



ÉDUCATION SEXUELLE ET CONTRACEPTION en p. 3 à 8

Jeunes et alcool : un colloque pour une nouvelle dynamique préventive

Le comportement des jeunes face à l'alcool se modifie, il se rajeunit, il se féminise. Les stratégies commerciales mises en œuvre pour cibler les jeunes deviennent de plus en plus variées et pointues. Comment faut-il réagir ? En observant, en dénonçant, en éduquant ? Plusieurs partenaires du monde éducatif et de la santé¹ se sont associés afin de mettre ces questions du rapport entre le jeune et l'alcool sur la place publique. Leur objectif : observer le comportement des jeunes, connaître et comprendre les stratégies commerciales, faire connaître des actions de prévention. Le colloque « Les jeunes et l'alcool », qui s'est tenu le 18 mai dernier à Louvain-la-Neuve, et qui bénéficiait de l'appui de la Ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé en Communauté française, constitue une première phase visible de ce travail qui devrait se poursuivre par différents acteurs, sous différentes formes.

Dès le biberon ?

Les parents sont souvent à la base du premier verre, les jeunes s'initieront « grâce » à la famille. Très souvent, l'enfant, à l'occasion d'une cérémonie familiale, est invité à tester du vin, de la bière, aujourd'hui un « breezer ». Une tierce personne, ou les amis inciteront le jeune dans 22,5 % des situations. Dans l'enquête de l'Unité de Promotion Education Santé (PROMES) de l'ULB² sur la santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire, il apparaît en 2002 que 81 % des jeunes déclarent avoir déjà goûté, c'est-à-dire avoir consommé au moins un verre d'alcool. Environ un jeune sur quatre, parmi ceux qui ont déjà bu de l'alcool déclare consommer de l'alcool une fois ou plus par semaine. Les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles à consommer de l'alcool chaque semaine. Le nombre de grands buveurs (au moins 7 verres par semaine ou 2 verres par jour) est relativement stable depuis 1988. La

tendance à l'augmentation du pourcentage (27 % en 2002) des jeunes qui ont déjà bu jusqu'à l'ivresse est inquiétante.

Le CRIOC³ s'est également penché sur la question. Il apparaît que les jeunes de 11 à 12 ans ont déjà testé plusieurs types de boissons alcoolisées. Le vin et la bière sont les boissons les plus consommées, mais les « breezers », malgré leur apparition récente, rencontrent un succès certain auprès de ces jeunes (30 % en ont déjà consommé). Succès largement renforcé chez les jeunes de 15 à 18 ans (76 %).

Pourquoi les jeunes boivent-ils ? D'abord pour goûter, « voir l'effet que cela fait », répondent près de 70 % d'entre eux. Une minorité fera le pas par mimétisme social (13,8 %) ou pour se décoincer (8 %). Côté plaisir, plus de la moitié des jeunes déclarent rechercher la détente ou le bien-être lorsqu'ils consomment de l'alcool. Mais près d'un jeune sur cinq y recourt pour lutter contre une certaine forme de mal-être.

Une préoccupation mondiale

L'Organisation mondiale de la santé a déjà identifié ces faits et a invité l'ensemble des nations à prendre en considération cette évolution des comportements de consommation dans la définition de leurs politiques de prévention. L'OMS tire quelque peu la sonnette d'alarme au regard de l'impact que peuvent avoir ces pratiques de consommation en matière de santé publique. Il s'agit donc d'une thématique prioritaire. En effet, la déclaration de l'OMS sur les jeunes et l'alcool a été adoptée à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS à Stockholm en février 2001. Elle vise à protéger les enfants et les jeunes contre les pressions qui s'exercent sur eux pour les inciter à boire, et à limiter les dommages qu'ils subissent directement ou indirectement du fait de la consommation d'alcool.

Quels problèmes résoudre ?

Toutes ces données ont poussé plusieurs associations à se mettre autour de la table afin d'observer tant les comportements des jeunes que les stratégies des commerciaux. Leur but : mettre cette question à l'ordre du jour de toutes les instances qui se sentent

concernées par l'évolution de ces comportements. Quelques idées-force inspirent leur réflexion :

- il existe des risques liés à la consommation excessive d'alcool chez les jeunes. Il s'agit donc de s'inscrire dans une stratégie d'éducation à la consommation responsable et de réduction des risques ;
- les jeunes consomment de plus en plus jeunes. Les stratégies commerciales abondent dans le sens de la normalisation. Il s'agit donc de s'inscrire dans une perspective de « dénormalisation » à l'instar de ce qui se fait depuis peu en matière de tabagisme ;
- il existe un ensemble d'initiatives de prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes, mais cela se fait en ordre dispersé. Il s'agit donc de créer une concertation et d'affiner des politiques communes ou cohérentes d'actions en concordance avec d'autres actions de prévention des assuétudes. Il s'agit aussi d'améliorer la visibilité des actions ;
- plus globalement, en terme de santé publique, l'alcool mal géré pose des problèmes sanitaires et sociaux : morbidité, accidents de la route, violences publiques et domestiques. De plus l'alcool est également à l'origine d'un surcoût pour la société par perte de productivité, surcharge pour les services de santé, d'assistance sociale et pour le système pénal.

Le colloque

Un état des lieux

Il a réuni plus de 300 personnes autour de cette problématique : éducateurs, professionnels de la santé et de la promotion de la santé, acteurs politiques, analystes. La matinée fut consacrée à l'analyse, à la fois par des experts et par les participants :

- allocutions inaugurales de Nicole Maréchal, Ministre de la santé en Communauté française et de Xavier Renders, Vice-recteur de l'UCL ;
- une approche globale de promotion de la santé, par Patrick Ceusters (Prospective Jeunesse) ;
- une approche longitudinale et transversale de la consommation d'alcool chez les jeunes : quelques résultats de l'étude sur la santé et le bien-être des jeunes, par Charlotte Lonfils (PROMES ULB) ;
- les stratégies communicationnelles, ou comment les pubs influencent-elles les

1 Il s'agit au départ de la Fédération des centres de jeunes en milieu populaire (Anthony Agneessens), de la Fédération des étudiants francophones (Willy Van Hoef), d'Infor-Drogues (Philippe Bastin et Azadeh Banai), de Jeunesse et Santé pour le Conseil de la Jeunesse catholique (Muriel Van Der Heyden), de la Ligue des familles (Patrick Govers), de Prospective Jeunesse (Patrick Ceusters) et d'Univers Santé (Florence Vanderstichelen et Martin de Duve).

2 PIETTE D. (dir). *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ?*, ULB, Promes, 2003. Voir *Education Santé* n° 189 pour une présentation détaillée de cette enquête.

3 VANDERCAMMEN M., *Jeunes et assuétudes*, CRIOC, Bruxelles, 2004.

jeunes, sur quels leviers agissent les messages des industriels du secteur ? par **Philippe Marion** (COMU UCL);

- les stratégies commerciales à l'œuvre, de la consommation familiale du vin à la consommation tribale des « alcopops », par **Marc Vandercammen** (CRIOC), pas avare d'échantillons (non consommés sur place, je vous rassure tout de suite !);
- enfin une approche juridique et politique : quelle est la législation en la matière ? L'arsenal juridique est-il adapté, respecté ? Faut-il mieux légiférer ? par **Jean-François Servais** (asbl Le Droit des Jeunes).

Les très nombreux participants ont également pu témoigner de leurs constats et pratiques dans 5 ateliers :

- quelle prévention, pour qui, pourquoi ?
- quel rôle social de la consommation d'alcool ?
- quelles réactions face aux stratégies communicationnelles ?
- quelles pistes juridiques ?
- en quoi y a-t-il lieu de différencier les politiques de prévention pour les drogues légales et illégales ?

Formule originale : la synthèse des ateliers a été présentée en fin de journée sous forme d'un film vidéo reprenant pour chaque atelier une brève intervention face caméra des rapporteurs. Une bonne idée, qui oblige à concentrer le message, et qui évite les tunnels interminables de fin de colloque, mais un exercice périlleux pour les intéressés (j'en étais !). Chapeau aux réalisateurs en tout cas.

Du concret

L'après-midi, plusieurs récits d'actions de prévention étaient au menu :

- la campagne Bob, dont le succès est incontestable depuis son lancement fin 1995, par **Amély Gérard** (Institut belge pour la sécurité routière);
- des actions de prévention de l'abus d'alcool à l'UCL, par **Marie Welsch** (Service d'aide), **Damien Bioul** et **Virginie Verton**, responsables de collectifs étudiants;

- le *Kottabos*, un outil français de travail sur les représentations de consommation, par **Frank Vanbeselaere** (Comité départemental de prévention de l'alcoolisme du Nord, Lille);
- *Accro moi non plus* un outil interactif destiné aux adolescents, par **Pierre Baldewyns** et **Caroline Huart** (Mutualités socialistes);
- *Je bois, je fume, j'anime*, un outil de formation des animateurs en mouvement de jeunesse, par **Mélanie Dupriez** et **Anne Marione** (Guides catholiques de Belgique).

En permanence, un Forum-exposition était proposé en collaboration avec le CLPS de Wavre, permettant de découvrir ces outils et d'autres.

Pour ceux qui ont raté le colloque, des actes sont annoncés à la rentrée (ils seront produits avec l'aide de Prospective Jeunesse et des Mutualités chrétiennes), et *Education Santé* aura aussi l'occasion de publier l'une ou l'autre intervention intéressante.

Le projet ne s'arrête pas là, puisque dans la foulée de cette journée très réussie, les partenaires ont l'intention d'attaquer quelques chantiers prioritaires mis en exergue le 18 mai et d'étendre leur réseau qui s'assigne trois objectifs généraux : faire circuler l'information, observer les comportements des jeunes et l'évolution des stratégies commerciales, promouvoir en concertation la consommation responsable.

Univers Santé, Place Galilée 6, 1348 Louvain-la-Neuve. Tél.: 010 47 28 28. Courriel : univers-sante@univers-sante.ucl.ac.be

Un forum

Quelques jours après le colloque de Louvain-la-Neuve, la Société scientifique de médecine générale et son pendant flamand la Wetenschappelijke Vereniging van de Vlaamse Huisartsen organisaient un forum consacré au mésusage de l'alcool dans la population générale, dont l'objectif est aussi de cerner de façon large le problème sans se limiter à proposer à la première ligne des



méthodes d'intervention par rapport aux consommateurs alcoolo-dépendants.

Leur ambition légitime est de convaincre les politiques, les professionnels de santé et de promotion santé de mettre en place une gestion spécifique en la matière.

On y a entendu notamment le **Prof. Pacolet** (KUL), qui a réalisé sur demande du groupe Arnoldus une estimation de la balance coûts-bénéfices de l'alcool dans notre pays, dont le bilan négatif (4,5 milliards d'euros par an) a selon ses dires surpris ses commanditaires...

Marijs Geirnaert (VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen), en présentant une série d'initiatives prises en Communauté flamande, y a souligné l'intérêt d'une gestion locale et visible du problème, et développé les initiatives spécifiques à l'égard du public jeune. La convergence avec le travail en Communauté française est certaine sur plusieurs points.

SSMG, Danielle Pianet, rue de Suisse 8, 1060 Bruxelles. Tél.: 02 533 09 82. Courriel : danielle.pianet@ssmg.be

Christian De Bock, d'après le communiqué de presse du colloque et sur base d'impressions personnelles.

Un meilleur accès à la contraception pour les jeunes

Lutter contre les grossesses non désirées chez les jeunes, tout en les sensibilisant à la prévention des MST

En Belgique, chaque année, près de **15.000 femmes recourent à une interruption volontaire de grossesse (IVG)**.¹ Parmi

ces femmes, près de **3.000 sont des jeunes filles de 13 à 20 ans, et ces chiffres ne diminuent pas au fil des années.**

d'entre elles n'avait utilisé aucun moyen de contraception, aucune protection. Pour les moins de 15 ans, cette proportion atteint presque les deux tiers.

