvent ou très souvent » victimes de racket.

Les accidents, la violence et les traumatismes

Accidents et traumatismes

Durant les douze mois précédant l'enquête de 2002, un tiers des élèves ont souffert d'un traumatisme ayant nécessité des soins.

Ce sont les garçons, les élèves les plus jeunes et ceux de l'enseignement technique et professionnel qui sont les plus touchés.

Les garçons subissent plus fréquemment un traumatisme dans le cadre d'une activité sportive extra-scolaire et les filles présentent la plus haute fréquence d'accidents à l'école. Parmi les jeunes accidentés, 53 % ont dû arrêter leurs activités pendant au moins un jour suite à ce traumatisme.

Le traumatisme le plus fréquemment rencontré est la foulure ou l'entorse. Près de 7 % des élèves blessés ont souffert d'une commotion et près de 3 % d'une morsure de chien.

Bagarres et armes

Entre 15 et 18 ans, près d'un garçon sur deux et près d'une fille sur quatre se sont battus au moins une fois durant les douze mois précédant l'enquête.

7 % des filles et 28 % des garçons de 15 à 18 ans déclarent posséder une arme. L'arme plus fréquente est le couteau ou le poignard. 1,5 % des garçons du même groupe d'âge ont apporté une arme à feu à l'école les mois précédant l'enquête.

Constats et lignes de force

Différences entre filles et garçons

Comparés aux filles, les garçons s'illustrent plus négativement au niveau de l'adoption des conduites à risque : une alimentation plus déséquilibrée, une consommation plus excessive d'alcool, un usage plus fréquent de drogues illicites, un recours plus habituel à la violence physique et une fréquence d'accidents plus courante, etc.

Une lecture transversale des résultats renforce l'idée qu'il y a de multiples façons de vivre l'adolescence.

Les filles, quant à elles, portent un regard plus négatif sur elles-mêmes tant sur un plan physique que sur un plan mental (sentiment d'être à plat, confiance en soi, sentiment de bonheur, maux de tête, maux de ventre, etc.). Cette perception de soi plus négative se reflète aussi dans certains de leurs comportements (régime, prise de médicaments, etc.).

Différences entre enseignements général, technique et professionnel

Les jeunes de l'enseignement professionnel présentent globalement un profil de santé et de bien-être plus médiocre que ceux de l'enseignement technique qui, eux-mêmes, partagent une situation moins bonne que les jeunes de l'enseignement général.

Ces différences doivent être rattachées aux disparités socio-économiques entre les jeunes tant au niveau de leur origine familiale que de leur devenir professionnel. La perception d'un avenir plus morose, par exemple, freinerait la possibilité de se projeter positivement dans le futur et provoquerait, par la même occasion, un relatif désintérêt à l'égard de conduites préventives.

Il est à noter tout de même que les jeunes issus de l'enseignement professionnel sont ceux qui apprécient le plus l'école et qui souffrent le moins de fatigue matinale.

Evolution dans le temps

Dans l'ensemble, les problèmes persistent ou ont une légère tendance à s'améliorer par rapport à 1986.

Depuis 1986, sur un plan plus spécifique, il y a une détérioration de la consommation de fruits et légumes, une augmentation des relations sexuelles précoces et une augmentation de la fatigue matinale.

Depuis le milieu des années 90, la confiance en soi et l'appréciation de l'école sont au plus bas, les fausses croyances sur les modes de transmission du sida réapparaissent, le port de la ceinture de sécurité en voiture diminue et l'usage du cannabis se répand.

Evolution à travers les âges

En général, la situation des jeunes se dégrade de la 5^e primaire à la 6^e secondaire. Habituellement, les résultats des filles et des garçons sont fort semblables à la fin de l'école primaire et divergent progressivement dans le secondaire qui voit l'apparition et l'accentuation des différences entre types d'enseignement. Il est à remarquer que ce sont les plus jeunes qui se déclarent davantage victimes de violences ou d'accidents et que le type d'aliments consommés (hamburgers, frites, boissons gazeuses, etc.) ainsi que l'usage de télévision se développent au début de l'adolescence.

Ces résultats sont à rattacher au fait que notre étude correspond globalement à la période de l'adolescence (autonomie grandissante, construction identitaire, expérimentation de nouvelles conduites, changements corporels, etc.) et nous donnent, au travers notamment des comportements précoces et réguliers, une bonne indication sur les conduites des adultes de demain.

Ecole, milieu de vie stratégique

L'école, qui rythme la vie de milliers de jeunes, se trouve de plus en plus dépréciée par les élèves. Il convient d'être vigilant à cette dépréciation en donnant la priorité à une école mieux adaptée aux attentes des jeunes. Cette adaptation passe notamment par une amélioration de la prise en considération des différentes facettes de l'institution scolaire (les méthodes pédagogiques, les relations professeur/élèves, la qualité des infrastructures scolaires, etc.) et par une meilleure participation des différents acteurs qui gravitent au sein et autour de l'école (éducation par les pairs, participation des parents à la vie scolaire, collaborations avec les acteurs de terrain). Enfin, la revalorisation symbolique et financière des enseignants, ainsi que la garantie de leur bien-être professionnel sont une base essentielle d'une école plus heureuse.

Styles de vie

Une lecture transversale des résultats renforce l'idée qu'il y a de multiples façons de vivre l'adolescence. Les garçons se comportent différemment des filles, les élèves de l'enseignement général sont confrontés à d'autres difficultés que ceux du professionnel, etc.

Les modes de vie adoptés par les jeunes sont influencés par une série de déterminants (comme le sexe, le niveau socio-économique, les relations familiales, le réseau amical, les caractéristiques environnementales, etc.) et par une série de caractéristiques individuelles (comme la confiance en soi, la faculté de se projeter dans l'avenir, l'aptitude à rechercher de l'aide, etc.), fondatrices de la liberté de choisir. Il convient de prendre en considération ces facteurs externes et internes à l'individu dans la mise en place des actions de promotion santé.

L'intérêt de l'approche de la santé par les styles de vie réside dans cette appréhension globale des comportements qui prend en considération le fait que les conduites puissent avoir une cohérence entre elles (comme la prise de risques divers par exemple) mais aussi que ces dernières soient déterminées par un ensemble d'éléments dont bien peu dépendent du système de soins.

Le Service communautaire de promotion de la santé « SIPES » de l'équipe ULB-PROMES de l'École de Santé Publique de l'ULB

Danielle Piette, Patrick de Smet, Damien Favresse, Florence Parent, Yves Coppieters, Christine Bazelmans, Charlotte Lonfils, Katty Renard, Laurence Kohn et Nathalie Da Costa Maya.

Les résultats complets sont repris dans une brochure en couleurs de plus de 100 pages qui présente en outre une étude sur les jeunes en décrochage scolaire, et une autre sur la prévention de l'asthme professionnel chez les jeunes. Edité en 5000 exemplaires, ce document est déjà largement diffusé dans le milieu scolaire et associatif. Il peut être obtenu gratuitement grâce au soutien de la Communauté française, au Centre local de promotion de la santé le plus proche de chez vous ou éventuellement auprès de M^{me} L'Admirant, ULB-PROMES, Route de Lennik 808 CP 596, 1070 Bruxelles, ou par courriel adressé à promes@ulb.ac.be. La brochure est aussi accessible sur le site www.ulb.ac.be/esp/promes. Enfin, des comparaisons internationales seront prochainement disponibles.

La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire.

Les commentaires de la ministre

Avant tout, je tiens à remercier l'équipe du Professeur Danielle Piette pour le travail accompli depuis plusieurs années. Il suffit de citer le nombre d'étudiants (près de 15.000 en 2002 et près de 58.000 depuis 1986) qui ont répondu aux questionnaires pour imaginer l'ampleur du dépouillement et de l'analyse des résultats. Cette enquête est menée depuis 1986, tous les deux ans jusqu'en 1994, et tous les quatre ans depuis, avec un nombre de plus en plus important de jeunes.

Ce travail considérable signifie aussi que les statistiques qui s'en dégagent sont particulièrement fiables. J'ai pu, ainsi, en tirer de réelles conclusions qu'il me revient de traduire en décisions politiques en matière de prévention.

Des constats qui interpellent

D'une façon globale, si on note une diminution de certains comportements, comme le tabagisme, on peut aussi retenir que la consommation d'ecstasy, les pratiques alimentaires et la sédentarité sont de plus en plus problématiques. Je ne peux évidemment pas rester indifférente à certains indicateurs qui montrent que les jeunes mettent leur santé en danger. La première cause de mortalité reste, chez nous, les maladies cardiovasculaires générées, précisément, par certains de ces comportements.

Je rappellerai quelques chiffres :

- parmi les jeunes âgés de 13 et 15 ans : près d'un jeune sur dix mange des frites au moins une fois par jour, plus de cinq jeunes sur dix mangent des bonbons et consomment des limonades sucrées quotidiennement.
- parmi les jeunes âgés de 13, 15 et 17 ans : plus de six jeunes sur dix ne mangent pas de fruit chaque jour, un jeune sur dix n'en consomme pas chaque semaine, et près de 5 ne mangent jamais de fruits. Une fille sur quatre et un garçon sur cinq ne prennent jamais de petit-déjeuner. Un jeune sur cinq regarde la télévision ou des vidéos au moins quatre heures par jour, pendant les jours d'école. Près d'un jeune sur dix déclare passer plus de quatre heures par jour devant le petit écran. Trois jeunes sur dix ressentent un sentiment de fatigue matinale de manière très régulière.

De bonnes nuits de sommeil, un peu d'activité physique tous les jours, quatre repas équilibrés par jour (avec légumes et fruits) sont les messages véhiculés par la campagne des *Motivés* que j'ai mise sur pied en novembre de l'année dernière. Basée sur les « rythmes de vie », cette

campagne s'adresse aux enfants de 8 à 10 ans. Le site (et ses liens vers des sites éducatifs spécifiques) et le dossier pédagogique, offrant des repères méthodologiques et un inventaire des ressources disponibles en Communauté française, devraient contribuer à la mise en place de projets dans les écoles.

Il ne s'agit pas de donner des listes de recommandations, c'est inefficace. Les jeunes doivent rester les acteurs principaux mais on se doit, par contre, de leur fournir des outils, des pistes pour les aider à préserver leur santé et à se construire. Cette « aide » doit se concevoir par le prisme du dialogue et de la participation : comprendre par la discussion pourquoi ils ont tel ou tel comportement et les associer aux actions.

Ainsi, les troubles cardiovasculaires sont responsables d'un décès sur trois, à l'âge adulte, mais il faut le rappeler : les bonnes et moins bonnes habitudes se prennent très tôt et s'inspirent souvent des comportements des proches, la famille et les pairs. Le tabagisme en est aussi un exemple (près de deux jeunes sur dix fument tous les jours). C'est dire toute la complexité à agir sur l'ensemble des facteurs de risque, sans parler des déterminants comme les situations socio-économiques, environnementales... On notera que la consommation de frites, de télévision... et leur incidence sur le poids, et donc sur la santé des jeunes, sont plus fréquentes chez les jeunes de l'enseignement professionnel.

Nous ne sommes pas tous égaux devant la santé

Ce sont les inégalités, repérées par cette étude, qui retiennent toute mon attention et que je tiens à combattre. Des disparités apparaissent très clairement entre filles et garçons et entre types d'enseignement, dès le début du secondaire. Il s'agit d'octroyer les mêmes « chances » à tous les enfants et tous les jeunes en accentuant, par exemple, la discrimination positive et, par ailleurs, en donnant accès, à tous, aux mêmes informations.

C'est l'objectif que je poursuis par le biais de mon projet d'animations relatives à la vie affective et sexuelle qui, à terme, je l'espère, pourront être inscrites dans le cursus scolaire. Si je préfère parler d'animations plutôt que d'éducation, c'est tout simplement parce qu'il n'y a pas de « diplôme » en relations amoureuses.