Partant de ce constat, la Conférence inter-

¹ Source : Rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse.

ministérielle des ministres de la Santé du 11 décembre 2001 – qui s'est penchée sur la problématique de la contraception chez les jeunes de moins de 20 ans afin de diminuer le nombre d'IVG –, a identifié diverses pistes en matière de contraception.

Parmi ces pistes, on trouve notamment que « *le prix de la pilule constitue un frein à son utilisation* ». Le groupe de travail ad hoc recommande en conséquence « *d'établir un système de remboursement pour tous les moyens de contraception fiables* ». Il formule également des recommandations en terme d'accessibilité pour la pilule du lendemain, et engage à « *stimuler les médecins à prescrire des pilules meilleur marché conformes à des recommandations de bonne pratique* ».

C'est donc un effort collectif, à tous les niveaux de responsabilité, qui doit être entrepris si l'on veut encore limiter les cas de recours à l'IVG.

C'est pourquoi, Rudy Demotte, le ministre fédéral des Affaires sociales, a décidé d'améliorer l'accessibilité des moyens contraceptifs, spécifiquement pour les jeunes. Concrètement, il propose une **réduction d'une valeur de trois euros par mois** sur la contraception pour les jeunes, ce qui représente la totalité du coût d'un mois de pilule de la deuxième génération.

Intervention spécifique sur la contraception

Depuis le 1^{er} mai 2004, toute jeune fille de moins de 21 ans qui se rendra chez son pharmacien avec une prescription pour un contraceptif paiera approximativement 3 euros de moins par mois de contraception.

La mesure concerne **tous les moyens de contraception prescrits** : toutes les pilules, qu'elles soient remboursées ou non actuellement, les stérilets, les patchs, les anneaux vaginaux, les implants... Les préservatifs ne sont donc pas inclus.

L'intervention pour chaque moyen contraceptif a été calculée sur base d'un pourcentage du montant à charge de la patiente aujourd'hui. Elle vient donc s'ajouter au remboursement éventuellement déjà octroyé dans le régime général (20 % pour certaines pilules).

Seuls les pourcentages existants dans le système de remboursement des médicaments ont pu être utilisés, ce qui explique la variation du montant remboursé entre les différents contraceptifs.

Pour les contraceptifs efficaces durant plusieurs années, le remboursement se limite à 12 mois maximum.

La liste des moyens bénéficiant de l'intervention sera adaptée tous les 6 mois pour tenir compte des éventuels nouveaux produits ou des variations de coût pour le patient. Ceci peut être le cas si certaines pilules qui sont remboursées actuellement décident de sortir du remboursement.

Concrètement, la jeune fille décide avec son médecin de la contraception qui lui convient le mieux.

Elle se rend ensuite chez un pharmacien avec sa prescription. Sur simple présentation de sa carte SIS, le pharmacien déduira automatiquement 3 euros par mois de ce que doit payer la patiente.

Grâce à la carte SIS, le pharmacien pourra vérifier que la jeune fille a bien maximum 20 ans et que c'est bien la personne pour qui le médicament a été prescrit.

Contraception d'urgence

Outre la contraception, un autre moyen de réduire le nombre de grossesses non désirées est de rendre la « pilule du lendemain » plus accessible.

Comme indiqué plus haut, la conférence interministérielle de 2001 a également formulé des recommandations dans ce sens.

Si cette pilule ne doit pas être confondue avec des moyens de contraception efficaces, c'est une solution d'urgence qui s'avère nécessaire dans certains cas.

La pilule du lendemain devient donc gratuite pour toutes les jeunes filles de moins de 21 ans.

Si c'est un médecin qui l'a prescrite, elle sera délivrée gratuitement sur simple présentation de la carte SIS. Par contre, ce qui arrive souvent avec cette pilule « d'urgence », si la jeune fille se rend à la pharmacie sans ordonnance, elle recevra bien la pilule mais devra se faire rembourser par sa mutualité.

Communication

Double protection

Comme le suggère la Commission d'évaluation sur l'avortement dans son dernier rapport :

« *Les efforts fournis en vue d'améliorer l'information des jeunes, aussi bien au sein qu'en dehors des établissements d'enseignement doivent être intensifiés. Le public doit être mieux informé et d'une manière continue quant aux moyens contraceptifs qui sont performants mais qui, au vu de nos renseignements, paraissent souvent être mal utilisés.* »

Bien que la mission d'information et de prévention relève des Communautés, la mesure

fédérale d'amélioration de l'accès à la contraception s'est accompagnée d'une campagne de communication. Cela semble logique : pour convaincre les jeunes d'utiliser plus et mieux la contraception, un meilleur remboursement des moyens contraceptifs fiables ne suffit pas. Il faut informer les jeunes de la mesure, mais aussi rappeler la nécessité d'utiliser un contraceptif non seulement pour éviter une grossesse non désirée, mais aussi pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles (MST).

Il a donc été jugé indispensable de rappeler la nécessité d'une double protection : l'utilisation d'un préservatif et d'un autre contraceptif fiable.

Trop de jeunes ignorent encore que le préservatif est le seul moyen efficace de lutte contre les MST, et particulièrement contre le sida. Or, dans notre pays, comme dans les autres pays européens, on a observé ces dernières années une hausse des infections HIV. L'amélioration des traitements du sida a eu comme effet qu'un faux sentiment de sécurité s'est diffusé auprès de certaines personnes.

Même si, dans l'Enquête de santé de l'Institut scientifique de la santé publique de 2001, deux tiers des jeunes de 15 à 19 ans qui ont eu des relations sexuelles dans l'année déclarent utiliser un préservatif, il reste un tiers à sensibiliser.

Contenu de la campagne

Parallèlement au budget permettant le meilleur remboursement des contraceptifs pour les jeunes, Rudy Demotte a alloué des moyens aux mutuelles et aux pharmaciens pour qu'ils informent leurs affiliés et patients sur la contraception et la protection par les préservatifs.

En outre, un comité d'accompagnement a été mis en place pour encadrer la campagne d'information. A côté des mutuelles et des pharmaciens, les trois communautés et les acteurs de terrain sont représentés dans ce comité.

Une vaste campagne d'information a eu lieu à partir du 8 mai pour que tous les jeunes soient informés que maintenant la contraception est plus accessible.

La campagne s'est déroulée durant une dizaine de semaines, d'abord en TV (sur les chaînes musicales, et non sur les chaînes généralistes) ensuite dans tous les cinémas de Belgique, dont la cible de la campagne constitue la clientèle privilégiée.

Le spot, développé par l'agence de publicité Duval Guillaume, évoque l'univers d'un jeu vidéo, jugé particulièrement percutant pour la cible des moins de 20 ans. On y voit sur un rythme frénétique Laura, une jeune fille mère

de famille ("Teenage Mum"), essayer de concilier péniblement son rôle de mère et ses activités d'adolescentes. Le message est clair : « être une mère ado, c'est pas un jeu. »

Le spot a été diffusé en 2 parties durant le même écran publicitaire : la première partie sensibilise à la contraception et annonce la baisse du coût des contraceptifs, et la seconde rappelle qu'une vraie protection passe aussi par l'usage d'un préservatif.

Le spot renvoie vers le centre de l'information de la campagne : le site internet www.laura.be, du nom de la mère-ado du spot. Ce site, qui affecte la forme d'un journal intime, rassemble une série d'informations sur la mesure et répond aux questions que les jeunes se posent sur la protection.

Il renvoie également aux sites de divers acteurs dans le domaine de la santé et de la

vie sexuelle et affective (les centres de planning familial en Communauté française, Sensoa en Flandre, les mutuelles...).

Une information distincte de celle sur des moyens de contraception concerne la pilule du lendemain. L'intérêt mais aussi les limites de ce type de contraception sont mis en évidence.

Distribution de préservatifs

En tant que rappel de la double protection, un stock de 500.000 préservatifs a été également mis à disposition. La pochette du préservatif sert de vecteur de communication et renseigne le site www.laura.be

Il ne s'agit pas ici de permettre l'accès gratuit aux préservatifs de la même manière qu'aux contraceptifs, mais bien de sensibiliser à la double protection.



Revendications

Le mouvement du planning familial se veut actif dans les domaines qui visent à une vie sexuelle et affective épanouie, respectueuse de soi et des autres, facteur déterminant de l'équilibre individuel et collectif. Le combat du secteur dans différents domaines en lien avec la promotion de ces valeurs a contribué ces dernières décennies à des changements sociaux et politiques notables. Citons la loi sur la dépénalisation de l'avortement et, plus récemment, la prise en charge par l'INAMI de l'IVG et de son accompagnement.

Par contre, ces dernières années, l'accessibilité à la contraception, à l'exception de la nouvelle mesure concernant les jeunes filles de moins de 21 ans, a peu progressé. Même si l'offre de méthodes contraceptives s'est élargie, paradoxalement, l'accessibilité financière, elle, s'est dégradée. En effet, les contraceptifs les plus récents sont chers et ne sont pas remboursés. La contraception reste du domaine du médicament de confort alors que, pour une partie grandissante de la population, le prix est et restera un frein. De plus, l'accès à l'information et à l'éducation à la vie affective et sexuelle reste inégal au sein de la population.

Une accessibilité pour tous à des méthodes contraceptives efficaces est indispensable et doit être un choix de société. Ce choix implique un soutien des pouvoirs publics et des mesures politiques garantissant à chaque citoyen la liberté de choisir de devenir parent ou non dans une démarche responsable.

Dans ce contexte, la Fédération laïque de centres de planning familial et la Fédération de centres de planning familial – FPS ont deux revendications fondamentales.

Une contraception gratuite pour tous

Ou, à tout le moins

- la gratuité pour certaines catégories de la population ;
- la distribution gratuite via les centres de planning familial au minimum pour les moins de 26 ans ;
- des choix politiques de remboursement sur tous les contraceptifs, ainsi que le refus des demandes de déremboursement introduites par certaines firmes pharmaceutiques ;
- la promotion des produits génériques ;
- la distribution de préservatifs gratuits pour promouvoir la double protection.

Une éducation affective et sexuelle gratuite et obligatoire pour tous

Un réel accès à la contraception implique aussi d'en connaître l'existence, d'en comprendre le fonctionnement, de pouvoir l'utiliser de façon efficace et pertinente.

L'accessibilité financière doit donc s'accompagner impérativement de mesures visant à promouvoir l'éducation à la vie affective et sexuelle.

Cela implique au minimum

- une vraie politique globale et transversale en matière d'éducation sexuelle et affective avec une concertation entre les différents niveaux de pouvoir concernés, à savoir le fédéral, le communautaire et le régional ; actuellement, chaque niveau privilégie les institutions qu'il subsidie sans tenir compte des compétences déjà existantes d'autres acteurs ;
- la reconnaissance de la spécificité des

centres de planning familial en matière d'éducation sexuelle et affective et que celle-ci soit inscrite dans le décret PSE (promotion de la santé à l'école). En effet, les centres ont des animateurs qualifiés et formés, avec une expertise certaine dans l'enseignement primaire et secondaire, tant ordinaire que spécial ;

- l'intégration dans le cursus scolaire des futurs professionnels du secteur de la santé d'une information sur les centres de planning familial et leurs spécificités, de même qu'une formation systématique à la contraception et à l'IVG, tant dans leurs aspects médicaux que relationnels (accueil et écoute).

- un financement spécifique de la formation continue des travailleurs des centres de planning.

Par ailleurs, dans la perspective d'améliorer les services offerts par les centres, les deux fédérations demandent :

- une évaluation, par le niveau de pouvoir concerné, des mesures mises en place concernant le secteur des centres de planning, telles que la gratuité de la pilule du lendemain dans les centres de la Région wallonne ;
- la réalisation d'enquêtes par des organismes indépendants (universités) en vue d'orienter et d'adapter les missions des centres à l'évolution de la société ;
- des aménagements directement liés au cadre des missions et du personnel des centres de planning.

d'après un communiqué des deux fédérations de centres de planning

Un préservatif est donné en pharmacie, à partir de juin 2004, aux jeunes filles qui viennent acheter un contraceptif, le solde étant utilisé par les acteurs de terrain (centres de planning familial, mutuelles, etc.) pour des actions de sensibilisation à l'attention des jeunes.