Des projets-pilotes seront lancés pour la rentrée scolaire prochaine, entre autres dans

l'enseignement technique et professionnel, là où il apparaît que les jeunes sont :

- les plus nombreux à avoir eu des relations sexuelles avant 14 ans ;
- les plus nombreux à avoir plusieurs partenaires ;
- les moins nombreux à utiliser les préservatifs ;
- les moins nombreux à avoir bénéficié d'une animation en vie affective et sexuelle.

J'ajouterais qu'une autre recherche de l'ULB PROMES démontre l'influence de la pornographie accessible par la télévision et surtout par internet, sur l'évolution de la perception des relations sexuelles.

Viser le bien-être

L'étude porte sur les jeunes de la 5^e primaire à la 6^e secondaire, plusieurs années durant lesquelles l'enfant et le jeune sont suivis par la médecine scolaire. Vous le savez, ce secteur vit un tournant capital en parallèle avec l'évolution de l'acceptation de la santé.

Dès 1946, l'Organisation mondiale de la santé proposait déjà une définition qui prenait en compte une notion plus large et bien plus complexe, la recherche du bien-être : *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladies*. Les questions posées aux jeunes dans l'enquête en tiennent compte (sentiment d'être satisfait, d'être heureux, d'avoir confiance en soi...). Le mal-être, une des caractéristiques de l'adolescence, est ainsi pointé par l'enquête : près d'un jeune sur cinq dit ne pas être heureux. En parallèle, on peut observer une banalisation de la consommation de cannabis (3 % des jeunes sont des consommateurs journaliers) et d'XTC (1 % en consomme régulièrement).

Jusqu'il y a peu, la médecine scolaire était cantonnée à une vision hygiéniste (visites médicales-bilans de santé). Les relations entre la santé et l'école, véritable milieu de vie des enfants et des jeunes étant très étroites, j'ai tenu à élargir les missions des services à une approche de la promotion de la santé (décret du 20 décembre 2001).

Les services de Promotion de la santé à l'école (PSE) planchent ainsi actuellement à la conception, l'élaboration et la mise en place d'un projet-santé au sein de chaque établissement, en véritable partenariat avec les différents acteurs dans et en dehors de l'école. Ces projets-santé seront centrés sur une pro-

blématique propre à une école, un quartier, une région (alimentation, assuétudes...) et ne pourront fonctionner sans la participation de tous, parents y compris. Imaginons un projet-santé basé sur une alimentation saine : comment l'appréhender, la construire avec les jeunes, si à l'intérieur de l'école sont favorisés les sodas et les snacks salés et sucrés et si à la maison, les charcuteries, les frites... font partie du quotidien et que les légumes et les fruits relèvent de l'exceptionnel !

J'ai pleine confiance en l'efficacité de ces « dispositifs actifs » de promotion de la santé : certaines écoles sont entrées dans cette approche depuis plusieurs années et ont un regard très positif sur les effets d'une telle démarche où l'on aide l'enfant et le jeune à se construire progressivement, en adulte responsable, capable de gérer collectivement et personnellement sa santé.

Ces projets-santé répondront aussi à un autre signal d'alarme donné par les jeunes qui déclarent apprécier de moins en moins l'école puisque, je le rappelle, on parle de santé mais aussi de bien-être. Il s'agira, dès

lors, de concevoir des projets qui tiennent compte du bien-être des jeunes et des enseignants. Ceci dit, ce désamour pour l'école doit être interprété à sa juste valeur : peu de jeunes aiment l'école comme peu d'adultes aiment leur travail...

Le chapitre consacré à la santé des jeunes en décrochage scolaire est également révélateur : on ressent très clairement un grand manque de confiance en soi qui mène à une fragilité sociale où les comportements à risque trouvent un terreau idéal pour se développer.

La prévention, parent pauvre du système

Je tiens à conclure en précisant qu'une politique de prévention, qui porte ses fruits, ne peut se concevoir dans l'immédiateté, dans le court terme, sans prendre en compte une multitude d'éléments. Cette évidence est pourtant trop souvent un frein aux décisions politiques « courageuses ». Alors que la prévention reste le principal facteur qui contribue aux gains de santé, lorsqu'on lui consacre 1 € en

Communauté française, on en dépense plus de 1000 pour les soins de santé au fédéral. Cette disparité des moyens attribués à la prévention par rapport au curatif (12,5 millions € contre 15,5 milliards €) démontre l'intérêt de construire dans la cohérence une politique de santé et pas seulement de soins de santé afin de récolter, à terme, le bénéfice des actions de prévention sur la consommation des soins.

C'est pourquoi, je prône une augmentation significative des moyens en prévention afin d'une part, de renforcer les campagnes de lutte contre le sida, le tabagisme et les actions menées au sein des établissements scolaires par les services de promotion de la santé à l'école et d'autre part, de mener une véritable politique de discrimination positive de façon à réduire les inégalités sociales, trop souvent à l'origine d'une spirale infernale.

Nicole Maréchal, Ministre de la Santé

Nicole Maréchal revient largement sur ces questions dans l'entretien exclusif qu'elle nous a accordé, et que nous publierons le mois prochain.

Des organisations de jeunesse en santé

Echos d'un projet de formation

Le contexte

C'est le 28 mai 1999 que s'est tenu à Mons, à l'initiative de l'Observatoire de la Santé du Hainaut et dans le cadre du programme Interreg II, le forum « La santé au cœur des jeunes », réunissant des jeunes, des acteurs de la promotion de la santé en Communauté française et des partenaires du Réseau santé du cœur en francophonie, venus de France, du Québec, de Tunisie et de Suisse¹.

Fondé sur les conclusions d'une enquête sur la santé des jeunes² d'une part et sur le cadre de référence que constitue le modèle socio-écologique d'autre part, le forum a été orienté vers quatre ateliers, impliquant directement les participants.

Les ateliers invitaient le public à réfléchir aux rapports entre la promotion de la santé et quatre axes :

- la participation des jeunes ;
- le rôle des adultes ;
- le cadre et les conditions de vie ;
- et enfin les médias.

Chaque atelier était chargé de formuler des recommandations stratégiques à l'adresse des responsables politico-administratifs et des propositions de projets et d'outils à développer.

A l'issue du forum, cinq groupes de travail ont été constitués, dont un en particulier traitait de la promotion de la santé en milieu extrascolaire. Avec le soutien d'un groupe de pilotage, leur mission était de donner corps aux recommandations sous forme d'outils et de programmes et d'aboutir à des actions concrètes de promotion de la santé des jeunes.

Le groupe de travail « promotion de la santé en milieu extrascolaire »

La réflexion du groupe de travail s'est amorcée sur deux constats faits lors du forum :

- le manque de formation spécifique en promotion de la santé à différents niveaux d'intervention en milieu extrascolaire ;
- la nécessité de prendre en charge la santé globale de l'enfant dans le cadre de leurs activités extrascolaires.

C'est en décembre 1999 que sept partenaires parmi les membres du groupe de travail émettent le projet de s'associer et formulent le projet « Organisation de jeunesse en santé – OJS ».

Celui-ci a pour but d'élaborer des programmes de formation en promotion de la

santé destinés aux animateurs et aux formateurs d'animateurs de centres de vacances. Le groupe obtient un subside de la Communauté française pour le projet (avril 2001-31 octobre 2002).

La coordination et la gestion scientifique du projet sont assurées par l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH)³.

L'ASBL CEMEA-Hainaut (Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active) antenne de Soignies, l'asbl Ampli-Juniors Centre et Soignies et l'asbl Mouvement des jeunes travailleurs – Espace Jeunes Centre et Soignies, l'asbl Mouvement des jeunes travailleurs – Espace Jeunes Mons Borinage sont les partenaires de terrain.

Le CERES et le CLPS Mons – Soignies⁴ assurent le soutien méthodologique.

1 La Santé au cœur des jeunes en Hainaut, De l'analyse à l'action, Observatoire de la Santé du Hainaut, novembre 2000.

2 Isabelle Godin, Alain Levêque, Luc Berghmans, Tableau de bord de la santé des jeunes, Santé en Hainaut n° 2, Observatoire de la Santé du Hainaut, 1998.

3 Dont la direction du Service éducation pour la santé était assurée à l'époque par Geneviève Houlioux.

4 Le CLPS Mons-Soignies était dirigé à l'époque par Véronique Bouttin.

Le projet « Organisations de jeunesse en santé »

L'ensemble du projet s'articule en cinq phases, dont le but est de proposer un contenu et des méthodes de formation en promotion de la santé à destination des animateurs de centres de vacances et de mesurer l'impact de la formation sur la capacité de l'animateur à prendre en compte la dimension « promotion de la santé » dans le cadre de sa pratique d'animation. Le tout préparé, développé, testé, évalué et débouchant sur la formulation de recommandations en matière de formation d'animateurs en promotion de la santé.

Les cinq étapes retenues sont :

- la préparation d'un module de formation de formateurs ;
- la formation des formateurs ;
- la préparation d'un module de formation d'animateurs ;
- la formation des animateurs ;
- le suivi du travail des animateurs sur le terrain (centres de vacances).

La préparation d'un module de formation de formateurs

L'objectif était de définir un contenu et une méthodologie pour la formation des formateurs d'animateurs.

La méthode consistait en une enquête auprès des animateurs (CERES et OSH en juin 2001). La technique retenue était celle des groupes focalisés.

Résultats : cette démarche nous a permis de recueillir des informations auprès de chaque organisation de jeunesse partenaire, soit 24 animateurs de 17 à 34 ans.

Parmi les éléments recueillis, on retiendra en particulier les éléments suivants.

Concernant la santé des enfants et des jeunes, les participants relèvent que le mal-être des enfants est le problème majeur à gérer dans le cadre des animations ; que l'hygiène pose souvent problème ; que l'alimentation est une thématique importante mais aussi souvent traitée ; que la consommation de produits (tels que tabac ou alcool) semble plus facile à gérer par les animateurs, même si cela les renvoie de manière plus directe à leur propre comportement ; que les relations entre garçons et filles ont un impact sur la gestion des groupes (principalement chez les ados) et demandent une prise en compte et une définition de règles en fonction des situations.

Concernant le rôle des animateurs par rapport à la santé, les participants relèvent que leur rôle d'animation est primordial et dans

ce cadre ils doivent « montrer l'exemple » sans devenir des « moralisateurs, des surveillants » ; que le lien entre la prise en compte de la santé des enfants et des jeunes et leur rôle d'animateur n'est pas toujours évident ; qu'habituellement la préoccupation par rapport à la santé se fait jour lorsqu'une problématique précise apparaît ; que les implications et les possibilités d'actions varient selon la nature du centre de vacances ; et qu'une des difficultés réside dans le manque de communication entre l'animateur et les parents.

Concernant les besoins en formation, les participants déclarent qu'ils souhaitent acquérir davantage de compétences dans la prise en charge de la santé de l'enfant (en mettant l'accent sur la santé mentale) ; que l'aspect participatif est à mettre en évidence dans ce cadre ; qu'ils souhaitent pouvoir disposer de ressources pour gérer les situations difficiles ; que la dimension « outil » doit faire partie du renforcement mais de façon appropriée à la pratique de l'animation.

Après analyse et en concertation, un « profil de l'animateur compétent en promotion de la santé » est défini (liste de compétences établie dans le cadre d'un « remue-méninges »). C'est ce même profil qui nous a permis de définir les objectifs, les contenus et les méthodes de la formation de formateurs.

Ceux-ci sont présentés aux organisations de jeunesse fin décembre 2001.

La formation des formateurs

Les objectifs ont été définis suivant cinq axes :

- un axe individuel relatif aux perceptions, aux opinions et à la prise de conscience personnelle ;
- un axe « enfant et adolescent » relatif à la compréhension des besoins de santé les concernant ;
- un axe intervention (mise en œuvre et mobilisation des ressources) ;
- un axe environnement (analyser, comprendre et agir sur les conditions de vie des enfants et des jeunes en centre de vacances) ;
- un axe formation relatif à la mise en capacité des formateurs à intervenir auprès des animateurs et dans le cadre de la promotion de la santé.

Les méthodes participatives, interactives et inductives ont été privilégiées (travaux en sous-groupes, mises en situation, exposés...).

Résultat : la formation encadrée par trois personnes (OSH et CERES) a réuni 10 formateurs des quatre organisations de jeunesse concernées.

La préparation et l'organisation des modules de formation des animateurs

L'objectif était de mettre sur pied un « module » de formation en promotion de la santé à destination des animateurs, spécifique pour chaque organisation de jeunesse (organisation, modalités, contenus, méthodes, objectifs...).

Comme soutien méthodologique, un suivi spécifique et collectif des organisations de jeunesse était proposé. Cinq séances de travail spécifiques et deux rencontres de « partage » collectives ont été organisées.

Résultat : les trois modules de formation d'animateurs sont élaborés.

La formation des animateurs

Chaque organisation de jeunesse a organisé un module de formation d'animateurs.

Cependant, cette phase ayant connu quelques rebondissements, les délais fixés initialement (peut-être trop ambitieux) n'ont pu être tenus par tous.

Nous reprenons ci-après les éléments de présentation des trois projets de formation.

Le projet « Ampli juniors et MJT- Espace Jeunes Centre et Soignies » est intitulé « identification des conditions favorables au bien-être global de chaque enfant ».

Objectif : « faire vivre » un séjour « santé » au terme duquel chaque animateur est capable de définir le terme de « santé globale », a pris conscience que la santé doit se vivre dans toute activité, a compris ce que représentent une alimentation saine et un temps de repas agréable, est capable de mettre en place des activités en conformité avec les préceptes précités dans le cadre de sa pratique d'animation.

Méthode : la formule retenue est celle d'un séjour de trois jours en résidentiel, prévu initialement en avril 2002, qui s'est finalement organisé en septembre 2003.

Résultat : 25 animateurs brevetés ont suivi la formation.

Le projet « CEMEA Hainaut » est intitulé « Action pour la santé en collectivité d'enfants et de jeunes ».

Objectif : permettre aux participants de développer des capacités permettant d'écouter, d'observer, de dépister et de reconnaître certains problèmes, mettre en place des outils de mobilisation pour la santé des enfants et des jeunes en collectivité, réfléchir aux attitudes à adopter et à l'attention à apporter aux questions liées au rythme de vie, à l'hygiène, à l'aménagement de l'environnement...

Méthode : organisation d'un séjour résidentiel en avril 2002.

Résultat : 15 professionnels du champ socio-éducatif ont participé à la formation.

Le projet « MJT- Espace Jeunes Mons Borinage » est intitulé « formation santé, comprendre la santé, promouvoir la santé, éduquer pour la santé ».

Objectif : permettre aux participants de se sensibiliser à la santé au sens large, se sensibiliser à leur rôle en matière de santé, découvrir des outils et des documents pédagogiques.

Méthode : organisation d'un séjour résidentiel en novembre 2002.

Résultat : 25 animateurs brevetés et éducateurs ont participé à la formation.

Le suivi des animateurs sur le terrain

Cette étape, dans le temps imparti par la convention pour le projet, n'a pu se concrétiser réellement qu'après des animateurs « CEMEA », qui était la seule institution à ce moment-là à avoir organisé la formation (été 2002).

Le suivi-évaluation des animateurs formés par le CEMEA a été réalisé via un questionnaire orienté vers les difficultés et/ou les facilités qu'ils ont rencontrées dans l'application de leurs nouvelles compétences de même qu'en ce qui concerne les changements estimés ou perçus dans le cadre de leur pratique d'animation. Six personnes ont complété le questionnaire.

L'évaluation globale

Cette étape du projet, réalisée en octobre 2002, nous a permis de reprendre l'ensemble du projet point par point, avec chaque institution partenaire. L'idée était de répertorier l'ensemble des éléments qui ont eu un impact sur le déroulement du projet, ce qui facilite les choses, ce qui les rend difficiles...

Les éléments recueillis dans ce cadre et mis en parallèle avec les temps d'évaluation qui ont suivi chacune des phases du projet sont présentés ci-après.

L'analyse des besoins et des attentes (groupes focalisés)

Cette étape n'est pas remise en cause. Elle apparaît cependant comme lourde, mais chacun reconnaît qu'une discussion informelle ne suffit pas. Une méthode s'impose donc et elle seule permet de collecter une information exploitable de qualité. Il paraît important de confier à un intervenant extérieur la conduite et la gestion des débats (qui demandent non seulement de la neutralité mais aussi des compétences spécifiques).

Pour faciliter l'exploitation des résultats, la nécessité est apparue d'être encore plus

vigilant par rapport à la représentativité des membres des groupes de discussion au sein de l'organisation de jeunesse et à l'homogénéité des participants (âge, expérience...).

La formation des formateurs

Globalement, la formation a répondu aux attentes des uns et des autres, elle a également permis de mettre l'accent sur quatre éléments.

Le premier concerne l'organisation de la formation. La formule résidentielle apporte une réelle plus-value à la dynamique de groupe (pour autant que les conditions d'hébergement soient en cohérence avec l'esprit de la formation).

Le deuxième a trait à la constitution d'un groupe pluraliste, qui semble également apporter une dynamique particulière favorisant l'ouverture et le partage constructif, permettant aux organisations de jeunesse de dépasser les éventuels clivages institutionnels.

Le troisième concerne le formateur. Celui-ci doit être « spécialisé » en promotion de la santé. C'est le croisement des expertises « promotion de la santé » et « animation jeunes » qui permet de se projeter dans la démarche d'élaboration d'une formation appropriée qui répond aux exigences de qualité des deux secteurs et aux besoins des organisations de jeunesse.

Le quatrième concerne le contenu et les méthodes. L'équilibre est à trouver entre un renforcement de compétences techniques (outils, modèles...) et un renforcement de compétences ayant trait à la « mise en démarche » institutionnelle (réflexion).

L'intégration de la promotion de la santé dans les pratiques d'animation permet de l'aborder de façon créative et interactive (évitant ainsi des attitudes uniquement consommatrices à l'égard d'outils, par exemple).

Enfin, les méthodes participatives et actives permettent de mettre en valeur l'expérience des participants et donnent alors toute la mesure au contenu proposé.

La formation des animateurs

Dans la présentation de la formation aux animateurs, le terme « santé » est très peu accrocheur, certaines organisations de jeunesse ont dû différer l'organisation du module de formation faute de participants (cela ne semble pas être systématiquement le cas pour d'autres modules de formation spécifique).

Parmi les propositions à retenir, on pourrait opter pour une organisation transversale de la formation en promotion de la santé, dans laquelle on intégrerait la thématique « promotion de la santé » dans différents modules de formation (spécifiques ou généraux).

La « gradation » dans l'approche de la santé au sens large et de la promotion de la santé en particulier apparaît comme une évidence et est liée à l'âge et à l'expérience des participants à la formation. C'est donc dans l'ensemble du cycle de formation de l'animateur qu'il faut envisager l'intégration du volet « santé » et « promotion de la santé ».

Enfin, là encore, les méthodes seront participatives et créatives, directement basées sur les compétences et la pratique des participants. L'aspect ludique paraît incontournable et particulièrement adapté au public.

Globalement, sur l'ensemble du processus, les avis étaient unanimes sur l'impact positif de la formation qui se situe plus au niveau personnel (formateur, animateur) que collectif (organisation) ou à l'échelle d'une plaine. Il n'y a pas eu en effet de résultat visible ou observable, si ce n'est que la santé est mise à l'ordre du jour dans la plaine et qu'une dynamique de réflexion s'instaure par la présence de l'animateur « spécialisé » en plaine.

Enfin, certains animateurs estiment avoir acquis des compétences supplémentaires et se sentent capables de mettre en place des actions. La plupart désirent poursuivre la démarche et continuer à investir dans le domaine.

Les recommandations générales

Il s'agit d'un projet pilote qui outre son caractère exploratoire a fait l'objet de nombreux rebondissements tant sur le plan de la coordination générale qu'au niveau de l'évolution des projets spécifiques aux organisations de jeunesse. Les conclusions que l'on peut en tirer sont plutôt des orientations que des résultats directement généralisables.

L'ensemble des recommandations formulées sont le fruit de la réflexion qu'ont eue les partenaires de ce projet par rapport à l'ensemble du processus.

Ces recommandations constituent la plus-value apportée par ce projet pour éclairer les choix et les décisions de celui qui désire mettre en place une formation en promotion de la santé pour des animateurs ou des organisateurs de centres de vacances.

Outre les éléments plus spécifiques que l'on retrouve dans la partie « évaluation », nous relevons quatre recommandations générales.

Favoriser le croisement des expertises. L'intervention d'un expert en promotion de la santé dans la phase de formation de formateurs est à privilégier pour crédibiliser et enrichir les échanges avec les experts de l'animation en centres de vacances.

Favoriser la cohérence de la formation. L'organisation de jeunesse a intérêt à structurer et à organiser la formation des formateurs au niveau le plus large possible (régional, provincial voire national). Cela permet certainement de faire des économies d'échelle, mais plus encore d'atteindre un niveau de cohérence important en terme de diffusion des messages.

Favoriser « l'existant ». L'intégration de la promotion de la santé dans le cadre global des moments de formation déjà organisés est à privilégier. Même si l'organisation d'un module spécifique peut être utile dans une phase de lancement, la formule « diluée » semble plus propice à l'appropriation et à la mise en pratique par l'animateur dans le cadre de son travail.

Favoriser la transversalité dans l'approche de la formation. Dans les étapes de réflexion et de conception de formations de formateurs en promotion de la santé, il est pertinent de favoriser l'élargissement du débat en y associant des intervenants d'horizons et de réseaux variés (idéologique, social...).

Des pistes concrètes pour poursuivre

Outre les recommandations, le projet nous permet d'envisager une série de pistes de travail pour poursuivre l'action. Elles nous conduisent à continuer l'action, à l'étendre et à approfondir certains aspects du sujet.

Continuer

Soutien des institutions à l'intégration de la promotion de la santé à différents niveaux

(animateurs, formateurs, coordinateurs de centres, directeurs de plaines...).

Mise sur pied d'un processus de suivi des formateurs dans leurs nouvelles fonctions de formateurs d'animateurs en promotion de la santé.

Etendre

Elargissement de la sensibilisation des institutions (centres de vacances) à la promotion de la santé, à l'échelle de la province de Hainaut.

Offre d'une formule « soutien – partage » pluraliste sur la promotion de la santé, visant la mise en démarche des institutions (échanges sur base d'actions, de projets, de réflexions...).

Offre d'une formation spécifique à l'échelle provinciale. Elle serait destinée aux formateurs et/ou animateurs qui souhaitent investir le thème du bien-être et de la santé, et permettrait de développer et de renforcer les compétences internes.

Approfondir

Développer une réflexion sur « l'instrumentation » de l'animateur spécialisé en promotion de la santé.

Etablir des critères de choix d'outils à mettre à disposition pour l'animateur (pertinence...).

Répertorier les outils disponibles, transférables, transformables...

Développer la réflexion sur la création d'outils d'animation en santé.

Le mot de la fin...

Pour terminer, quelques constatations, pas pour tourner la page, mais plutôt pour rédiger un nouveau chapitre.

Le secteur des loisirs en général et celui des centres de vacances en particulier est couvert de façon très irrégulière sur le plan de la promotion de la santé. Malgré les initiatives visant à renforcer la qualité de l'encadrement et à harmoniser les curriculums de formation, les paramètres « santé » et « bien-être » n'y sont pas encore suffisamment mis en avant et ne font pas encore l'objet d'une approche harmonieuse, quelle que soit la filière de formation.