Budget

Un budget de 5,259 millions d'euros est prévu pour les années 2004 à 2006, dont 10% seront consacrés annuellement à la campagne d'information.

Quelques commentaires

Les données disponibles sur les femmes devant recourir à l'IVG dans notre pays ont permis de définir une mesure de diminution du seuil d'accessibilité financière à des moyens contraceptifs fiables. C'est bien, mais on peut faire aussi l'hypothèse que le problème se pose également en termes éducatifs et culturels, et qu'un effort parallèle devra être fait en matière d'éducation sexuelle et affective, une matière parfois délaissée dans nos programmes de cours.

Le Ministre nous assure que cette initiative ambitieuse fait l'objet d'une concertation

avec les Communautés, compétentes en matière de promotion de la santé. C'est tant mieux, mais cette concertation semble quand même un peu légère. On a parfois l'impression que le découpage des compétences en matière de santé sert d'argument pour ne rien faire quand cela arrange, ou au contraire pour empiéter sur les compétences du voisin quand cela s'inscrit bien dans une stratégie fédérale (cette remarque n'est d'ailleurs pas propre à cette campagne-ci).

On soulignera la brillante qualité technique du spot, tout en s'interrogeant sur l'image forcément négative qu'il véhicule de la maternité, "pour la bonne cause". Laissons les jeunes filles (et aussi les garçons, peu présents et qui doivent être pourtant aussi sensibilisés) juger sur pièce.

Pour faire plus ressemblant par rapport aux classiques du jeu vidéo, les concepteurs ont opté pour la langue anglaise dans la version 'flamande' du spot. Je ne suis pas sûr que ce soit une bonne idée, malgré le discours rassurant du représentant de l'agence de publicité quant à la connaissance beaucoup plus répandue de l'anglais au nord qu'au sud...

Christian De Bock



Rôle des mutualités

Associées à ce projet, les mutualités en assurent la promotion de manière significative. Par exemple, les Mutualités chrétiennes ont adressé à plusieurs dizaines de milliers de jeunes un courrier expliquant la mesure. Elles en ont profité pour mettre à jour leur brochure d'information sur le sujet, sous le titre 'Sex appeal pilule & Cie'.

D'autres informations sont accessibles sur leur site www.mc.be

Spécimen de la brochure disponible sur simple demande à infor.sante@mc.be

Les animations d'éducation à la vie affective et sexuelle à l'école en Communauté française

Un état des lieux en 2003

Introduction et objectifs

Suite au constat d'un manque en matière de sensibilisation à la vie affective et sexuelle chez les jeunes en Communauté française, un projet d'organisation et d'implantation de séances sur ce thème a été décidé par la Ministre de la Santé, Nicole Maréchal : quatre heures en 4^e et 6^e primaire ainsi que quatre heures en 2^e et 4^e secondaire. La Ministre a demandé à l'ULB-PROMES un état des lieux préliminaire de ces activités dans l'enseignement ordinaire et dans l'enseignement spécial. Cet état des lieux comportait 4 volets :

- une enquête qualitative auprès d'équipes actives en éducation à la vie affective et sexuelle ¹ ;

- une enquête quantitative auprès des relais (directeurs d'école et autres équipes actives repérées) ² ;
- une estimation du besoin en animations en Communauté française ³ ;
- une enquête quantitative auprès de jeunes de 2^e, 3^e et 4^e secondaire ⁴.

¹ Renard K., Piette D.: « Etat des lieux des activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire en Communauté française de Belgique : Enquête qualitative. » Département d'Epidémiologie et de Promotion de la Santé, Unité de Promotion Education Santé (ULB-PROMES), Université Libre de Bruxelles, Bruxelles; 2003.

² Renard K., Senterre C., Piette D.: « Etat des lieux des activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire en Communauté française de Belgique : Enquête quantitative auprès des relais. » Département d'Epidémiologie et de Promotion de la Santé, Unité de Promotion Education Santé (ULB-PROMES), Université Libre de Bruxelles, Bruxelles; 2003.

³ Renard K., Vandenbussche P., Piette D.: « Etat des lieux des activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire en Communauté française de Belgique : Estimation du besoin en activités. » Département d'Epidémiologie et de Promotion de la Santé, Unité de Promotion Education Santé (ULB-PROMES), Université Libre de Bruxelles, Bruxelles; 2003.

⁴ Renard K., Senterre C., de Smet P., Piette D.: « Etat des lieux des activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire en Communauté française de Belgique : Enquête quantitative auprès des jeunes. » Département d'Epidémiologie et de Promotion de la Santé, Unité de Promotion Education Santé (ULB-PROMES), Université Libre de Bruxelles, Bruxelles; 2003. Ces rapports sont disponibles sur le site : <http://www.ulb.ac.be/promes>, dans « recherche-action ».

Les objectifs des deux premières enquêtes étaient :

- de décrire les activités d'éducation à la vie affective et sexuelle réalisées ;
- d'identifier les acteurs ;
- d'objectiver les sources de financement ;
- d'identifier les relais, les difficultés rencontrées, les refus d'animations, les leviers et le degré de satisfaction des répondants par rapport à ces animations ;
- d'identifier d'autres acteurs par un effet « boule de neige ».

L'objectif de la troisième enquête fut la réalisation d'une estimation rapide des besoins en activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en Communauté française en fonction du projet afin d'identifier l'adéquation de l'offre actuelle avec le projet.

Enfin, les objectifs de l'enquête auprès des jeunes étaient de décrire les activités d'éducation à la vie affective et sexuelle auxquelles ils ont participé et d'identifier leurs attentes dans ce domaine.

Résultats

Enquête qualitative auprès des équipes actives

Une hétérogénéité des pratiques

Actuellement, des animations sont organisées de manière régulière mais peu systématisée. Il existe une diversité importante dans le public-cible, la mixité et la taille des groupes animés, la durée des animations, le matériel utilisé et les objectifs développés. Il en est de même dans la préparation et l'évaluation de l'activité ainsi que dans la mise en place de relais pour les jeunes et les acteurs.

Un consensus sur l'intérêt des jeunes dans ce domaine en fonction de leur âge

Les équipes s'accordent à dire que les jeunes de la fin du primaire et du début du secondaire sont plus intéressés par des informations sur la connaissance du corps, les différences filles/garçons, les nouveautés corporelles, affectives et sexuelles de la puberté ainsi que par des questions sur l'accouchement et le handicap.

Les plus âgés sont plutôt concernés par les relations affectives, amicales, amoureuses et de couple ainsi que par la contraception, les rapports sexuels et tout ce qui concerne la gynécologie.

Une hétérogénéité des formations des animateurs et du financement des animations

Les formations de base des animateurs (psychologues, infirmiers, assistants sociaux, médecins, etc.) et spécifiques à ce type d'animation sont très diversifiées.

Le financement de ces animations varie en fonction de l'intervenant (agents des services de Promotion de la Santé à l'École (PSE) ou des centres psycho-médico-sociaux (PMS), centre de planning familial, bénévole, asbl, entreprise commerciale).

Les freins et les leviers

Parmi les freins, les répondants citent la « délicatesse » du sujet, l'absence de formation spécifique et continue des animateurs, l'absence de relais, des difficultés financières, géographiques ou un manque de ressources humaines et de temps. Des freins liés au public-cible ont été relevés tels que l'hétérogénéité et la dynamique du groupe à animer ou les difficultés de réaliser des animations pour certaines personnes déficientes.

Les leviers sont essentiellement ce qui constitue le "cadre" de l'animation, c'est-à-dire la collaboration des divers acteurs (les animateurs, les centres PSE et PMS, l'école, les élèves et les parents) avec une clarification des rôles lors de la préparation, de l'évaluation de l'animation et la mise en place de relais pour tous les acteurs.

L'influence des médias sur la vie affective et sexuelle des jeunes

Des questions des jeunes au sujet de la pornographie ont été régulièrement signalées. Leurs sources d'informations dans ce domaine semblent être l'environnement audiovisuel et littéraire (magazines, télévision, radio, Internet).

Enquête quantitative auprès des relais

Enquête auprès des directeurs d'écoles

Le pourcentage d'écoles offrant des animations d'éducation à la vie affective et sexuelle est de 55 % dans l'enseignement ordinaire fondamental et de 65 % dans le spécial. Dans les enseignements secondaires, elle est supérieure à 80 %.

Toutefois, les résultats obtenus doivent être pris avec réserve car ces données ne tiennent pas compte de la ponctualité ou de la récurrence des activités.

Actuellement, la fréquence de telles animations organisées de manière systématique, (toutes les classes /élèves

d'un niveau, tous les ans), est peu élevée dans les différents enseignements.

Les résultats concernant l'organisation des animations (lieu, durée, mixité, contenu) et les leviers confirment ceux obtenus lors de l'enquête qualitative auprès des équipes actives dans ce domaine. Des difficultés sont plus fréquemment signalées dans l'enseignement spécial. Elles n'ont pu être identifiées.

Les animateurs sont essentiellement des enseignants, les équipes PSE et PMS et les centres de planning familial. Ces derniers interviennent plus régulièrement dans le secondaire que dans le fondamental. Dans l'enseignement spécial, les équipes éducatives et paramédicales ont aussi été citées comme animateurs par les répondants.

Des coordinateurs et des relais ne sont pas identifiés dans toutes les écoles des différents enseignements (c'est-à-dire dans 50 à 63 % des cas). En cas de non-identification, le "cadre" adéquat pour l'animation ne peut être mis en place.

L'affectivité, l'anatomie, les différences filles/garçons et la puberté sont abordés dès l'enseignement fondamental. Les relations amoureuses, la sexualité, la contraception, les maladies sexuellement transmissibles et le rôle des centres de planning familial sont plutôt discutés dans le secondaire.

La majorité des répondants est plutôt satisfaite ou tout à fait satisfaite des animations réalisées dans leur établissement (enseignement ordinaire fondamental (75 %), secondaire (92 %), enseignement spécial (> 80 %)). Ils signalent peu de refus de ce type d'animation.

Enquête auprès des autres équipes actives repérées

Les questionnaires "équipes actives" n'ont pas été traités. En effet, l'effectif (n=19) était trop restreint et les réponses n'apportaient rien de plus que l'enquête qualitative

Tableau 1 - Fréquence des animations organisées dans toutes les classes d'un niveau, tous les ans dans les différents enseignements en Communauté française.

Enseignement ordinaire	Toutes les classes, toutes les années	Enseignement spécial	Toutes les classes, toutes les années
Fondamental (n=65)		Fondamental (n=51)	≤ 8 %
1 ^{er} - 4 ^e primaire	8 %		
5 ^e primaire	30 %		
6 ^e primaire	64 %		
Secondaire (n=70)		Secondaire	
1 ^{er} secondaire	16 %	Forme 1 (n=21)	5 %
2 ^e secondaire	34 %	Forme 2 (n=31)	26 %
3 ^e secondaire	26 %	Forme 3 (n=42)	24 %
4 ^e - 6 ^e secondaire	< 15 %	Forme 4 (n=9)	33 %

effectuée auprès d'équipes actives dans le domaine. Un descriptif des équipes actives repérées et des projets en cours dans ce domaine en Communauté française a été adressé au Ministère de la Santé sous la forme d'un rapport interne.

Estimation du besoin en animation

Pour effectuer l'estimation du besoin en activités, il était essentiel d'objectiver les heures prestées dans ce domaine par les acteurs en 2002 et de calculer le nombre d'heures d'animation nécessaires pour couvrir l'ensemble des élèves concernés par le projet d'implantation d'activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire sur base du nombre d'élèves concernés en 2001-2002.

Des représentants des différents types d'acteurs (fédérations des centres de planning familial et de centres PSE et PMS, services d'inspection et autres asbl) furent contactés de même que des personnes ressources (Division des Etudes et de l'exploitation des statistiques, Ministère de la Région wallonne) pour permettre d'obtenir ces deux variables et ainsi en déduire le besoin en animations.