Le secteur des organisations de jeunesse est cependant particulièrement propice et réceptif à la diffusion des valeurs proches de la promotion de la santé tant la participation, la motivation et l'interactivité font partie intégrante de leurs modes de fonctionnement.

Travailler avec des jeunes, miser sur eux, les responsabiliser par rapport à leur santé mais aussi par rapport à celle d'autres jeunes, en faire de véritables relais dans le champ de l'animation et du loisir est un formidable pari sur l'avenir.

Vincent Huyghebaert, Michel Demarteau, Bérengère Lens, Karine Spinette, Observatoire de la santé du Hainaut, Michel Andrien, Véronique Halbardier, CERES

Nous adressons nos remerciements aux responsables des groupes de travail des organisations de jeunesse partenaires du projet :

Sylvia Marozzi pour Ampli Junior et MJT Centre et Soignies, Geoffroy Carly pour CEMEA Hainaut – Antenne de Soignies, Salvatore Nuovo pour MJT Mons Borinage.

Intégration de la prévention des accidents domestiques dans la pratique des architectes

Sur les 14.600 accidents domestiques et de loisirs enregistrés en 1998 par les hôpitaux belges inscrits dans le système E.H.L.A.S.S.¹, 25,2% étaient liés à des éléments de construction. Ce type d'accident touche toutes les classes d'âge, mais les enfants de 0 à 5 ans sont les plus concernés. Qu'en pensent les architectes ? Si la prévention des accidents domestiques semble acquise sur le plan des principes abstraits, une enquête récente montre qu'il en va autrement sur celui des pratiques...

Enquête

Pour évaluer le degré d'intégration de la sécurité dans les pratiques des architectes, une enquête a été réalisée auprès de 60 architectes bâtisseurs de logements individuels dans le sud du pays et à Bruxelles. Cette étude essentiellement qualitative, ne cherche nullement à établir un descriptif représentatif. Elle entend simplement montrer, de façon significative, comment un arsenal législatif existant s'inscrit dans le travail des architectes interrogés.

Premier constat. La sécurité n'interpelle pas vraiment les architectes ! Elle n'est

jamais mentionnée spontanément lorsqu'ils évoquent leur rôle vis-à-vis de la clientèle... Les architectes expliquent que cette question est tellement au cœur de leur métier qu'elle se trouve implicitement dans toutes leurs réponses. La réalisation d'un logement serait d'abord guidée par les aspects financiers, le programme et la relation avec le client. Ce n'est que lorsqu'on évoque un cas concret de logement familial, avec des enfants en bas âge par exemple, que la sécurité des futurs occupants vient juste derrière les aspects pratiques de la maison.

Second constat. La connaissance des facteurs de risque par les architectes se limite à une perception extérieure, déduite de leur savoir-faire en matière de matériaux, de lois physiques et d'un minimum de physiologie. La gravité et la fréquence des accidents sont perçues au travers de faits divers ou d'expériences personnelles. Il ne s'en dégage pas de réelle connaissance professionnelle.

Troisième constat. La question de la responsabilité semble déstabiliser l'architecte et l'incite à se décharger sur d'autres acteurs, avant tout sur le maître de l'ouvrage, désigné à 73 % comme « responsable principal » de la sécurité. Le coordinateur sécurité et santé est investi de cette responsabilité par près de 7 architectes sur 10. L'architecte lui-même ne vient qu'au troisième rang (63 %), devant les instances politiques (47 %) et l'entrepreneur (38 %). C'est bien la représentation de la responsabilité qui pose problème, car l'engagement de l'architecte dans les situations concrètes de projet laisse peu de doute : 98 % d'entre eux s'estiment impliqués dans la prévention des chutes, 88 % pour ce qui est des matériaux suspects, 87 % par rapport aux ouvertures vers l'extérieur, 85 % par l'éclairage de zones dangereuses...

Quatrième constat. Bien que les architectes ne la mentionnent jamais spontanément de façon explicite, la problématique de la sécurité est omniprésente dans toutes leurs activités. 87 % d'entre eux se disent particulièrement attentifs à des éléments tels que les escaliers (92 %), les ouvertures (87 %), en particulier les fenêtres (83 %). Première hantise des concepteurs : la chute directe. Vient ensuite l'électricité (83 %). L'isolation est prise en compte à 72 %, les matériaux en général à 68 %, dont les revêtements de sol (60 %), l'éclairage à 68 % et les ascenseurs à 60 %... En matière de systèmes de chauffage, de sanitaires et de tuyauterie (de 50 à 23 %), l'attention se relâche, comme si ces domaines étaient plus inoffensifs.

Cinquième constat. Pour la plupart des architectes, l'intégration de la sécurité fait partie intégrante du métier au point qu'il est difficile de l'en différencier. Au point même que la dimension implicite de la sécurité devient parfois le moyen de son évacuation ! Ainsi, la sécurité peut passer au second plan lorsque la rapidité d'exécution des travaux est en cause (20 %), si elle bouscule le coût financier (33 %) ou si elle contredit le désir du client (37 %) !

Connaissance des législations, normes et recommandations

Mais n'existe-t-il pas des lois, des règlements, des normes pour prévenir les

accidents domestiques ? Pour répondre à cette question, un 'état des lieux' a été réalisé¹. On a pu ainsi constater, en particulier, une surabondance des normes (au moins 10.000 !) dans tous les domaines de la vie quotidienne.

L'enquête a fait apparaître que 57 % des architectes interrogés ont l'impression de connaître la réglementation spécifique à la sécurité. C'est d'abord l'électricité qui est citée (66 %), puis l'incendie (29 %), les fenêtres, les garde-corps (20 %), les escaliers – inclinaisons et rampes – (17 %), les sanitaires, le gaz, le chauffage, la ventilation et l'aération, et les ascenseurs (14 à 9 %) ... Si l'on poursuit l'entretien, les professionnels reconnaissent que leur connaissance reste très approximative. Seuls certains spécialistes connaissent les normes et font état d'une très riche expérience de terrain. On retrouve souvent l'image d'Epinal dramatisant les "dangers électriques" mais banalisant les autres facteurs de risque – l'eau chaude sanitaire par exemple, qui est pourtant très présente dans les statistiques d'accidents domestiques.

Quant à l'arsenal législatif existant en matière de prévention des accidents domestiques, il est considéré comme suffisant par deux tiers des architectes. Mais, lorsqu'on demande aux architectes s'il y a des domaines pour lesquels une législation serait intéressante, une majorité nettement moins importante souhaite une législation spécifique dans le domaine de l'électricité ou celui des ascenseurs et des escaliers (52 %) ... Et ils ne sont plus que 47 % à la trouver justifiée pour les fenêtres, 45 % pour le système de chauffage de même que pour les matériaux et 38 % pour les ouvertures vers l'extérieur !

L'appréciation de la législation ne recueille l'acceptation d'une majorité d'architectes interrogés qu'à propos des domaines réputés à risque. Elle reste dans l'ensemble vécue comme une contrainte plutôt que comme un apport positif à la réalisation de leur métier. La sécurité serait avant tout une question de bon sens...

Vers une meilleure application

La soixantaine d'architectes participant à l'enquête en sont arrivés progressivement à pointer les lacunes et besoins de leur pratique. Plus de la moitié estiment que le monde de la construction en général n'est pas sensibilisé à la question de la sécurité. Neuf architectes sur dix souhaitent recevoir davantage d'informations sur cette question. Parmi les médias qui paraissent les

plus adaptés pour la véhiculer, les publications spécifiques sont plus prisées (68 %) que de simples inserts dans des publications spécifiques (36 %), les sites Internet (32 %) ou les ouvrages spécialisés (25 %).

On le voit, l'analyse montre que l'intégration de la prévention des accidents domestiques dans la pratique des architectes s'occupant de logements est loin d'être un fait acquis, et les architectes eux-mêmes admettent que leur 'maîtrise' de la sécurité est un préjugé un peu hâtif... Il est vrai que la lourdeur du cadre légal ne facilite pas l'intégration de la prévention dans l'univers professionnel des architectes.

C'est la raison pour laquelle une opération de sensibilisation est prévue à destination du milieu des architectes, des maîtres de l'ouvrage, des organismes publics et privés responsables de programmes de logements... Il s'agira, dans la même optique, de réaliser une synthèse des réglementations en vigueur – sous forme d'un outil clair et pratique à l'usage de tous les responsables et intervenants dans la construction ou la rénovation des habitations. Il faut aussi agir au niveau de la formation des étudiants dans les instituts d'architecture de la Communauté française. De même, il serait opportun d'élucider les mécanismes qui ont conduit à la logique réglementaire cumulative et indigeste que nous connaissons aujourd'hui.

Ensuite, une évaluation de cette campagne sera menée auprès des architectes. L'Ordre des Architectes a soutenu cette réflexion et aura un rôle important à jouer pour la suite à donner dans cette prise de conscience, qui nous touche tous professionnellement et personnellement.

Jean de Salle (architecte et urbaniste Cooparch-R.U.), Jacques Taylor (psychosociologue) et Martine Bantuelle (Educa-Santé)

Le texte intégral est disponible sur le site www.educasante.org

Adresses utiles : Cooparch-R.U.,
Chaussée de Waterloo 426, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02-534 50 35

Educa-Santé asbl, Avenue Général Michel
1b, 6000 Charleroi. Tél.: 071-30 14 48

1 E. H. L. A. S. S. (European Home and Leisure Accident Surveillance System) est un système européen, opérationnel en Belgique depuis 1987, qui permet d'analyser les caractéristiques et les conséquences médicales des accidents.
2 Voir Coline SEVRAIN, « Etat des lieux des législations, normes et recommandations existantes pour le secteur de la construction et du mobilier en Belgique », in Intégration de la prévention des accidents dans la pratique des architectes, Cooparch-R.U.

A Jumet, les petits plats font un beau projet

Il était une fois Saint Nicolas qui avait déposé des présents à la Mutualité chrétienne pour tous les enfants sages. Surprise ! Ce n'étaient ni des poupées aux yeux bleus, ni de jolies voitures rouges. On s'en souvient encore. C'était à Jumet en décembre 2002.

Saint Nicolas avait déposé pour chacun un superbe ensemble « Petit déjeuner » garni de fruits et de céréales. Saint Nicolas s'y attendait-il ou pas ? Il a reçu plein de mercis des yeux des enfants et de la bouche des parents. Ce qu'il ignorait c'est qu'un groupe de personnes s'est dit alors : « Ne nous arrêtons pas en si bon chemin ! ».

Ces personnes soucieuses de la santé des enfants appartiennent au Comité de la circonscription « Jumet-Marchienne » de la Mutualité. Eh bien oui, la Mutualité ne fait pas seulement des remboursements de soins de santé. Une de ses missions est de mettre en place des actions pour une meilleure santé. La santé des enfants en fait partie. L'idée de la circonscription a été de poursuivre la belle intention de Saint Nicolas : sensibiliser les enfants à l'alimentation équilibrée.

C'est ainsi qu'est née une collaboration entre la Mutualité et l'école libre de Jumet. Cette école a été choisie pour son dynamisme et elle n'a pas failli à sa réputation.

Directeur et enseignants ont mordu à belles dents dans ce projet.

Le principal objectif de cette action est de mettre au point un outil pédagogique de sensibilisation à une alimentation équilibrée avec les élèves de 5-8 ans. Ensuite cet outil pourra être utilisé par d'autres écoles si elles le souhaitent. L'école libre de Jumet est donc une école pilote. Du côté de la Mutualité, une diététicienne, Julie Hayette, a été engagée pour suivre ce projet, accompagner les enseignants, proposer des activités... preuve aussi d'un réel dynamisme.

Ce 19 février 2003, la salle des fêtes de l'école était remplie d'enfants et de parents venus prendre un super petit déjeuner disposé en un magnifique buffet. Pain et confiture avaient été préparés par les enfants des classes de maternelle et de 1^{re} et 2^e primaire. Ce fut l'occasion de parler avec les parents, de leur expliquer le projet de l'école. Ce petit déjeuner n'était en effet qu'une action parmi d'autres.

Madame Anne, institutrice des 1^{re} et 2^e année, nous explique : « Nous avons commencé par raconter un conte aux enfants pour qu'il se rendent compte de l'importance de l'alimentation. Ensuite, nous leur avons expliqué les principes de l'équilibre alimentaire. Avec la classe, nous avons eu aussi pas mal d'activités cuisine : faire des brochettes

de fruits, goûter des crudités... Sans oublier la matière scolaire : on pèse, on lit les recettes, on calcule... Ca marche très bien. Pour la petite histoire, j'ai une fois eu de la peine à faire rentrer chez elles deux élèves qui savouraient de la laitue et des tomates avec des « Mmh c'est bon madame »... et qui ne voulaient surtout pas que je donne le reste à mes poules.

Ce qui a bien marché aussi c'est le concours collation. Le matin en fonction du contenu de sa collation, l'enfant a un feu vert, orange ou rouge. Et puis, nous avons aussi une maman qui s'est proposée pour faire de la soupe une fois par semaine. C'est vraiment très chouette de voir un enfant tout fier d'avoir sa pomme ou de l'entendre dire, le jour où il a une sucrerie, « C'est pas grave pour une fois. »

Et ce n'est pas tout, une fancy-fair sur le thème de l'alimentation aura lieu prochainement et les 3^e et 4^e primaire ont le projet d'un magasin de collations santé.

La mise au point de l'outil pédagogique avance bien. Il sera testé dans les prochains mois, et si tout va bien sera disponible en 2005. Nous aurons sans doute l'occasion de vous en reparler.

Catherine Darvai, Mutualité chrétienne Charleroi - Centre - Thudinie

Le 'cannabisme' passif ne doit pas être punissable !

Depuis 1977, de nombreuses études scientifiques ont démontré que l'inhalation de fumée de cannabis par un sujet passif (c'est-à-dire non-fumeur) est décelable par des tests sanguin et urinaire. Ces tests sont actuellement utilisés par les forces de l'ordre et un résultat positif peut être interprété à tort comme preuve formelle de consommation.

Des non-consommateurs risquent donc d'être condamnés par la justice, de devoir payer une amende, de se voir licenciés de leur emploi ou d'être exclus de leur école, etc. alors qu'ils n'ont pas fumé de cannabis. C'est évidemment totalement injuste !

Pour ces raisons, Infor-Drogues insiste sur la nécessité de revoir l'utilisation, judiciaire ou autre, de ces tests. La police et les autres instances répressives devraient éviter des injustices et offrirait une sécurité juridique bien plus solide en ne se basant que sur la détention effective d'une quantité réelle de cannabis. Ce qui serait, soit dit au passage, beaucoup plus en accord avec la loi qui ne punit pas l'usage mais bien la détention.

La Ministre de la Justice a annoncé vouloir éviter toute confusion à l'avenir et se dit prête à revoir, dans cette optique, la circulaire sur la détention de cannabis. Infor-Drogues la félicite. Nous l'encoura-

geons aussi à demander aux forces de l'ordre de ne plus utiliser des tests qui peuvent semer le doute et aux parquets de ne plus les considérer comme des preuves formelles de consommation.

Pour plus d'info sur le sujet, vous pouvez consulter les études sur le site www.infor-drogues.be

Infor-Drogues asbl, Rue du Marteau 19, 1000 Bruxelles. Tél. 02 227 52 52 (permanence téléphonique), 02 227 52 61 (prévention) et 02 227 52 60 (administration). Fax 02 219 27 25.

Courriel : courrier@infor-drogues.be

Communiqué de presse du 20/02/2004

Evaluation du programme mammotest : complément

Le mois passé, nous faisons état des premières données connues quant à l'impact du programme mammotest en Wallonie¹. Le taux de participation de 10% après un an, qui peut paraître décevant, doit être relativisé.

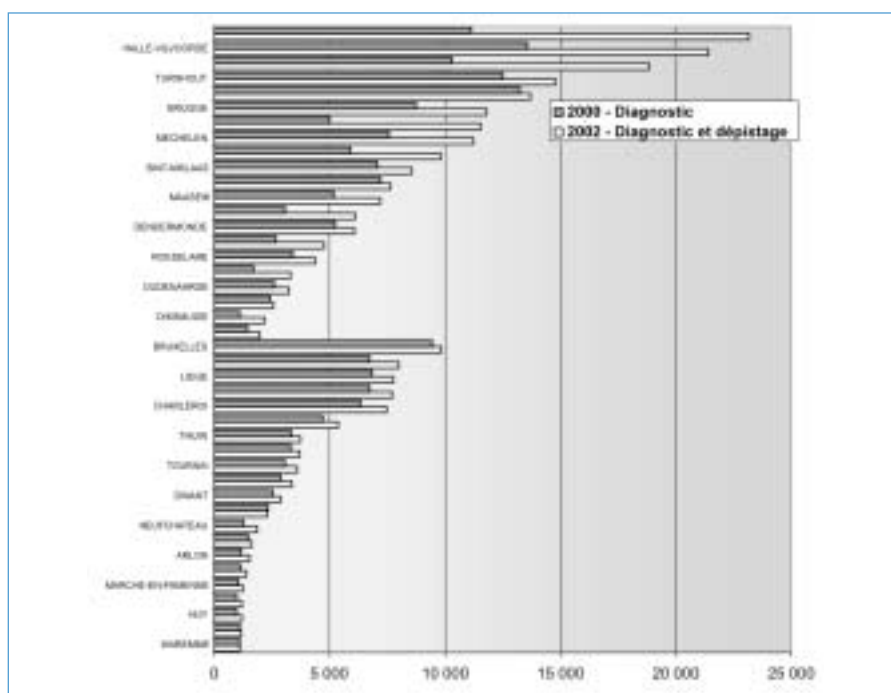
En effet, le programme n'a pas fait passer massivement les femmes du régime antérieur (mammographie dite de diagnostic souvent couplée à une échographie) au mammotest proprement dit.

On peut faire l'hypothèse que l'invitation systématique faite aux femmes de 50 à 69 ans a eu pour effet d'augmenter le nombre total des femmes bénéficiant de l'une ou l'autre modalité de dépistage.

Nous avons pu vérifier cette hypothèse en ce qui concerne les femmes affiliées à la Mutualité chrétienne pour l'ensemble du pays, et en étudiant uniquement les prestations des radiologues agréés.

Sur la période du 1/7/2002 au 30/6/2003, les radiologues agréés ont effectué près de 130.000 mammotests chez ce groupe-cible, pour 140.000 mammographies de diagnostic.

Si on compare l'activité des radiologues agréés entre 2001 et 2002, on observe une légère diminution du nombre des mammographies, qui est plus que compensée par la



progression des mammotests. Comme l'indique le graphique ci-dessus, le nombre global de prestations est en augmentation, qu'elles s'inscrivent dans le programme organisé ou non.

C'est probablement un signe encourageant, en espérant que le mammotest continuera à monter en puissance dans les prochaines

années. Nous reviendrons prochainement sur ce sujet avec des données plus complètes.

C.D.B.

¹ Nous avons oublié de préciser que le graphique de la page 6 concerne l'évolution dans le temps pour la province de Hainaut seulement, pas pour l'ensemble des provinces wallonnes.

RÉFLEXIONS

Une politique sociale des soins de santé dans les nouveaux Etats membres de l'Union européenne ?

L'Union européenne comptera le mois prochain 25 Etats membres. La plupart des nouveaux pays sont des pays d'Europe centrale et orientale (PECO) qui transitent d'une économie centralisée à une économie de marché. Ce processus de transition politique, économique et de société a également mené, dans la plupart des pays de cette région, à une réforme ou plusieurs réformes successives des systèmes de santé. Cependant, la redéfinition des politiques de protection sociale et de santé, dominée par une idéologie libérale et individualiste, ne vise généralement qu'à assurer une couverture minimale, une aide qui ne suffit pas à atteindre un niveau de vie décent.

Dans les faits, les systèmes de protection sociale et de santé sont dualistes, la majorité de la population ayant accès à des services plutôt médiocres et limités tandis qu'une fraction privilégiée de la société, ayant les moyens de se payer une assurance complémentaire, bénéficie d'une couverture sociale et de soins de qualité.

Les soins de santé en Europe centrale après la chute du communisme

Après la chute du communisme en 1989, le système social de nombreux pays d'Europe centrale a rapidement changé. Durant l'époque communiste, un réseau de services

médicaux et sociaux a été mis gratuitement à la disposition de l'ensemble de la population. Les usagers étaient proches des structures de soins locales et y avaient, en théorie, accès sans distinction ni restriction. Cependant, la réalité était souvent très différente de cette image idéale. De nombreux services n'existaient pas dans la pratique, étaient souvent d'une mauvaise qualité ou ne pouvaient être obtenus que moyennant des paiements « officieux » (dessous-de-table) aux prestataires de soins ou de services.

Depuis, les gouvernements se sont succédé et se sont engagés dans l'économie de marché qui a creusé le fossé des inégalités sociales au sein du pays et entre les pays.



Budapest, ce sera aussi l'Union européenne demain

Sous la contrainte des organisations internationales (Fonds monétaire international, Banque mondiale), de nombreux pays en transition ont en effet ouvert leur marché aux privatisations et considérablement réduit leurs dépenses publiques au cours de la dernière décennie. Le secteur de la santé n'échappe pas à ce climat de régression. L'« économisme » marginalise davantage les catégories sociales et les pays les plus défavorisés. L'écart s'est creusé entre ceux qui se sont trouvés dans une situation défavorable dans le nouveau contexte et les élites économiques totalement à l'aise dans l'économie de marché.

Presque dans tous les Etats d'Europe centrale et orientale, le recul des systèmes de protection sociale a ouvert la porte au développement des assurances privées. Les réformes structurelles ne compensent pas le manque de ressources, ce qui encourage entre autres le phénomène des dessous-de-table, déjà endémique par le passé.

Faute d'investissement, l'état de vétusté des hôpitaux ne s'est pas amélioré. Les professions médicales dans le domaine public restent mal rémunérées, provoquant la fuite vers le privé. A titre d'exemple, 95 % des dentistes en Pologne sont privés. Si le médecin n'a pas de contrat avec le fonds d'assurance maladie, le patient doit payer la somme intégrale de la consultation. Ce qu'il est parfois obligé de faire pour éviter de longues files d'attente dues au nombre limité de services contractés par la caisse d'assurance publique.

Le prix des médicaments est en augmentation constante depuis le début des années 1990. D'une part, parce que les prix en géné-

ral ont commencé à s'aligner sur les prix des pays occidentaux, d'autre part parce que la part des médicaments produits localement diminue de manière spectaculaire, les médicaments étrangers occupant des parts croissantes de marché. L'économie de marché a eu pour effet l'introduction de l'importation de produits qui coûtent plusieurs fois le prix de médicaments de même qualité, fabriqués autrefois localement. Le développement économique des pays de l'Est ne peut que souffrir de l'affaiblissement de leur industrie médicale et pharmaceutique.

Des pistes pour sortir de la crise

Des politiques résolument orientées vers la prévention et la promotion de la santé concourraient sans aucun doute à la réduction des dépenses. Du côté des professionnels de la santé, il faudrait diversifier et élargir les missions et les activités des médecins généralistes vers la protection et la promotion de la santé des individus et, d'autre part, favoriser le travail d'équipe. L'introduction de conseils de bonne pratique pour les médecins, combinée à l'accent mis sur la prescription des médicaments génériques, doit également être encouragée.

Le mouvement mutualiste, sur base de l'expérience accumulée dans notre pays en matière de gestion de l'assurance maladie, de l'économie sociale, d'organisation des soins et de services complémentaires, peut constituer une alternative intéressante pour renforcer l'accessibilité aux soins et contribuer à la prise de responsabilités par la population locale.