Le nombre d'heures prestées par les centres PMS et PSE ainsi que celui requis pour les enfants de l'enseignement spécial de type II n'ont pu être définis.

Le besoin en animation calculé est une **valeur estimée**. En effet, suite à un manque de données, de nombreuses hypothèses ont été émises pour permettre sa réalisation.

Une estimation des heures prestées par les centres PSE/PMS n'a pas été proposée car les données collectées révèlent une diversité importante de pratiques concernant ces animations d'un centre à l'autre. Toutefois, si le besoin estimé en heures d'animation devait être couvert par les centres PSE et PMS, cela impliquerait que chaque centre devrait assurer plus de 120 heures annuelles d'animation dans ce domaine. Ceci ne concerne pas les heures nécessaires à l'enseignement spécial de type II qui devraient être ajoutées.

Cette estimation fut présentée à titre indicatif pour permettre aux décideurs politiques de connaître ce qui est réalisé

dans ce domaine, les capacités et les disponibilités des acteurs et les éventuels moyens à dégager.

L'enquête auprès de jeunes

2957 élèves de la deuxième à la quatrième secondaire ont rempli le questionnaire. 78 % des jeunes ont bénéficié au moins une fois d'une animation au cours de leur cursus scolaire actuel (4^e primaire jusqu'à l'année du secondaire actuelle). Cependant, 44 % ont eu une seule animation, seulement 34 % des élèves ont eu plusieurs animations et 22 % aucune.

25 % des jeunes de 2^e secondaire n'ont pas encore eu d'animation. Les élèves des enseignements technique et artistique (26 %) et professionnel (30 %) sont plus nombreux que ceux de l'enseignement général (18 %) à ne pas avoir bénéficié d'animation.

Les animateurs cités par les jeunes sont les mêmes que ceux identifiés par l'enquête auprès des relais. Ces animations sont principalement réalisées soit en classe mais pas pendant un cours, soit durant le cours de biologie, de sciences ou de morale/religion. Dans l'enseignement professionnel, ces animations ont aussi lieu durant le cours de français ou durant un autre cours.

Les préférences des jeunes en matière d'animateur sont soit un professeur choisi par les élèves, soit un médecin, soit une infirmière, soit une personne du centre de planning familial.

La moitié des jeunes ne désirent pas que n'importe quel professeur de l'école aborde ce domaine et près de 50 % des jeunes (pour tous ou certains thèmes) ne désirent pas en parler avec leurs parents à domicile.

Dans 37 % des animations, les filles et les garçons sont séparés. La moitié des garçons estiment que les groupes devraient toujours être mixtes lors des animations, tandis que les filles sont plus nombreuses à penser que cela dépend du sujet abordé.

Actuellement, le contenu des animations est très variable. Dans certains cas, seuls les aspects biologiques ou techniques sont discutés et dans d'autres, les notions affectives sont prises en compte. Quant aux jeunes, ils désirent certes recevoir des informations

sur les thèmes biomédicaux mais aussi des informations diversifiées sur la vie affective et sexuelle. En effet, ils estiment très utile qu'on leur parle de l'amour, de la responsabilité, de la maltraitance et de l'identité sexuelle en parallèle au développement physique, aux infections sexuellement transmissibles, au sida et aux méthodes contraceptives.

Les filles sont plus intéressées que les garçons par les méthodes contraceptives et comment les obtenir, par la maltraitance, par un lieu où parler, des centres à contacter et les centres de planning familial.

Conclusion

A la lumière de cet état des lieux, la couverture en animation à la vie affective et sexuelle et la concertation des acteurs pour ces activités apparaissent insuffisantes. Des inégalités subsistent en faveur des élèves de l'enseignement général alors que se sont ceux de l'enseignement professionnel qui n'ont pas de cours de biologie leur permettant d'acquérir les bases sur le fonctionnement de l'appareil reproducteur. C'est ainsi que le projet pilote de la ministre prévoit dans une première phase des heures d'animation dans l'enseignement fondamental et dans l'enseignement professionnel. Toutefois, un minimum d'heures d'animation pour tous les élèves permettrait dans l'avenir d'assurer l'équité dans ce domaine au sein de l'enseignement en Communauté française.

La mission de coordination des programmes de promotion de la santé à l'école confiée aux équipes PSE pourrait faciliter la concertation des acteurs impliqués dans ces animations.

L'accès plus aisé des jeunes à la pornographie par le biais de l'environnement audiovisuel et d'Internet, mériterait que l'on s'interroge sur son influence sur les représentations des jeunes dans le domaine de la vie affective et sexuelle.

En conclusion, nous ne pouvons que souhaiter que ces animations soient réalisées non pas **pour** les jeunes mais **avec** tous les jeunes dans un environnement cohérent et favorable à leur épanouissement.

Katty Renard, Danielle Piette, ULB-PROMES

Adresse des auteurs : ULB-PROMES, route de Lennik 808 CP 596, 1070 Bruxelles. Tél.: 02 555 40 81.

Courriel : promes@ulb.ac.be

Tableau 2 - Estimation du besoin en activités

53 224 h /an – 22 752 h /an = 30 472 h /an d'animations

nombre d'heures requises (estimé)	nombre d'heures prestées (estimé)	- les heures prestées par les PSE et PMS + les heures nécessaires aux élèves du type II = les besoins complémentaires estimés
-----------------------------------	-----------------------------------	---

Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus : attitudes et comportements de la population féminine liégeoise

Introduction

En Belgique, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent et la première cause de mortalité parmi les femmes de 45 à 64 ans. Le cancer du col de l'utérus est le quatrième en incidence dans la population féminine (1,2). Les recommandations pour le dépistage de ces deux types de cancers font l'objet d'un consensus européen (3,4) :

- une mammographie bisannuelle de dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans pourrait réduire la mortalité liée au cancer du sein de 30 à 50 %;
- un frottis cervicovaginal tous les trois ans chez les femmes de 20 à 60 ans préviendrait 90 % des cancers du col utérin à condition qu'il soit réalisé chez toutes les femmes et qu'un suivi adéquat des lésions détectées soit proposé.

En comparaison avec ces recommandations européennes, la situation actuelle est loin d'être satisfaisante. Que ce soit en France (5) ou en Belgique (6), de nombreuses études ont montré que 70 % seulement des femmes ont réalisé un frottis au cours des trois dernières années. Cette proportion semble cependant surestimée en raison du nombre de femmes qui subissent ce test à un intervalle plus court. En effet, une étude réalisée auprès de la population belge néerlandophone a montré qu'une proportion de la population féminine avait subi un frottis trop fréquemment, cependant qu'une autre fraction de cette population était « sous-dépistée » (7). Dans la population belge francophone, on estime que 40 % des femmes n'ont jamais eu de frottis du col (8).

La situation est encore plus inquiétante en ce qui concerne le cancer du sein : seules 40 à 50 % des femmes de 50 à 69 ans ont subi une mammographie au cours des deux dernières années en Communauté française de Belgique (9). Depuis novembre 2000, le Gouvernement Fédéral belge ainsi que les Communautés flamande et francophone ont décidé de proposer gratuitement une mammographie bisannuelle de dépistage du cancer du sein à toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans (10). La présente étude a été réalisée dans ce contexte de réorganisation des politiques de dépistage du cancer du sein.



Photo © Global Pictures, Alix

Du point de vue de la santé publique, la mise en œuvre de programmes de dépistage des cancers ne doit pas seulement prendre en compte des recommandations scientifiques, mais aussi les implications éthiques et en particulier les principes d'autonomie et d'équité. L'autonomie signifie le respect des choix individuels, y compris le choix de non-participation, à condition que ce choix soit fait en toute connaissance de cause par la personne. Le principe d'équité consiste à cibler toute la population et pas seulement

les personnes les mieux éduquées ou les mieux intégrées. Dans ce contexte, de nombreux freins à la participation à un dépistage ont été décrits. D'après le modèle PRECEDE-PROCEED (11), trois types de facteurs (prédisposants, favorisant et renforçants) sont susceptibles de jouer un rôle dans l'adoption d'un comportement donné. La participation à un examen de dépistage est influencée en effet par le niveau de connaissances, les perceptions, attitudes et

représentations de la population ciblée. Plusieurs études ont montré que le niveau moyen de connaissances à propos du cancer et de sa prévention est souvent peu élevé (12,13,14), particulièrement parmi les femmes peu qualifiées.(12). Un haut niveau de connaissances favorise la participation active à un examen de dépistage (15,16,17). Les représentations de la maladie jouent aussi un rôle : si la gravité du cancer est perçue par une majorité de femmes, le cancer signifiant la mort pour 43 % des Français (18), le sentiment de vulnérabilité est moins marqué (5,13,14,18). La perception de l'efficacité du test de dépistage (capacité à détecter la maladie et impact sur la curabilité) peut également influencer la participation à un programme de dépistage (14). Certains sous-groupes, particulièrement dans les populations défavorisées ou rurales, ont une vue fataliste par rapport au cancer : pour eux, la prévention ne signifie rien (19,20,21).

La manière de gérer sa propre santé peut également exercer une influence importante sur le comportement de prévention. Les personnes dont le « health locus of control » (traduisible littéralement comme « le lieu de contrôle de la santé ») est de type externe attribuent la bonne santé à la chance ou à l'action des professionnels de la santé. En conséquence, de nombreux patients attendent des propositions d'actions préventives émanant de leur médecin (généraliste, gynécologue)(5,13,14,22,23). Le rôle et les attitudes du médecin de famille ou du gynécologue peuvent, de ce fait, revêtir une importance primordiale à l'induction d'un comportement préventif chez les patients (13,14,24).

Des facteurs socio-économiques entrent également en ligne de compte dans la mesure où état de santé et position sociale sont liés (25). En l'occurrence, les femmes qui ne participent pas à un programme de dépistage sont plus souvent isolées, leur niveau d'études est plus faible et elles appartiennent à des catégories socioprofessionnelles peu élevées (13,26).

L'accessibilité des structures sanitaires peut être considérée comme un facteur facilitant, influençant de façon positive l'adoption du comportement. Les études concernant l'influence de l'organisation de programmes de dépistage sur la participation des femmes donnent cependant des résultats contradictoires (5,13). Le coût peut se révéler un frein (trop ou pas assez cher) ou un incitant (s'il augmente l'accessibilité pour tous) (5,19).

La poursuite du comportement de dépistage peut être fonction du vécu ressenti par la

personne elle-même ou par ses pairs à l'issue d'une première expérience. Se sentir rassurée après une mammographie est, en soi, un bénéfice positif qui renforcera le comportement préventif (13,27). Une expérience négative (un résultat faussement positif, la douleur au moment de l'examen, un mauvais accueil) peut à l'inverse constituer un frein à la participation aux examens ultérieurs (13,14).

Tenant compte de ces obstacles et difficultés et dans le but de promouvoir la participation de toute la population féminine à des programmes de dépistage des cancers, une enquête a été réalisée en mars et avril 2001 auprès de la population de Liège¹, avec les buts spécifiques suivants :

- établir un profil des femmes dont le comportement préventif est inadéquat ;
- évaluer le pourcentage de la population dont le niveau des connaissances est insuffisant par rapport au cancer du sein, au cancer du col utérin et à l'efficacité du dépistage ;
- mettre en évidence des facteurs influençant les comportements préventifs (croyances, attitudes et perceptions) et susceptibles d'être modifiés.

Méthodologie

Population étudiée

Deux groupes d'âges ont été définis pour l'étude : l'un composé de femmes de 25 à 37 ans, qui sont concernées par la prévention du cancer du col utérin, mais pas encore par celle du cancer du sein, l'autre constitué de femmes de 45 à 57 ans, concernées par les deux types de prévention. Une comparaison entre ces deux groupes a été réalisée concernant leurs connaissances, leurs perceptions et leurs comportements. L'administration communale de la Ville de Liège a fourni un échantillon aléatoire tiré du registre de la population, de 500 femmes dans chaque groupe d'âge. La population cible est donc constituée de 1000 femmes résidant à Liège, extraites d'une population totale de 189 502 habitants.

Questionnaire

L'enquête a été basée sur un questionnaire auto-administré, comportant 38 questions. Présenté sous un format A4 recto-verso, il inclut 20 questions évaluant les facteurs prédisposants (connaissance (4), perceptions (5), attentes (1), gestion de la santé

(10)); sept questions se rapportent aux facteurs facilitants (coût, accessibilité et visibilité des centres de prévention) et trois questions sont consacrées aux facteurs renforçants (expérience antérieure de la personne elle-même, attitudes des professionnels de la santé). Deux questions visent l'exploration du profil socio-économique des répondantes et dix autres analysent leurs comportements préventifs. Le questionnaire a été prétesté auprès de 30 femmes âgées de 25 à 60 ans.

Procédure d'enquête

Grâce à la participation financière de la Province de Liège, le questionnaire a été adressé aux personnes sélectionnées, accompagné d'une enveloppe « port payé par le destinataire », ainsi que d'une lettre d'explications mentionnant un numéro de téléphone de contact.

Analyse des données

Les données ont été encodées en DBASE. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel EPIINFO version 6. Le test du chi-carré a été utilisé pour tester la signification des associations bivariées. Le niveau de signification est fixé à $p=0,01$.

Résultats

Parmi les 1000 questionnaires envoyés, 979 ont réellement atteint les personnes sélectionnées. Un total de 444 femmes (45,4 %) ont renvoyé le questionnaire : 207 dans la tranche d'âge de 25 à 37 ans (désignées plus loin comme les « jeunes ») et 237 dans la tranche d'âge 45-57 ans (désignées plus loin comme les « âgées »). Le taux de réponse était significativement plus élevé chez les femmes de nationalité belge : 48 % versus 31,2 %, (Chi₂=15,09 ; $p<0,001$). Toutes les répondantes ont apporté une réponse à chaque question. Les principaux résultats sont présentés ci-après.

Comportements par rapport au dépistage

Les femmes étudiées ont été interrogées à propos de la réalisation d'un frottis et d'une mammographie. A la question « Vous a-t-on déjà fait un frottis du col ? », 14 % des répondantes de 25 à 37 ans et 5,1 % de celles âgées de 45 à 57 ans ont répondu « non ». Un total de 403 femmes déclarent avoir déjà subi un frottis. A la question « De quand date votre dernier frottis du col ? », 4/5 déclarent l'avoir subi au cours des trois dernières années.

A la question « Avez-vous déjà passé une mammographie ? », 23,2 % des répondantes du groupe « jeunes » et 85,2 % du

¹ Cette enquête a été réalisée dans le cadre du mémoire de fin d'études en Santé publique de B. Escoyer.

Tableau 1 : Comparaison des profils de 387 femmes qui comprennent la logique d'une stratégie de dépistage, et de 57 qui ne la comprennent pas.

	Bonne compréhension (n=387) (%)	Pas de compréhension (n=57) (%)	Chi ₂ ; p
Sans emploi	32,8	56,1	11,76; <0,001
Bas niveau d'études (*)	11,9	33,3	21,98; <0,0001
Santé perçue médiocre (**)	17,8	43,9	20,17; <0,00001
Pas de suivi par un gynécologue	7,5	19,3	8,45; =0,01

(444 femmes liégeoises-2000)
 (*) pas de diplôme ou niveau primaire
 (**) moyenne, mauvaise ou très mauvaise

Tableau 2 : Comparaison des profils de 335 femmes qui croient à la curabilité du cancer détecté tôt, et de 109 qui n'y croient pas

	Croient à la curabilité (n=335) (%)	Ne croient pas à la curabilité (n=109) (%)	Chi ₂ ; p
Sans emploi	31,3	49,5	11,85; <0,001
Bas niveau d'études (*)	8,7	33,0	46,24; =0,000..
Santé perçue médiocre (**)	16,4	35,8	18,47; <0,0001

(444 femmes liégeoises-2000)
 (*) pas de diplôme ou niveau primaire
 (**) moyenne, mauvaise ou très mauvaise

groupe « âgées » ont répondu positivement. Dans ce dernier groupe, la dernière mammographie a été réalisée au cours des deux à trois dernières années pour 9,9 % des femmes et depuis plus de trois ans pour 8,9 % d'entre elles.

Comportements de dépistage et caractéristiques des répondantes

L'étude a analysé les caractéristiques des femmes dont le comportement préventif peut être qualifié de non satisfaisant. Il s'agit en particulier des 81 répondantes qui n'ont jamais subi de frottis cervico-vaginal ou l'ont subi il y a plus de trois ans, tandis que les 363 autres l'ont subi au cours des trois dernières années, comme le recommande le consensus européen.

En comparant les profils respectifs de ces deux sous-groupes, on peut observer que les répondantes dont le comportement préventif vis-à-vis du cancer du col utérin n'est pas satisfaisant sont plus souvent sans emploi, avec un niveau d'éducation peu élevé, avec une perception médiocre de leur santé, souffrant d'une maladie chronique ou d'un handicap et non suivies régulièrement par un gynécologue. Une femme sur cinq parmi ces répondantes pense qu'une lettre d'invitation émise par un centre de prévention constituerait un incitant à sa participation à un examen de dépistage.

En ce qui concerne la mammographie de dépistage, les femmes « âgées » se répartissent de la façon suivante : 164 d'entre elles

ont réalisé le test au cours des deux dernières années et 73 n'ont jamais réalisé ce test ou l'ont réalisé il y a plus de deux ans. Les mêmes différences socioculturelles sont observées par rapport à la compliance au dépistage par mammographie que celles observées dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin.

Compréhension de la démarche préventive

A la question « pour réaliser un examen de dépistage du cancer, il est nécessaire de présenter déjà un ou des signes d'alerte », 57 femmes (12,8 %) répondent « je ne sais pas », « plutôt d'accord » ou « d'accord ». Ce type de réponse suggère qu'elles n'ont pas compris la logique d'une stratégie de dépistage. Ce sous-groupe se montre significativement différent ($p < 0,01$) des 387 autres femmes qui répondent « plutôt pas d'accord » ou « pas d'accord » à cette question (le tableau 1 précise ces données).

Ici encore, le sous-groupe de femmes qui ne semblent pas comprendre la logique du dépistage présente les mêmes facteurs défavorables concernant l'emploi, le niveau d'éducation, les perceptions de la santé et le suivi par un gynécologue.

Connaissances et croyance en la curabilité du cancer s'il est détecté précocement

A l'affirmation « Quand on découvre un cancer, il est toujours trop tard », 109

femmes (24,5 %) répondent « je ne sais pas », « plutôt d'accord » ou « d'accord ». Le tableau 2 montre les profils respectifs de ce sous-groupe en comparaison avec les 335 autres femmes qui répondent « plutôt pas d'accord » ou « pas d'accord ».

Il n'est pas surprenant de constater que les femmes qui ne croient pas en la curabilité du cancer détecté précocement sont plus souvent sans emploi, des femmes avec un niveau d'éducation bas et une perception médiocre de leur santé.

Perception de l'efficacité des tests

Pour étudier la perception de l'efficacité du frottis cervical, il a été demandé aux répondantes de prendre position par rapport à l'affirmation suivante : « On peut éviter le cancer du col de l'utérus en pratiquant régulièrement un frottis du col ». Les réponses sont significativement différentes ($p < 0,01$) entre les deux groupes d'âges. Les femmes qui répondent « pas d'accord » ou « plutôt pas d'accord » représentent 26,5 % du groupe des « jeunes » (25-37 ans) et seulement 9,7 % du groupe des « âgées » (45-57 ans).

On n'observe pas de différence aussi significative concernant la perception de l'efficacité de la mammographie : 13,5 % des femmes du groupe « jeunes » et 10,2 % du groupe « âgées » ne croient pas en l'efficacité de la mammographie ($p = 0,2$).

La perception de l'efficacité de ces tests de dépistage semble être reliée à la compré-

Tableau 3 : Incitants à la réalisation d'un examen de dépistage

Groupe d'âge	Invitation d'un centre de prévention	Invitation d'un médecin	Publicité Medias	Gratuité	Proximité d'un centre médical	Conseil d'un proche	Rien	Autres
25-37	12,1 %	51,7 %	3,9 %	15,0 %	2,4 %	6,8 %	2,9 %	5,3 %
45-57	11,0 %	54,4 %	4,6 %	12,2 %	4,6 %	7,6 %	1,7 %	3,8 %

(444 femmes liégeoises-2000)

hension de la démarche préventive et à la croyance en la curabilité de la maladie. En effet, parmi les femmes qui ne croient pas en l'efficacité du test de dépistage, une sur cinq appartient au groupe qui comprend mal la logique de l'approche préventive (mais une sur dix parmi celles qui ont une bonne compréhension)($p < 0,01$). De même, une femme sur quatre appartient au groupe qui ne croit pas à la curabilité du cancer s'il est détecté précocement (mais une sur dix qui croit à la curabilité).

Attentes des répondantes

La question suivante a été posée afin d'évaluer les attentes des répondantes : « A votre avis, qu'est-ce qui pourrait inciter une femme à passer un examen de dépistage du cancer si elle ne l'a jamais fait ? ». Les réponses correspondantes par groupes d'âge sont reprises dans le tableau 3.

Dans les deux groupes d'âges, plus de la moitié des sujets désignent le médecin de famille ou l'invitation du gynécologue comme incitant. Les femmes qui répondent « autres » invoquent : « un symptôme au niveau du sein », « un cancer dans la famille », « l'âge » ou « des facteurs de risque ».

Discussion

Une population avec un profil plus favorable que la moyenne

Cette enquête de population a obtenu un taux de réponse plutôt élevé, bien que réalisée par voie postale. Ce résultat favorable pourrait être attribué aux caractéristiques du questionnaire : il était court, facile à compléter et à renvoyer. Il semble cependant que les femmes d'origine étrangère dont la langue maternelle n'est vraisemblablement pas le français ont éprouvé des difficultés à répondre au questionnaire, dans la mesure où leur taux de réponse est différent de celui des femmes de nationalité belge.

Par comparaison aux valeurs de référence disponibles, selon le cas, pour les populations belges, wallonne ou liégeoise, l'échantillon comporte une surreprésentation de :

- femmes de niveau d'études universitaires : 16,4 % contre 4,4 % des femmes vivant à Liège (28);
- femmes de 45 à 57 ans professionnellement actives : 62 % contre 49,6 % des femmes de 45 à 54 ans vivant en Wallonie (6);²
- femmes ne souffrant pas de maladie chronique : 78,8 % contre 44,7 % des femmes belges (6);
- fumeuses dans le groupe « âgées » : 35,9 % contre 25 % des femmes belges de 45 à 54 ans (6).

Cependant, les répondantes sont assez représentatives de la population de référence en ce qui concerne :

- les femmes isolées : 23 % contre 24,6 % des femmes vivant en Province de Liège (29);
- les femmes dont la perception de la santé est « bonne » ou « très bonne » : 78,8 % contre 78 % des adultes belges (6);
- les femmes suivies par un médecin de famille : 94,6 % contre 93 % des adultes belges (6).

Certains biais dans les résultats sont donc probables, étant donné le taux élevé de femmes de niveau universitaire parmi les répondantes. Ce taux élevé pourrait être attribué à une attitude de sympathie vis-à-vis d'un mémoire de fin d'études ou résulter du niveau culturel, le souci de la santé étant classiquement relié positivement avec le niveau d'études. Un autre facteur confondant pourrait être lié à la proportion importante des répondantes signalant une expérience de la maladie chez un proche souffrant d'un cancer (75 %). Cette proportion semble élevée; cependant, à notre connaissance, aucune statistique comparative n'est disponible. Une dernière source de biais potentiel est l'environnement d'une ville telle que Liège, qui offre une bonne accessibilité aux services médicaux.