Depuis 1995, la Mutualité chrétienne soutient des projets mutualistes en Europe centrale,

principalement en Pologne, Roumanie et dans les pays baltes. Ces projets visent la mise en place d'organisations mutualistes, qui peuvent assurer un accès plus facile à des soins de santé de meilleure qualité.

Grâce à un projet d'information cofinancé par l'Union européenne, la Mutualité chrétienne a mené une campagne d'information dans sa presse, présentant un ou plusieurs pays d'Europe centrale, ainsi que leur système de sécurité sociale et le secteur de la santé, en faisant également référence aux projets mutualistes. Des soirées thématiques et expositions ont été organisés dans six villes belges (Brugge, Gent, Antwerpen, Namur, Liège et Oostende) par les comités de partenariat mis en place dans les Mutualités chrétiennes qui soutiennent des projets.

Des projets et des résultats

En soutenant des mutualités à l'étranger, l'objectif de la Mutualité chrétienne est de contribuer à l'accessibilité à des soins de santé de qualité. L'accessibilité financière passe par des tarifs maîtrisés pour les médicaments et les consultations. Des cabinets médicaux en région rurale ou des cabinets « itinérants » contribuent à rendre les soins disponibles en les rapprochant des gens. Enfin, de nouveaux services qui n'existaient pas jusqu'alors ont été mis en place, surtout la location de matériel de révalidation ou la mise sur pied d'un service de soins à domicile.

La qualité des soins a pu être améliorée grâce à des investissements dans une infrastructure propre ou des formations dispensées aux prestataires et aux mutualistes.

Alors qu'un « nouveau » modèle de société est apparu après la chute du communisme, basé sur l'individu et dans lequel le « social » est désormais chargé d'une signification négative, c'est un modèle social alternatif et démocratique que promeut la mutualité. Un mouvement fondé sur la collaboration entre organisations sociales, administrations locales et prestataires, sur la responsabilisation et la participation des membres.

Le développement d'un mouvement de bénévoles qui stimule la solidarité et apporte son soutien aux jeunes, aux personnes handicapées et âgées, et ce grâce à des réseaux de partenariat tissés avec les Mutualités chrétiennes de Belgique, revêt une importance capitale pour faire connaître le concept du mutualisme dans ces pays.

Valérie Van Belle, Coopération internationale Mutualité chrétienne

Article publié dans En Marche et remanié par l'auteur

Le 'nouveau' Conseil supérieur de promotion de la santé

Le décret relatif à la promotion de la santé prévoit la création d'un Conseil supérieur de promotion de la santé, qui a pour missions :

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 de promotion de la santé ;

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 sus-visés ;

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.

Le Conseil supérieur de promotion de la santé conseille également le Ministre de la Santé dans sa politique de financement de programmes d'action et de recherche (à l'échelle de la Communauté, les programmes à vocation locale n'étant pas de son ressort); il remet aussi avis sur l'opportunité de campagnes gratuites de promotion de la santé en radio et en télévision ; il travaille également sur les

(suite p. 16)

Nombre	Qualité	Membre effectif	Membre suppléant
3	Ecoles de santé publique	M ^{me} Vandoorne (ULg) M ^{me} Piette (ULB) M. Deccache (UCL)	M ^{me} Gosset M. Levêque M. Tonglet
1	Société scientifique de médecine générale (SSMG)	M ^{me} Jonckheer	M. Dufour
1	Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)	M ^{me} Sommer	M ^{me} Mauroy
2	Sida et MST	M ^{me} Thiry M ^{me} Louhenapessy	M. Clumeck M. Martens
2	Mutualités	M. De Bock M ^{me} Spièce	M. Delobel M ^{me} Frérotte
3	Comité interprovincial de médecine préventive (CIMP)	M. Berghmans M. Daumerie M. Maassen	M. Demarteau M ^{me} Danhaive M ^{me} Lannoye
2	Médecine générale	M. De Plaen M. Laperche	M. Leclercq M ^{me} Hanot
4	Centres locaux de promotion de la santé	M. Demoulin M ^{me} Malevé M ^{me} Guillaume M ^{me} Anceaux	M. Pettiaux M ^{me} Vegainginsky M. Hoornaert M. Lahaye
1	Affections respiratoires	M ^{me} Plas	M ^{me} Van Rokegem
1	Assuétudes	M. Bastin	M ^{me} Hariga
1	Pharmacie	M ^{me} Celis	M. Cousin
1	Services communautaires de promotion de la santé (SCPS)	M. Trefois	M. Favresse
1	Centres de référence en médecine préventive	M ^{me} Vandenbroucke	M. Legat
2	Usagers du système de santé	M ^{me} Fierens M ^{me} Halin	M ^{me} Wathelet M. Bolaers
2	Commission promotion de la santé à l'école	M ^{me} Levie M ^{me} Henry	M ^{me} Binamé M ^{me} Lecrenier
1	Commission promotion de la santé dans la pratique du sport	M ^{me} Maréchal	M. Sturbois
3	Experts en promotion de la santé	M ^{me} Bantuelle M. Mercier M ^{me} Deliens	M. Roucloux M ^{me} Prévost M ^{me} Delvaux
3	Représentants de la société civile en dehors du champ de la promotion de la santé	M ^{me} Dieu M. Biot M ^{me} Giot	M ^{me} Visée M. Pauluis M ^{me} Jamouille
2	Gouvernement de la Communauté française	M ^{me} Leva M. Morel	M. Voisey M ^{me} Dossogne
1	Région wallonne	M ^{me} Quinet	-
1	COCOF Bruxelles-Capitale	M. Nagant	-
1	Fonctionnaire général de la DG Santé	M. Brunson	-

compétences de la Communauté française Wallonie-Bruxelles en matière d'épidémiologie et de protection vaccinale.

Le décret du 17 juillet 2003 (MB du 21/8/2003) a modifié de façon significative la composition du Conseil, qui passe de 26 à 34 membres avec droit de vote. Il y a également 3 membres avec voix consul-

tative (Gouvernement et DG Santé), et deux observateurs (régions wallonne et bruxelloise).

En page précédente, leurs noms et qualités. Si vous êtes sensible à l'« égalité des chances », vous constaterez que sur les 34 membres effectifs, il y a 22 femmes et 12 hommes, et sur les 34 suppléants 16

femmes et 18 hommes. Un Conseil majoritairement féminin qui s'intéresse à la santé et au bien-être, ce n'est pas plus mal !

Arrêté du 10 février 2004 entré en vigueur le 27 février, et publié au Moniteur belge le 17 mars 2004.

C.D.B.

LU POUR VOUS

Quand une mutualité dialogue avec les prestataires

Voici un peu plus de 10 ans, les Mutualités socialistes lançaient la feuille d'information bimestrielle *Renouer*, dont l'ambition était de favoriser une meilleure compréhension entre un organisme assureur et les professionnels de santé.

Le 22 novembre dernier, l'UNMS organisait une journée d'échanges avec ses lecteurs pour marquer le coup et témoigner concrètement de son souci d'enrichissement mutuel des pratiques par une réflexion commune sur des enjeux de santé publique, réflexion n'excluant nullement la confrontation de points de vue pas nécessairement convergents.

Trois 'panels' structuraient les débats :

la question de l'usage adéquat du médicament dans le face à face entre professionnel et patient ;

les politiques de renforcement de l'usage adéquat du médicament ;

l'amélioration de l'accès à la santé bucco-dentaire.

Ayant été sollicité par **Thierry Poucet**, rédacteur en chef de *Renouer*, pour faire partie d'un des trois panels, j'ai pu apprécier le sérieux avec lequel la journée du 22/11 avait été préparée, et la qualité des débats auxquels elle a donné lieu.

Cela m'a donné aussi envie d'en savoir un peu plus sur cette publication. **Thierry Poucet** a bien voulu éclairer ma lanterne.

Education Santé : Pourquoi la Mutualité socialiste a-t-elle choisi voici dix ans d'investir dans un pareil outil d'information du corps médical ?

Thierry Poucet : Soulignons tout d'abord - ce n'est pas un cocorico, c'est un simple constat - que l'initiative fut doublement pionnière. D'une part, au sein de l'univers mutualiste en général : seule la Mutualité libre allait un peu plus tard éditer à son tour un périodique pour médecins (*Fax Medica*), mais son destin fut éphémère. D'autre part, au sein des Mutualités socialistes, où les politiques de communication sont en grande partie scindées sur le plan communautaire. C'est en l'occurrence le secrétaire général francophone, dépité par le nombre de malentendus voire de basses polémiques qui émaillaient les relations entre organismes assureurs et corps médical, qui a lancé l'idée d'un périodique pour prestataires francophones. Convaincus eux aussi de l'importance d'une telle communication, nos collègues ont lancé par la suite un trimestriel à destination des médecins du nord du pays. Les deux rédactions sont totalement autonomes, même s'il nous arrive de collaborer ponctuellement. Baptisé *InterVisie*, ce petit frère de *Renouer* s'est placé lui aussi, à travers la symbolique du titre, sous l'emblème du dialogue à visée constructive.

Ce qui nous amène droit à la question de la motivation à investir dans un pareil outil d'information. Rappelons que les années '80 avaient vu s'attiser, notamment à travers des procès, l'animosité entre monde médical et organismes assureurs. En toile de fond, une querelle souvent simplifiée à l'extrême entre tenants de la qualité des soins (souvent réduite à la liberté de prescrire) et tenants de la maîtrise des coûts (souvent

réduite à la traque aux surprescripteurs présumés). *Renouer* ambitionnait d'introduire un axe de rupture avec ces logiques binaires. Avec pour conviction que dans le tandem « professionnels de santé » / « gestionnaires de l'assurance maladie », on a chacun à apprendre de l'autre, sans renoncer à sa spécificité, et à lui apprendre, sans jouer pour autant les donneurs de leçons.

E.S. : Qui sont exactement les lecteurs de la publication ? Les médecins reçoivent-ils d'office *Renouer*, ou doivent-ils prendre un abonnement ? Combien de personnes reçoivent la revue ? Quels autres professionnels de la santé sont-ils concernés en-dehors des médecins ?

T.P. : Le premier numéro (juin 1993) était réservé au corps médical et son rythme était trimestriel. Un an plus tard, on a fait le choix d'accroître la cadence (6 numéros par an au lieu de 4) et l'audience (extension aux dentistes et pharmaciens d'officine). On en est resté là jusqu'ici, même si a parfois été évoquée la possibilité d'étendre un jour à d'autres catégories de prestataires, comme les kinés ou les infirmiers/ères ambulatoires. Mais, outre les problèmes de coûts, cela poserait aussi des problèmes de cohésion rédactionnelle (j'entrevois un risque de dilution des centres d'intérêt).

L'élément essentiel du projet était bien de toucher le praticien « lambda » et pas uniquement les militants et porte-parole des organisations professionnelles de prestataires avec qui les mutuelles négocient déjà régulièrement dans la sphère institutionnelle. C'est pourquoi le choix a été fait d'expédier d'office le périodique à tous, en sachant du reste qu'il faut des années pour créer un lien de familiarité avec un public, surtout s'il est plutôt hostile a priori. Au total, nous imprimons

23.500 exemplaires, dont un bon millier est communiqué à des tiers (journalistes, cadres mutualistes, autorités...).

E.S.: Quels sujets sont-il abordés dans *Renouer*? Visez-vous plutôt à faire comprendre les positions de la mutualité au corps médical, ou leur proposez-vous aussi des outils les aidant à s'y retrouver dans le maquis des réglementations aussi complexes que nombreuses de notre système d'assurance-maladie ?