L'échantillon de répondantes semble donc présenter un profil favorable par rapport à une activité de dépistage : ces femmes ont un niveau d'éducation plutôt élevé, et elles sont bien intégrées dans la société dans la

mesure où elles sont nombreuses à avoir un emploi. Cette hypothèse est confirmée par les résultats : la proportion de répondantes ayant effectué un frottis (81,8 %) ou une mammographie (69,2 %) selon la périodicité recommandée est plus élevée dans cette enquête que celle habituellement rapportée pour la population belge ou française. Dans la dernière enquête belge de population (6), 70 % des femmes de 25 à 65 ans déclarent avoir réalisé un frottis au cours des trois dernières années. Deux enquêtes récentes (8,30) réalisées auprès de la population belge francophone ont montré une proportion de 60 et 64 % de femmes « en ordre » pour le frottis. En France, les chiffres correspondants sont de 70,5 % (5).

Les connaissances, les croyances, les attitudes et les perceptions sont des facteurs qui influencent fortement les comportements préventifs.

En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, 40 à 50 % des femmes belges francophones de 50 à 69 ans sont « en ordre » pour la mammographie (9).

Une partie des différences observées pourrait découler du fait que, dans les études citées, les populations observées ne vivent pas uniquement en ville mais aussi dans des campagnes où les centres de santé sont plus éloignés. Il faut cependant noter qu'une enquête postale (13) conduite dans la province de Namur a obtenu des résultats similaires à ceux présentés ici : 71 % des répondantes avaient subi une mammographie au cours des deux années précédant l'enquête. Ces auteurs attribuaient eux aussi ces résultats à un profil particulièrement favorable pour les comportements préventifs parmi les répondantes à leur enquête.

² Pas d'autres statistiques disponibles.

Quelques résultats inquiétants ou surprenants

Néanmoins, en dépit du profil favorable de notre échantillon, certains résultats obtenus sont inquiétants : par exemple, le fait que 14,4 % des femmes du groupe « jeunes » affirment n'avoir jamais réalisé un frottis apparaît comme une proportion étonnamment élevée. Il n'est pas exclu cependant que ce chiffre surestime la réalité dans ce groupe d'âge où 9,2 % seulement des femmes n'ont pas de gynécologue et il est donc possible qu'aucun frottis n'ait été réalisé chez elles. Mais les 5,2 % restants pourraient correspondre à des femmes qui ont un gynécologue mais ignorent que celui-ci réalise régulièrement un frottis. Il est également possible que certaines répondantes n'aient pas compris le terme médical « frottis du col ».

Un autre résultat surprenant concerne la perception de l'efficacité du frottis de col : plus d'une femme sur quatre dans le groupe 25-37 ans n'en est pas convaincue. Cette proportion est alarmante quand on sait que ce sont principalement les femmes jeunes qui sont affectées par ce cancer et qu'il est maintenant évident que la détection précoce et le traitement de lésions dysplasiques du col préviennent leur évolution vers la cancérisation (3,4). En outre, si on tient compte du profil favorable des répondantes à cette enquête, on peut émettre l'hypothèse que la proportion de femmes ayant des connaissances inappropriées en matière de prévention est en réalité plus élevée dans la population générale.

Des populations peu sensibles à la 'culture' du dépistage

Les résultats de cette enquête montrent donc clairement que des facteurs socioculturels et socio-économiques contribuent à un manque de compréhension de la logique du dépistage, à des croyances erronées quant à la curabilité du cancer détecté précocement, et à une perception négative de l'efficacité des tests de dépistage. Ceci se traduit par un comportement préventif inadéquat, voire même absent dans une frange importante de la population.

Ces observations sont en concordance avec celles rapportées par d'autres auteurs (12,14,26,31). Collignon et Martin (13) ont relevé une surreprésentation de femmes peu instruites parmi celles qui ne participent pas aux examens de dépistage. Doumont et Libion (14), dans leur revue de littérature (concernant le dépistage du cancer du sein) mettent en évidence le lien entre le niveau de connaissances, le degré d'alphabétisation et les attitudes de pré-

vention. Une étude conduite en France dans le département du Bas-Rhin montre que, pour la population féminine, un haut niveau de connaissance à propos du cancer influence positivement le comportement préventif (15). Comme dans les études antérieures, elle souligne que les connaissances, les croyances, les attitudes et les perceptions sont des facteurs qui influencent fortement les comportements préventifs.

Certains de ces facteurs sont accessibles aux changements comme l'a démontré une étude suédoise qui analyse les effets d'un programme éducatif portant sur les symptômes et signes d'alerte d'un cancer (16). Les résultats démontrent, d'une part, que le taux de participation aux examens de dépistage peut être augmenté sans que le

Le programme de dépistage du cancer du sein

Depuis deux ans environ, un programme de dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans est en cours en Communauté française, dans le cadre d'un accord entre tous les niveaux de pouvoir concernés par la santé dans notre pays.

La Direction générale de la santé du Ministère de la Communauté française vient de publier une brochure faisant le point sur le programme 'mammothest'. Le document, qui vise un public d'intervenants en matière de santé publique, aborde les questions suivantes :

- justification d'un programme de dépistage organisé ;
- objectifs du programme ;
- ressources du programme ;
- fonctionnement du programme ;
- assurance de qualité, suivi, évaluation.

Il est complété par une trentaine de pages d'annexes contenant aussi bien des textes officiels que des documents d'informations destinés aux médecins et aux femmes et des courriers utilisés dans le cadre de la campagne.

Le lecteur trouvera dans cette brochure un maximum d'informations concrètes lui permettant d'appréhender le programme de façon globale.

C.D.B.

BEGHIN D., VANDENBROUCKE A., CHERBONNIER A., FABRIV, *Le programme de dépistage du cancer du sein, DG Santé, 70 pages, mars 2004.*

Disponible (en petites quantités) auprès de sabine.pierard@cfwb.be

degré d'anxiété soit accru et, d'autre part, que l'intervalle entre l'apparition du symptôme et la consultation peut être réduit. L'information et l'éducation peuvent donc être efficaces.

Néanmoins, il ne faut pas sous-estimer la difficulté d'informer de manière adéquate les populations défavorisées. Dans leur revue de littérature, Aiach et Cebe (26) montrent, pour tous les types de comportements préventifs, une différence systématique entre les populations favorisées et celles qui le sont moins. Ils évoquent une « culture de la pauvreté » qui inclut l'acceptation d'un niveau de santé peu élevé. Dans l'étude de Fabri, réalisée auprès des affiliées des Mutualités socialistes (qui sont en général d'un milieu moins privilégié que le reste de la population), 30 % seulement des femmes de 50 à 69 ans ont réalisé une mammographie au cours des deux dernières années (32). Une autre étude réalisée dans les populations défavorisées (19) a mis en évidence la passivité et le fatalisme de ces personnes face au cancer et à sa prévention. Il en est de même dans une étude américaine réalisée auprès des communautés défavorisées afro-américaines (20).

L'enquête présentée ici, de même que d'autres réalisées précédemment (5,13,14,22,23,30), souligne le rôle important attribué par les répondantes aux professionnels de santé, que ce soit en tant que personne de référence ou en tant qu'incitant à la prévention. Une étude récente a montré que plus de 69 % des femmes n'ayant jamais subi de frottis l'accepteraient si elles y étaient explicitement invitées par un médecin (30).

Conclusions et recommandations

Cette étude souligne les difficultés à surmonter pour atteindre toute la population ciblée par un programme de dépistage du cancer. Les résultats suggèrent que des efforts spécifiques doivent être focalisés vers deux sous-groupes particuliers de population : d'une part, les femmes issues de milieux socioculturels et de niveau social peu élevés, et d'autre part les femmes jeunes.

Pour induire la participation de femmes de milieux défavorisés à des programmes de dépistage, il faut veiller à ce que l'information soit adaptée à leur niveau de compréhension, mais également à leurs croyances et attitudes vis-à-vis de la curabilité de la maladie et vis-à-vis de l'efficacité des tests de dépistage. L'utilisation des réseaux de "référénts profanes" pourrait permettre de diffuser une

information appropriée à ces populations. Les centres de prévention ont également un rôle à jouer en organisant, par exemple, des groupes de discussion réunissant des femmes issues de ces milieux. Ces centres pourraient également rendre la prévention plus accessible en réalisant gratuitement les tests de dépistage.

Le manque d'information à propos de la prévention du cancer du col utérin parmi le groupe des femmes jeunes est important. Il est urgent de leur faire prendre conscience de l'importance de la réalisation de frottis réguliers, à l'heure où la vie sexuelle actuelle implique des relations avec un plus grand nombre de partenaires que dans la génération précédente. Dans une perspective de santé publique, l'étude ici réalisée souligne que la prévention du cancer du col utérin ne doit pas être occultée par les stratégies développées actuellement pour promouvoir le dépistage du cancer du sein.

Une autre conclusion claire a trait au rôle des professionnels de la santé : tant le médecin de famille que le gynécologue devraient être systématiquement impliqués dans l'organisation de toute campagne de dépistage.

Bernadette Escoyez et Philippe Mairiaux,
APES-ULg

Références

- Œuvre belge du Cancer - Cancers en Belgique 1993-1995. Bruxelles : Registre National du Cancer, 1999, 1-55.
- O.M.S. - Statistics Table 1. Number of deaths and deaths rates. Belgium, 1994. www.who.ch, consulté en 2000.
- Advisory Committee of Cancer Prevention - Recommendations on cancer screening in the European union. Vienna : Conference on screening and early detection of cancer, 1999, 1-12.
- Europe Against Cancer - The European code against cancer. European Union, 1995.
- Moati JP, Beja V, Eisinger F, Alias F, Dressen C - Attitudes de la population française face au dépistage des cancers. *La santé de l'Homme*, 1993, 308, 22-26.
- Institut Scientifique de la Santé publique - La santé en Belgique, ses communautés et ses régions, résultats de l'enquête de santé par interview, www.iph.fgov.be, consulté en 2000.
- Arbyn M, Quataert P, Van Hal G, Van Oyen H - Cervical cancer in the Flemish region (Belgium) : measurement of the attendance rate by telephone interview. *European Journal of Cancer Prevention*, 1997, 6, 389-398.
- Castronovo V, Foidart JM, Boniver J - Cancer du col de l'utérus : analyse du coût-bénéfice et de l'efficacité du dépistage opportuniste versus le dépistage organisé. *Revue Médicale de Liège*, 1998, 53, 305-307.
- Bourdon C - Le dépistage du cancer du sein en Communauté française de Belgique. *Bulletin d'éducation du patient*, 2000, 19, 65-66.
- Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement - Protocole du 25.11.2000 visant une collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie. *Moniteur belge*, 22.12.2000, 12-22.
- Green LW, Kreuter MW - Health Education planning : a diagnostic approach - Mountain View. Mayfield Publishing Company, 1991, 150-167.
- Breslow RA, Sorkin JD, Frey CM, Kessler LG - American's knowledge of cancer risk and survival. *Preventive Medicine*, 1997, 26, 170-177.
- Collignon JL, Martin N - Comportement des femmes de 50 à 69 ans face au dépistage du cancer du sein, enquête réalisée en province de Namur. *Bulletin d'éducation du patient*, 2000, 2, 82-89.
- Doumont D, Libion F - Analyse des comportements préventifs dans le cadre du dépistage par mammographie - Dossier documentaire 4, Unité RESO, Education pour la santé. Faculté de Médecine UCL, 1999.
- Blanc D, Sartori V, Hedelin G, Schaffer P - Influence des connaissances relatives au cancer sur les comportements de prévention dans la population du Bas-Rhin. *Bulletin du cancer*, 1998, 85, 569-577.
- Manson J, Marklund B, Bengtson C, Fridlund B - Evaluation of an educational programme for the early detection of cancer. *Patient Education and Counselling*, 1999, 37, 231-242.
- Sung JF, Blumenthal DS, Cates RJ, Alema-Mensah E - Knowledge, beliefs, attitudes and screening among inner city African-American women. *Journal of the Medical Association*, 1997, 89, 405-411.
- IPSOS - Les Français face au cancer. Archives-sociétés, www.IPSOS.com, consulté en 1998.
- Filee D, Halbardier V, Riffon A, Andrien M - Prévention du cancer et pauvreté. Liège : CERES, Education et communication pour la santé, 1996, 33-76.
- Scroggins TG, Bartley TK - Enhancing cancer control : assessing cancer knowledge, attitudes and beliefs in disadvantaged communities. *Journal of the Louisiana State Medical Society*, 1999, 151, 202-208.
- Coronaro G, Thompson B - Rural Mexican American men's attitudes and beliefs about cancer screening. *Journal of Cancer Education*, 2000, 15, 41-45.
- Gosselain Y, Laperche J, Prevost M - Echéance et liberté. Prévention : agir ensemble, www.Maisonmedicale.org, consulté en 2000.
- Société Scientifique de Médecine Générale, Institut de Médecine Préventive - Initier un projet pilote de prévention dans quelques dodéca-groupes, www.SSMG.be, consulté en 2000.
- Beaulieu MD, Beland F, Roy D, Alardeau M, Hebert G - Factors determining compliance with screening mammography. *Canadian Medical Association Journal*, 1996, 154, 1335-1343.
- Marmot M, Wilkinson RG - Social determinants of health. Oxford University Press, 2000.
- Aiach P, Cebe D - Différenciations sociales en matière de prévention. In : Aiach P, Bon N, Deschamps JP (Eds), Comportements et santé, questions pour la prévention. Presses universitaires de Nancy, 1992, 75-101.
- Siegler IC, Feaganes JR, Rimer BK - Predictors of adoption of mammography in women under age 50. *Health Psychology*, 1995 ; 3 : 274-278.
- I.N.S. (Institut National de Statistique). Recensement de la population et des logements de 1991, Bruxelles, I.N.S., 13-23.
- Liège Province Santé - Profil de santé de la Province de Liège. Liège, 2000.
- Godin I, Massot C - Cervix cancer screening in the Frameries community, Belgium - A descriptive study. *Archives of Public Health*, 2001, 59, 181-192.
- Lostao L, Joiner TE, Pettit JW, Chorot P, Sandin B - Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance. *European Journal of Public Health*, 2001, 11, 274-279.
- Fabri V - Le dépistage du cancer du sein en questions. Union Nationale des Mutualités Socialistes, Bruxelles, février 2001.