T.P.: Dès le départ, nous poursuivions trois objectifs en matière de contenu :

1° transmettre à chacun, par voie directe, nos positions sur les questions d'actualité les plus sensibles ou les plus importantes (dans l'espoir de réduire les caricatures ou les mécompréhensions induites par les « morceaux choisis » et autres citations approximatives). Si nécessaire soit-elle, cette tâche n'occupe pas le plus gros du volume rédactionnel ;

2° fournir, via notre service d'études notamment, des éclairages originaux sur certains aspects de notre système de santé et d'assurance maladie (y compris sur certains aspects du travail mutualiste, d'ordre social ou éducatif par exemple, parfois méconnus ou sous-estimés par les praticiens de terrain) ;

3° ouvrir des débats, inviter nos lecteurs à y réagir. Parmi beaucoup d'illustrations possibles, nous avons organisé fin 1996, bien avant les mouvements de fronde des médecins généralistes, une table-ronde sur « le présent et l'avenir de la médecine générale », qui a donné lieu à un numéro spécial. Citons aussi une série de dossiers sur les facettes multiples de la qualité des soins.

Pour ce qui est des réglementations complexes, nombreuses (et j'ajouterais : affectées trop souvent des syndromes de naissance prématurée et de vieillissement précoce), nous en suivons tant bien que mal les méandres dans nos colonnes.

Pour autant, bien sûr, que cela reste compatible avec notre format délibérément modique (8 pages, un choix de lisibilité). Mais nous avons manifestement fait mouche en adjoignant à chaque livraison de notre périodique, depuis septembre 1997, une « fiche pratique » de plus en plus largement appréciée.

On n'y expose pas seulement en termes condensés et intelligibles le contenu de nouvelles dispositions. On y attire aussi l'attention des professionnels de santé sur des erreurs préjudiciables au patient à éviter dans l'accomplissement de certaines formalités médico-administratives ou sur des ressources existantes du système trop peu

sollicitées (il y a parfois de bonnes choses dans les réglementations, que la plupart des intéressés et de ceux qui les soignent ignorent – comme la réadaptation professionnelle, qui permet de payer aux frais de l'INAMI, pour des personnes en incapacité de travail pour raisons spécifiques de santé, des formations à de nouveaux métiers compatibles avec leur affection).

L'accessibilité universelle aux soins requis et la lutte contre les inégalités de santé comptent parmi les chevaux de bataille de *Renouer*.

E.S.: Comment les prestataires réagissent-ils aux articles publiés dans *Renouer* ? Essayez-vous beaucoup de critiques ou d'encouragements, ou bien y a-t-il plutôt une indifférence à l'égard de votre souci de dialogue ?

T.P.: Les réactions directes ne pleuvent pas, du moins sous forme épistolaire. En dix ans, nous avons peut-être reçu une dizaine de messages glaciaux nous invitant à cesser d'envoyer ce périodique en pure perte à son destinataire. Les compliments sont plus allusifs. C'est par exemple à l'occasion d'une commande de document, que certains nous félicitent pour la clarté ou l'esprit d'ouverture de nos écrits en général. Parfois des controverses argumentées naissent à partir de tel ou tel article, qui nous font réfléchir ou nous permettent de lever certains malentendus. Il pourrait y en avoir un peu plus à mon goût.

E.S.: *Renouer* a-t-elle pu aborder des questions liées à la médecine préventive, à la promotion de la santé ? Ce genre de texte suscite-t-il une curiosité particulière chez les lecteurs ?

T.P.: Je n'aime pas faire de frontière trop nette entre préventif et curatif. Les bonnes pratiques soignantes sont souvent, me semble-t-il, préventives de plein d'ennuis ultérieurs certes difficilement quantifiables mais sûrement pas imaginaires. L'accessibilité universelle aux soins requis et la lutte contre les inégalités de santé comptent parmi les chevaux de bataille de *Renouer*, sans pour autant se décliner sous forme de campagnes de sensibilisation préventive. Cela dit, nous présentons systématiquement à nos lecteurs professionnels de santé les actions et publications classiquement préventives que nous réali-

sons pour le grand public, en leur offrant de nous en commander des exemplaires. C'est par dizaines toujours et parfois par centaines qu'ils répondent à ces offres gracieuses.

E.S.: Quel budget faut-il pour développer un outil comme *Renouer* ? Question subsidiaire, cet investissement est-il justifié ? Avez-vous évalué la perception de votre travail par les lecteurs, leurs attentes ? La méfiance bien connue du corps médical à l'égard des organismes assureurs s'est-elle atténuée au fil du temps et des numéros ?

T.P.: Outre le salaire d'un permanent (qui ne fait pas – loin de là – que s'occuper de la coordination de ce périodique et de ses produits annexes), le gros des frais est représenté par les factures d'imprimeur et, plus encore, d'affranchissement postal. On s'est posé d'emblée la question de savoir si une mutualité devait dépenser de l'argent pour informer d'autres personnes que ses affiliés. Nous avons l'intuition, et c'est devenu une conviction à l'expérience, que pour faire progresser bien des choses il faut simultanément travailler la cohérence du discours envers tous les partenaires impliqués. On l'a reconnu en haut lieu en organisant des campagnes multi-public de modération antibiotique. C'est pareil quand il faut faire comprendre les règles du maximum à facturer, du dossier médical global, ou quand on veut favoriser l'arrêt tabagique, la bonne gestion du diabète... Lors d'une annonce de parution d'un de nos premiers guides comparatifs sur les prix des médicaments équivalents, nous avons reçu 6.000 commandes de lecteurs en une semaine. C'est notre record et il augure d'un certain taux de lecture. Un coup de sonde plus modeste, portant sur un échantillon trop réduit pour être représentatif, nous a quand même assuré que *Renouer* est connu au minimum par un médecin sur quatre et que 40 % de ceux-là le lisent.

E.S.: Et *RenouWWW* ? Utilisez-vous les ressources du net pour renforcer votre présence auprès des professionnels de santé ?

T.P.: En matière de support électronique, d'autres mutualités communiquent aussi avec les médecins. Le périodique et les fiches sont téléchargeables depuis environ 5 ans. Notre site est en phase de remaniement et j'ignore encore si nous irons plus loin.

Propos recueillis par **Christian De Bock**
Renouer, périodique bimestriel réservé aux médecins, dentistes et pharmaciens.
Adresse : rue St-Jean 32, 1000 Bruxelles.
Courriel : renouer@mutsoc.be

Journée mondiale de la santé**7 avril 2004**

Cette année, le thème de la Journée mondiale de la santé sera *L'accident de la route n'est pas une fatalité*.

Pour tout renseignement :

<http://www.who.int/world-health-day/2004/fr/>

Journée mondiale de la voix**Liège****16 avril 2004**

A l'occasion de la Journée mondiale de la voix, la Province de Liège propose dans le cadre du projet « Liège Province Santé » de l'OMS, en collaboration avec le Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale du CHU de Liège une conférence-débat relative aux troubles de la voix, au cours de laquelle différents spécialistes interviendront : ORL, logopède, kiné, professeur de chant.

La séance se clôturera par un récital, avec les prestations de sopranos, d'un ténor et d'une chorale.

Cela se passera à 14h30 au Théâtre

« Le Trocadéro », rue Lulay 6a, 4000 Liège.

Renseignements :

Service provincial de promotion de la santé,
Bd de la Constitution 19/2, 4020 Liège.

Tél.: 04 349 51 33. Fax : 04 349 51 35.

Courriel : spps@prov-liege.be.

Communication santé**Bruxelles****22 et 29 avril 2004**

L'asbl *Question Santé* organise des ateliers de formation destinés à tout professionnel du champ médico-socio-éducatif.

Le premier atelier de cette année abordera le thème 'Communication et systèmes de valeur'. On s'y posera la question des valeurs sous-jacentes aux diverses conceptions de la santé. L'accent sera mis sur la formation des stéréotypes, des préjugés, des messages implicites, et sur les fondements des perceptions, des opinions et des comportements.

Les participants seront invités à identifier leur propre système de valeurs et de réfléchir sur les normes et règles sociales et institutionnelles.

L'animation de ces journées sera assurée par **Robert Bontemps**, docteur en médecine et psychothérapeute, responsable de l'asbl *Question Santé*.

La formation coûte 14 € (lunch non inclus) et a lieu dans les locaux de la Fédération laïque des centres de planning familial, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles.

Inscription à faxer au 02 512 54 36, et à payer au compte 068 – 2115054 – 93 de *Question Santé*. Nombre de places limité à 12.

Périnatalité**Namur****23 avril 2004**

Conférence Plaidoyer pour une naissance amoureuse et consciente, organisée par Alter-NativeS.

Lieu : Auditorium L1, 2^e étage,
Faculté de Philosophie et Lettres,
rue Grafé 1, 5000 Namur (19h30).

Réservations souhaitées au 085 71 45 92

ou 0477 47 49 63, ou par courriel à

contact@alternatives.be.

Infos sur www.alternatives.be

Sexualité**Louvain-la-Neuve****23 et 24 avril 2004**

Sexualités, normes et thérapies.

Questionnements sur les demandes et les interventions cliniques d'aujourd'hui, colloque organisé par l'Institut d'études de la famille et de la sexualité, l'Université catholique de Louvain, avec le soutien du FNRS.

Renseignements complémentaires :
secrétariat de l'IEFS, Place Cardinal Mercier 10,
1348 Louvain-la-Neuve.

Tél.: 010 47 44 02. Fax : 010 47 44 04.

Courriel : iefs@psp.ucl.ac.be.

Enfant**Havré****27 avril 2004**

Dans le cadre des Midis Santé du bois d'Havré, l'Observatoire de la santé du Hainaut organise une conférence sur le thème de *La résilience dans les contes pour enfants*, par **Bruno Humbeeck**, Centre de recherche et d'innovation en sociopédagogie familiale et scolaire (de 12 à 14h).

Renseignements : Observatoire de la santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré.

Tél : 065 87 96 00. Fax : 065 87 96 79.

Courriel : observatoire_sante@hainaut.be

Tabagisme**La Louvière****4 mai et 8 juin 2004**

Groupe d'accompagnement au développement de projets ou d'actions concernant la gestion du tabagisme en milieu professionnel ou scolaire, organisé par l'ASBL Promotion Santé et Développement durable.

Renseignements : axel.roucloux@skynet.be

Inscriptions : La Louvière Ville Santé, 064 27 79 66.

Drogue**Bruxelles****Mai et juin 2004**

Les questions relatives aux usages de drogues interpellent les intervenants sociaux travaillant avec un public adolescent dans différents types d'institutions. Il est parfois

difficile de définir l'attitude à adopter à la suite d'une demande de jeunes ou d'une situation de consommation.

Pour accompagner les intervenants dans leurs questions, l'Equipe de prévention d'Infor-Drogues propose un module de formation *Usage de drogues : des questions ?*, réparti sur 5 demi-journées, les jeudis 6 mai, 13 mai, 27 mai, 10 juin et 17 juin 2004. Une séance d'évaluation sera fixée en septembre 2004, en concertation avec les participants. Coût de la formation : 100 € (documentation comprise).

Clôture des inscriptions le **26 avril 2004**.

Lieu de la formation : Infor-Drogues ASBL, rue du Marteau 19, 1000 Bruxelles.

Renseignements : 02 227 52 61 ou 02 227 52 60.

Tabagisme**Havré****12 mai 2004**

Dans le cadre des Midis Santé du bois d'Havré, l'Observatoire de la santé du Hainaut organise une conférence sur le thème *Analyse critique de la politique antitabac en Belgique*, par **Luk Joossens**, Fédération belge contre le cancer (de 12 à 14h).

Renseignements : Observatoire de la santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré.

Tél.: 065 87 96 00. Fax : 065 87 96 79.

Courriel : observatoire_sante@hainaut.be

Environnement**Mons****14 mai 2004**

Les boues de dragage... un problème de santé publique ?, journée de conférences à l'attention des médecins, environnementalistes, décideurs politiques et économiques, associations,... Une organisation de l'asbl Health and Environmental Care Technical Organisation (HECTOR) et l'Institut d'Hygiène et de Bactériologie du Hainaut.