Conférences locales pour des politiques de promotion de la santé de Charleroi-Thuin : place aux citoyens !

Souhaitant renforcer les actions participatives qui permettent aux citoyens d'être acteurs dans la construction des politiques de promotion de la santé, le Ministère de la Santé de la Communauté française a mandaté les CLPS pour qu'ils développent des *Conférences locales pour des politiques de promotion de la santé*.

L'orientation méthodologique définie par le décret de la promotion de la santé du 17 juillet 2003 stipule que les CLPS ont entre autres missions celle "d'initier au niveau de leur ressort territorial des dynamiques qui encouragent le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire, et qui permettent de définir des priorités d'actions spécifiques pour des politiques locales de santé, en particulier par la réalisation des Conférences locales de promotion de la santé."

Une méthodologie

Le développement local se définit comme "un processus collectif d'innovation territoriale inscrit dans la durabilité. Ce processus s'enracine dans un territoire pertinent, il y fédère et organise en réseau les acteurs économiques, sociaux, environnementaux et culturels pétris d'une culture commune de projet dont la finalité est le bien-être collectif et la centralité : l'être humain"¹.

Jusqu'il y a peu les politiques de développement se limitaient à une approche sectorielle ou thématique. Elles ont commencé à s'ouvrir à une lecture plus large en se souciant de la communauté humaine sur laquelle elles ambitionnaient de produire un effet ou plus simplement dont elles étudiaient les mécanismes pour mieux comprendre les comportements sociaux et définir ensuite leur mode d'intervention.

Aujourd'hui, la valorisation du développement durable à l'échelon local et la complexité mondiale poussent les acteurs locaux à se définir un projet partagé.

La recherche de sens par un projet stratégique de développement local conduit inmanquablement à mettre ce projet en lien avec le

territoire sur lequel il se construit. Le territoire est en effet considéré comme le socle du dessein que les acteurs vont démocratiquement élaborer. Ce sont les liens préexistants ou à susciter entre les individus, mais aussi entre les institutions ou organismes sur le micro territoire qui constitueront le capital social de départ et sa capacité d'inventivité pour un futur commun.

Car partager un même lieu de vie donne des repères communs, ce sentiment d'appartenance est un humus particulièrement fertile pour des projets qui concernent le bien-être collectif.

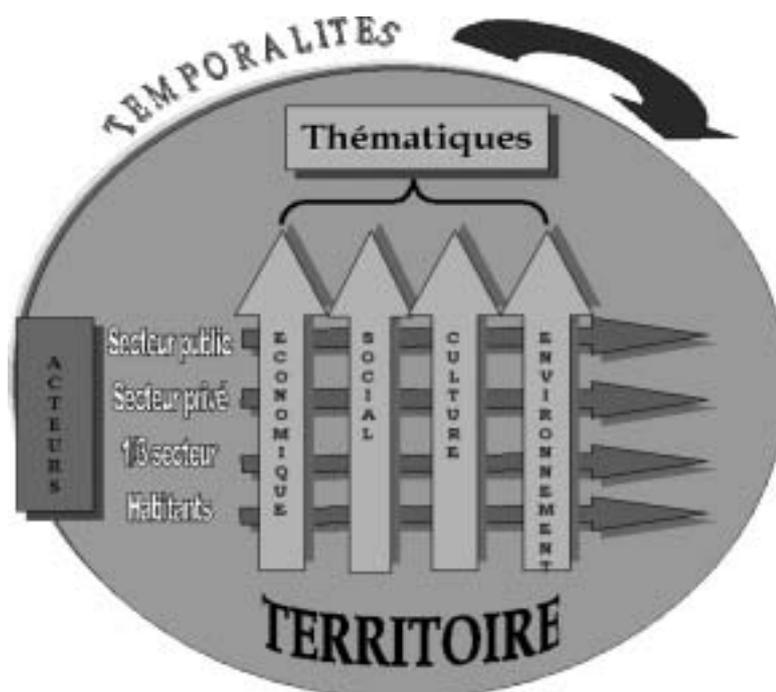
La promotion de la santé est un sujet qui peut bénéficier de cette démarche innovante. La santé doit être ressentie comme un capital individuel et collectif ; des mesures de qualité de vie choisies collectivement par des acteurs locaux et inscrites au titre d'objectifs majeurs dans un processus stratégique de développement local feront l'objet d'une appropriation collective lente, pénétrant les valeurs culturelles usitées sur le micro territoire.

Il semble donc opportun de s'inscrire dans un premier temps, dans un processus de sensibilisation au développement local à l'intention des professionnels de l'éducation et la promotion de la santé. Dans un second temps, d'outiller les acteurs locaux et les forces vives pour cheminer vers une démarche proactive associant le citoyen et réunissant les secteurs social, culturel, économique et environnemental.

Ce processus intègre une vision globale, intégrée et systémique illustrée par la matrice reproduite sur cette page² :

Un projet, un territoire, des partenaires

Dans ce cadre, le projet développé par le CLPS de Charleroi-Thuin s'est fixé pour objectif de faire émerger les attentes de la population en matière de qualité de vie et de bien-être, de dégager des priorités d'action locales et d'inscrire ces priorités d'action dans la dynamique du développement local afin de les intégrer dans la réalité institutionnelle et associative de la région.



¹ Définition de Dominique-Paule Decoster, chargée de cours à l'Université Libre de Bruxelles et co-directrice de recherche, dans "Processus et acteurs de développement local" - 4^e édition 2003-2004, p. 6.

² Matrice de Dominique-Paule Decoster, chargée de cours à l'Université Libre de Bruxelles et co-directrice de recherche, dans "Processus et acteurs de développement local" - 4^e édition 2003-2004, p. 38.

Le projet carolorégien est porté par un partenariat entre

- le CLPS de Charleroi-Thuin promoteur principal des Conférences locales ;
- la Maison pour Associations (accès aux citoyens via les associations); celle-ci mène des actions d'appui à la vie associative dans différents cadres (pédagogique, socio-juridique, gestion, informatique, logistique...) et regroupe environ 200 associations professionnelles et non-professionnelles ;
- le Centre Régional d'Intégration de Charleroi (accès aux citoyens d'origine étrangère via les associations d'immigrés); celui-ci est un acteur local dans la promotion d'initiatives visant l'intégration des personnes étrangères. Il joue également un rôle d'interpellation du monde politique ;
- l'Unité de Développement Territorial et Local de l'Institut de Gestion de l'Environnement et d'Aménagement du Territoire de l'Université Libre de Bruxelles, qui propose un encadrement méthodologique ; les recherches-actions menées par l'Unité tant au niveau local, régional que transnational permettent de dégager une réflexion éclairée et des éléments pertinents dans l'élaboration de tout projet s'inscrivant dans une dynamique de développement local.

La zone d'action du projet couvre, dans un premier temps, les communes des arrondissements de Charleroi-Thuin (Charleroi, Fontaine-l'Évêque, Courcelles, Pont-à-Celles, Les Bons Villers, Fleurus, Farciennes, Morlanwelz, Châtelet, Aiseau-Presles, Gerpennes, Ham/Heure-Nalines, Montigny-le-Tilleul, Seneffe, Manage, Chapelle-lez-Herlaimont). Ce territoire urbain répond à un profil commun et cohérent en terme de mobilité et de caractéristiques citoyennes.

Les autres communes feront l'objet de la seconde phase de développement du projet. Pour encadrer le projet, un comité de pilotage local intégrant l'intersectorialité des participants a été constitué. Son rôle majeur est de définir collégialement les stratégies d'action pour la mise en place des Conférences locales de promotion de la santé, de les valider et d'enrichir la réflexion en lien avec les expériences de chacun. Ce comité de pilotage se réunit à chaque moment-clé du processus, pour décider de l'action à mettre en œuvre et pour ensuite en recevoir les résultats ; il reste ouvert à l'accueil de nouveaux intervenants de divers secteurs.

La démarche

Afin de récolter les attentes de la population en matière de qualité de vie et de bien-être, les partenaires ont choisi de développer une

démarche de diagnostic participatif suivant une approche intersectorielle.

Pour sélectionner les citoyens participant aux ateliers de diagnostic participatif, les partenaires ont sélectionné des associations et institutions représentatives des secteurs économique, social, environnemental et culturel de Charleroi et sa région. Ensuite, ceux-ci ont joué le rôle d'intermédiaire pour inviter leurs membres, citoyens de la zone d'action, à venir s'exprimer en atelier.

Deux groupes de travail ont ainsi pu s'exprimer en mai 2003 à propos de leur définition du bien-être et de la qualité de vie pour ensuite décliner ces notions en attentes et demandes afin de les améliorer ou les atteindre.

Les résultats qualitatifs ont alors été traités à la demande du CLPS par des épidémiologistes suivant une méthode appelée PRECEDE-PROCEED ; celle-ci reprend ce qui a été évoqué selon une grille structurée ; les auteurs en sont les docteurs **Florence Parent** et **Yves Coppieters**, médecins de santé publique.

Au cours d'une réunion de restitution des résultats, les citoyens, les membres du comité de pilotage et certains experts, ont pu ainsi visualiser cette représentation systématique des problèmes identifiés en ateliers et les points à travailler pour améliorer la qualité de vie et le bien-être des habitants sur la zone concernée.

Ensuite, l'expert épidémiologiste a présenté une lecture croisée des résultats des groupes de travail avec des données "objectives" de la situation carolorégienne (statistiques socio-sanitaires, résultats d'études récentes, etc), ce qui a légitimé les participants des ateliers dans l'essentiel de leurs attentes.