Renseignements :

HECTOR ASBL, tél. 010 81 07 47.

Internet : <http://www.hector-asbl.be>

IPHB, tél. 065 403 673.

Courriel : etienne.noel@hainaut.be

Enfant à l'hôpital**Liège****14 et 15 mai 2004**

Colloque sur *L'interdisciplinarité autour de l'enfant à l'hôpital*, organisé à l'occasion du Service universitaire de pédiatrie, Centre hospitalier régional de la Citadelle.

Lieu : Palais des congrès de Liège.

Pour obtenir le programme complet du

colloque : CHR de la Citadelle, service communication et relations publiques, Jean Olivier. Tél. 04 225 62 25. Fax 04 225 70 00.

Courriel : jean.olivier@chrcitadelle.be.

Hôpital**Avant le 15 septembre 2004**

Le Fonds Gert Noël, géré par la Fondation Roi Baudouin, attribuera en 2004, pour la quatrième fois, un prix pour récompenser un projet concret mis en œuvre dans un hôpital belge qui s'est efforcé ces dernières années d'améliorer la qualité de l'écoute et de l'information en milieu hospitalier et d'humaniser les soins médicaux.

Le prix 2004 est d'un montant de 25.000 €.

Le Fonds s'adresse à tout hôpital (ou personne, équipe, institution ou association qui y est liée) qui s'est efforcé au cours de l'année ou des années précédant l'appel aux projets de mettre en place une approche innovante pour permettre au patient et à ses proches de vivre au mieux une pathologie grave en phase initiale.

Les candidatures doivent parvenir au plus tard le 15 septembre 2004 au secrétariat du Fonds Gert Noël à la Fondation Roi Baudouin, rue Brederode 21, 1000 Bruxelles.

Des dépliants peuvent être obtenus au Centre de contact de la Fondation Roi Baudouin au 070 233 065 ou via l'adresse courriel proj@kbs-frb.be.

Le dépliant d'appel 2004 se trouve également sur le site de la Fondation Roi Baudouin : <http://www.kbs-frb.be>

Santé publique**Besançon****5 au 9 juillet 2004**

1^{re} Université d'été francophone en santé publique, organisée par la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Besançon et l'Union régionale des Caisses d'assurance maladie de Franche-Comté. Cette formation est particulièrement destinée à des professionnels en activité et des élus, travaillant au sein d'associations des champs sanitaires, sociaux ou éducatifs.

Elle s'organisera autour de 15 modules, couvrant plusieurs thèmes de santé publique (éducation pour la santé, éducation thérapeutique, réseaux de santé, santé des adolescents, santé en milieu rural, prévention des accidents et de la violence, cancer, rythmes biologiques, évaluations des interventions de santé...). Des conférences débats auront également lieu durant la formation sur des sujets d'actualité en santé publique.

Pour obtenir le programme complet ou d'autres renseignements,

- sites internet : <http://www.urcam.org> ou <http://www.univ-fcomte.fr>

- adresse courriel : [Caroline Guillin, cguillin@urcam.org](mailto:Caroline.Guillin@urcam.org)

- adresse postale : Secrétariat de l'Université d'été francophone en santé publique, Faculté de médecine et de pharmacie, place St Jacques, F-25030 Besançon cedex.

Vieillesse**Montréal****3 au 5 octobre 2004**

Conférence internationale *Vers une nouvelle perspective : du vieillir au bien-vieillir*, organisée par le CLSC René-Cassin Institut de gérontologie sociale du Québec, en partenariat avec la Fédération internationale du vieillissement.

Pour tout renseignement (programme complet, coût et inscription en ligne), rendez-vous sur le site www.geronto.org

Documentation

Trop souvent, le grand public ne sait pas où s'adresser pour ses demandes de documentation dans le domaine de la promotion de la santé.

Par ailleurs, assurer une réponse optimale aux demandes qui parviennent quotidiennement, ou orienter une recherche, font partie intégrante des objectifs que se doivent d'avoir les professionnels de la documentation.

L'idée d'un Réseau bruxellois de documentation en promotion de la santé est née avec la volonté d'associer les centres de documentation de Bruxelles et de mettre sur pied un système de partage de l'information, de diffusion des connaissances et d'échange sur la documentation. Le RBDSanté s'est ainsi constitué en mars 2000.

Pour atteindre ses objectifs, les bibliothécaires et documentalistes du réseau, avec l'aide de la Commission communautaire de la Région de Bruxelles-Capitale, ont réalisé un répertoire présentant chaque centre de documentation, l'éventail des services proposés, les documents disponibles, l'accueil et les conditions d'utilisation.

Le répertoire est disponible auprès de Mourad Benmerzouk, Centre de documentation santé Bruxelles, partenaire du Centre local de promotion de la santé de Bruxelles, avenue Emile de Béco 67, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 639 66 88. Fax 02 639 66 86.

Courriel : clps.doc@swing.be

Il est également téléchargeable sur le site du réseau www.rbdsante.be

Publication

Depuis quelques dizaines d'années, le mouvement Self-help, et les groupes d'entraide qui le constituent, tente de combler un manque ressenti par les usagers de la santé lors de leur passage dans les structures de soins existantes.

Ces groupes ont pour objectifs le développement d'un système de santé accessible à tous, l'amélioration du soutien aux patients et à leur famille, la reconnaissance de leurs droits fondamentaux, le soutien à la recherche

scientifique et le travail de prévention et d'information tant vers le monde professionnel que vers le grand public. Le service Promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes éditée depuis plusieurs années l'**Inventaire des groupes d'entraide en Communauté française de Belgique** : l'édition 2004 entièrement mise à jour est parue. Ce document répertorie 150 associations sur des thématiques aussi diverses que les acouphènes, les insuffisances rénales, les maladies rares, les handicaps visuel, moteur ou auditif, l'homosexualité, le deuil, le suicide,... Toutes les coordonnées des groupes d'entraide y sont reprises, ainsi que leurs objectifs principaux, leurs activités et leurs antennes locales.

Tous ces renseignements sont également disponibles sur le site <http://www.self-help.be>, où le visiteur trouvera en plus des informations telles que conférences, publications, nouvelles associations, actions de prévention, appels à l'entraide, liens...

Pour tout renseignement : Service Promotion de la santé UNMS, place Saint-Jean 1/2, 1000 Bruxelles. Tél. 02 515 05 85 ou 02 515 05 04. Fax : 02 515 06 11. Courriel : promotion.sante@mutsoc.be.

Emploi - demande

Médecin belge titulaire du doctorat en médecine de l'Université libre de Bruxelles et du diplôme de spécialiste en pédiatrie de l'Université de Tunis, ayant exercé en tant que médecin généraliste, pédiatre, puis médecin spécialiste de santé publique en Tunisie, recherche un poste dans un centre de médecine préventive, une équipe PSE, un centre PMS, en Belgique.

Coordonnées : Docteur Sélim Khiani, rue Khartoum 18, 2000 Le Bardo - Tunis. Courriel : selimkhiani2000@yahoo.fr

Changements d'adresse

■ La Croix-Rouge de Belgique a déménagé. Sa nouvelle adresse : rue de Stalle 96, 1180. Vous pouvez contacter son service Education pour la santé au 02 371 33 07.

■ L'adresse courriel du service Education pour la santé ASBL a changé : elle devient ses.hesbayecondroz@tiscali.be

■ Le Centre local de promotion de la santé du Brabant wallon a déménagé. Ses nouvelles coordonnées : avenue de Wisterzée 56, 1490 Court-Saint-Etienne. Tél.: 010 62 17 62. Courriel : info@clps-bw.be

Dossier : Prévenir les violences

Introduction

Contre la violence, développer l'écoute et le respect, *Philippe Lecorps, Éric Le Grand*

À l'écoute des violences ressenties par les jeunes

À travers le Fil Santé Jeunes, des réponses à la souffrance, *Brigitte Cadéac d'Arbaud*

Jeunes Violences Écoute : un besoin absolu de se confier, *Arina Van De Kerk*

François Chobeaux : « Les jeunes errants subissent l'indifférence comme une violence », *Propos recueillis par Éric Le Grand*

Éducation pour la santé : prendre en compte la violence exprimée

Charleroi : solidarité de quartier autour des familles en difficulté, *Pascale Jamoulle*

Résilience sociale et communautaire : pour un travail de pardon, *Pierre Benghozi*

Jacques Fortin : « On peut aider très tôt les enfants à se réinscrire dans le lien social », *Propos recueillis par Bernadette Roussille*

Collèges, milieu carcéral : deux lieux, deux outils de prévention contre les violences

Prévention des violences au collège : le dialogue, pour favoriser l'estime de soi, *Laurence Mousset-Libeau*

À Angers, un outil pour parler violence avec les jeunes détenus, *Véronique Laccourreye*

Pour en savoir plus

Fabienne Lemonnier, Anne Sizaret

Qualité de vie

Nutrition : les allégations à la carte, *Denis Dangaix*
« Il faut faire la différence entre information scientifique et communication », *Entretien avec le Professeur Ambroise Martin*

Ateliers « Alimentation Atout prix » : un espace-temps retrouvé, *Jean-Philippe Cognet, Isabelle Borell*
Lorraine : l'équilibre nutritionnel s'invite dans les lieux de restauration collective, *Lucette Barthélémy*



Débats

L'éducation pour la santé est-elle politique ?, *Éric Le Grand*

Anne-Marie Palicot : « L'acteur de promotion de la santé a une fonction d'alerte », *Propos recueillis par Yves Géry et Éric Le Grand*

Anne Laurent-Beq : « Travail de terrain et engagement personnel sont indissociables », *Propos recueillis par Yves Géry*

La santé en chiffres

Les personnes âgées consultent six fois par an leur médecin, *Stéphanie Pin, Hélène Bourdessol*

La santé à l'école

Santé : un « carnet intime » pour les lycéens, *Pascale Manicacci*

Lycées sans tabac : 22 établissements pilotes, *Christine Gilles, Andréa Walsh*

Lectures - outils

Sandra Kerzanet, Anne Sizaret, Fabienne Lemonnier, Olivier Delmer

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, 42 Bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex. Tél. 1 49 33 22 22. Fax 1 49 33 23 90. Internet : www.inpes.sante.fr

SOMMAIRE

Initiatives

- Une grande enquête sur la santé des jeunes en âge scolaire, par *l'Equipe SIPES PROMES-ULB et Nicole Maréchal* 2
- Des organisations de jeunesse en santé, par *Vincent Huyghebaert, Michel Demarteau, Bérengère Lens, Karine Spinette, Michel Andrien et Véronique Halbardier* 7
- La prévention des accidents domestiques dans la pratique des architectes, par *Jean de Salle, Jacques Taylor et Martine Bantuelle* 10
- A Jumet, les petits plats font un beau projet, par *Catherine Darvai* 12
- 'Cannabisme' passif 12
- Premier bilan du programme mammoth (suite) 13

Réflexions

- Une politique sociale des soins de santé dans les nouveaux Etats membres de l'Union européenne ? par *Valérie Van Belle* 13

Officiel

- Le 'nouveau' Conseil supérieur de promotion de la santé 15

Lu pour vous

- 10 ans de 'Renouer', interview de *Thierry Poucet* 16

Brèves

- 18

Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en juillet).

Abonnement : gratuit pour la Belgique, 25 € pour 11 numéros pour l'étranger.

Paielement uniquement par virement bancaire.

RIB : 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).

Secrétaire de rédaction adjoint : Catherine Spièce (02-515 05 85).

Journaliste : Myriam Marchand (0496 87 99 35)

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, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Charlotte Lonfils, Roger Lonfils, André Lufin, Paul Sonkes, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorne, Christian Van Rompaey.

Comité opérationnel : 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 : 2.400 exemplaires.

Diffusion : 2.100 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

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

Pour tous renseignements complémentaires :

Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02-246 48 53.

Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

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).