Le Comité de pilotage et les habitants ont pu échanger et décider, en concertation, de l'importance à apporter aux divers domaines d'actions ; c'est alors qu'une priorisation des attentes a été dégagée en clôture de réunion. Celle-ci s'établit ainsi, par ordre décroissant :

1. Education et enseignement
 2. Environnement
 - Améliorer les paramètres pour la santé physique et mentale
 3. Améliorer la sécurité
 - Améliorer ou informer à propos de certaines législations et/ou procédures institutionnelles
 4. Environnement socio-économique et social
- La qualité de la communication au sein de la zone couverte par l'étude a été revendiquée comme élément transversal, à intégrer dans chaque domaine à améliorer.

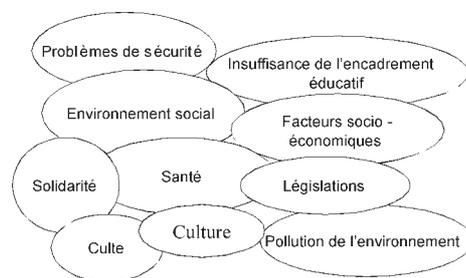
Le comité de pilotage a alors été confronté à la difficile mission d'élaborer ce qu'on appelle une programmation stratégique en accord avec les éléments diagnostiques

(participatifs croisés avec les éléments descriptifs) mis en évidence durant la première phase et le cadre méthodologique souhaité.

La réflexion partenariale a permis de dégager le projet très concret d'organiser des tables rondes sur les domaines d'action prioritaires désignés lors de la restitution des résultats.

Toutefois, ces rencontres devaient associer, à la fois, tous les secteurs social, économique, culturel et environnemental, mais aussi viser directement le citoyen.

La Maison Pour Associations a alors proposé d'offrir le cadre de son Forum associatif en février 2004 pour réaliser ces tables rondes ; le projet a été soumis à l'approbation du comité de pilotage, qui a majoritairement marqué son accord.



En effet, cette journée telle qu'organisée selon le programme repris en synthèse ci-après répond à toutes les exigences du cadre des Conférences locales pour la promotion de la santé.

La finalité de cette rencontre était de permettre au secteur associatif d'enrichir sa réflexion pour la réalisation de ses projets actuels et futurs en lien avec la qualité de vie, et aussi de devenir acteur d'une dynamique partenariale à partir des rencontres initialisées ou formalisées ce 13 février 2004.

Le programme de cette rencontre comportait différentes parties complémentaires :

- la première apportait les informations concernant la démarche des Conférences locales depuis ses débuts et comment celle-ci s'inscrivait dans les objectifs suivis par la Maison pour Associations, la qualité de vie étant une préoccupation transversale au développement des activités associatives.
- la deuxième partie proposait une présentation, en trois tables rondes, d'expériences significatives de projets ayant été réalisés localement, faisant appel à une dynamique partenariale et à la participation des citoyens. Ces expériences traitaient de thématiques identifiées comme prioritaires : la communication, l'environnement et l'éducation.
- la troisième partie invitait les participants et les intervenants de chaque table ronde à réfléchir sur des questions-clés quant

aux modalités d'émergence et de réalisation d'un projet mais aussi des moyens qui permettent de pérenniser le projet, en envisageant les éléments facilitateurs et les obstacles rencontrés habituellement.

- le temps d'interruption a été mis à profit pour inviter les participants à se positionner à l'aide de posters comme association/organisme impliqué dans un projet et en recherche de nouveaux partenaires ou simplement d'association/organisme intéressé de réfléchir collectivement ou de s'associer.
- la dernière partie mettait en perspective les résultats des échanges des trois tables rondes en superposant le concept de développement local à celui de la promotion de la santé.

La structuration de la journée ainsi que la méthodologie utilisée en table ronde incitaient le participant à entrer dans une réflexion plus aboutie par rapport à son expérience de projet et à identifier les éléments de mise en place d'un partenariat et de participation citoyenne.

Les actes de ce forum (consultables sur le site www.clpsct.org) sont structurés en trois parties :

- la première reprend synthétiquement les exposés de chaque table ronde mais surtout les réponses exprimées et validées par chaque groupe lors des échanges guidés par les animateurs ; le débat ayant été axé principalement sur les expériences respectives de chaque participant.
- la deuxième présente une analyse transversale de l'ensemble des résultats qui permet de dégager les grands axes qui auront été soulignés, en terme d'émergence et de pérennisation d'un projet, de la complexité associée à la notion de partenariat (intersectoriel / interthématique) et enfin au niveau de la dynamique participative, citoyenne ou autre.
- la troisième et dernière partie des actes donne accès aux notes recueillies sur les posters lors de l'interruption ; une grille d'évaluation a, entre autre, permis de mesurer l'adéquation des thématiques proposées avec les attentes des participants ; l'analyse des résultats ainsi que la liste de tous les participants apparaissent également en annexe des actes.

Résultats

Cette lecture transversale se situe dans le cadre prédéfini des Conférences locales de promotion de la santé, suivant la dialectique du développement local.

Comment faire émerger un projet ?

Avoir un idéal (utopie) partagé

Avoir une vision partagée

Saisir une opportunité financière ou autre

Détecter un besoin exprimé ou latent

Les acteurs provenant des différents secteurs doivent se projeter et partager dans un même imaginaire, un dessein collectif reposant sur un besoin réel. Sa concrétisation dépendra de la possibilité de le cadrer dans une offre financière accessible.

Comment rendre le projet durable ?

Maintenir la mobilisation

Contrat de confiance (charte de valeurs partagées)

Etre mandaté

Maintien du leadership

Maintien de la qualité

Information permanente sur les résultats

Monitoring participatif

Dans une deuxième phase, la définition des rôles et missions de chacun va déterminer la qualité relationnelle s'installant entre les divers acteurs et partenaires.

La transparence et la visibilité des décisions et résultats obtenus ouvriront des perspectives de pérennisation ou multiplication de projet(s).

Pour ce faire, les promoteurs de projet doivent mettre en place un outil d'évaluation aux différentes phases des projets.

Financement

Joueur de puzzle

Projets électrogènes

Un projet important peut récolter un gros financement et devenir ainsi un projet faitière pour d'autres projets parfois tout aussi importants mais non reconnus.

Le joueur de puzzle met son talent d'ingénierie de financements, et ouvre donc les potentialités pour passer d'un financement à un autre quand le premier se finit, ou d'en rassembler plusieurs pour enfin pouvoir monter le projet dans son entièreté.

Comment susciter la participation des citoyens ?

Former la jeunesse à la citoyenneté

Adapter le discours aux publics présents

Gagner la confiance

Temps

La participation citoyenne fait appel à une conception sociétale mise en avant aujourd'hui, sans que les promoteurs en mesurent toutes les conséquences. Cela nécessite un apprentissage de tous et une grande prudence. En effet, cela peut aussi déboucher sur une réflexion à multiples facettes sur la gouvernance à diverses échelles.

Perspectives d'avenir

Aujourd'hui, le comité de pilotage explore de nouvelles pistes permettant d'ancrer et de systématiser sur le terrain :

- recours à un partenariat intersectoriel (la santé étant multifactorielle, il est important de réunir des acteurs d'horizons divers);
- implication des citoyens (participation active aux différentes étapes de la construction des projets).

Il doit également tenir compte des enseignements apportés par son expérience du processus et par les résultats des différentes évaluations :

- manque de représentativité de certains secteurs (économique et, dans une moindre mesure, culturel);
- attentes de concrétisation sur le terrain (actions portant sur les thématiques prioritaires mise en avant).

Meilleure visibilité de tout ce qui se fait dans le cadre des Conférences locales (travail de communication et de médiatisation).

Dès septembre 2004, différentes actions seront entreprises :

- La mise en place de cellules d'intervision : lieux de rencontre où les personnes travaillant sur un projet pourront bénéficier d'un regard extérieur sur leur(s) idée(s) et pourront éventuellement soumettre une question précise (méthodologique, idéologique...). Un état des lieux préalable sera réalisé afin d'identifier si ce service n'est pas déjà proposé par des structures existantes.
- L'élaboration d'une grille de lecture de projet intégrant un éclairage sous l'angle de la promotion de la santé. Cette grille, réalisée après vérification de son caractère novateur, permettrait aux responsables de projets de se poser la question « en quoi mon projet a-t-il une influence sur la qualité de vie des personnes ? ». Le souhait est, à long terme, d'ancrer cette question dans les mentalités.
- La mise en place d'une stratégie de communication, afin de renforcer la visibilité des Conférences locales (en terme de contenu et de méthode).
- Le suivi de certaines actions : marché d'échange de projets et évaluation de l'impact du forum associatif.

Annick Decourt, collaboratrice scientifique de l'ULB et Philippe Mouyart, chargé de projets au CLPSCT

Avec le partenariat de l'Unité de Développement Territorial et Local de l'ULB-IGEAT, le Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin, la Maison Pour Associations et le Centre Régional d'intégration de Charleroi.

Trouver le bien-être sans artifice

La revue bimestrielle Actualquarto propose des dossiers et outils éducatifs destinés aux 2^e et 3^e degrés du secondaire.

Elle consacre son numéro de mars-avril 2004 au thème des drogues et des assuétudes.

Le texte est réalisé par Jean-Paul Brohée, pharmacien et D.E.S. en assuétudes de l'Université de Mons.

Il balaie largement les différents aspects de la problématique : quelle est la différence

entre drogue dite dure et drogue dite douce, quelle est la gamme des drogues illicites connues, le point sur le concept de dépénalisation de l'usage de cannabis, les autres assuétudes comme le tabac, qu'est-ce que la réduction des risques et des dommages, le traitement des dépendances...

La page sur la prévention est un peu rapidement bouclée, mais il est clair que dans ce dossier l'auteur souhaite aller au-delà des

préjugés sur les toxicomanies et faire réfléchir, à l'aide de nombreux témoignages, les jeunes et les éducateurs.

"Dossier Drogues et assuétudes. Trouver le bien-être sans artifice", Actualquarto, n° 9, mars-avril 2004, 24 pages.

Les dossiers Actualquarto peuvent être obtenus au prix de 4€ auprès des Editions Averbode, BP54, 3271 Averbode.

Équilibristes de l'alimentation

Avec pour titre « L'équilibre alimentaire », le dernier-né des dossiers pédagogiques de l'Agence wallonne pour la promotion d'une agriculture de qualité (APAQ-W) se lance lui aussi dans la course 'pyramidale' pour une alimentation variée et équilibrée.

Grâce au support de 13 fiches recto verso clairement illustrées, l'enseignant est appelé non seulement à informer ses élèves, mais également à les conscientiser et à les mener à une réflexion concrète concernant leur alimentation quotidienne.

Une première série de fiches s'intéresse plus particulièrement à « La pyramide alimentaire », ce qu'elle contient (découverte des familles ou groupes alimentaires), et à quelle 'faim' l'utiliser. Un bref historique de l'évolution des comportements alimentaires dans nos contrées et des habitudes familiales, culturelles ou sociales dans ce domaine peut

présenter une bonne entrée en matière à une prise de conscience de ses propres habitudes. Accros des frites ? Trop de graisse ! Fans de limonades ? Trop de sucre ! Les élèves sont ainsi amenés à faire la chasse au trop ou au trop peu et à trouver un juste équilibre alimentaire, par un travail de réflexion individuel, par petits groupes ou en collectif.

Après une découverte des nutriments dans un court chapitre intitulé « Lait et santé », le dossier fait la part belle au « Petit déjeuner », trop souvent négligé. Pourquoi et que manger le matin ? Et pour appuyer leurs choix, les auteurs engagent les classes à découvrir ou re-découvrir les produits du terroir par la visite de fermes ou de PME agro-alimentaires. Côté pratique, il est proposé l'organisation d'un petit déjeuner équilibré au sein de l'école, en collaboration éventuelle avec les autres professeurs.

« Les collations », coupe-faim ou apaise-faim ? Quelles sont les conséquences du grignotage ? Que se passe-t-il quand l'enfant ne mange pas à midi ? Autant de questions qui doivent amener les élèves à penser leur équilibre alimentaire non pas au cas par cas mais sur une journée entière. Le débat s'élargit.

Enfin, avec « Les 5 sens », l'enfant regarde, écoute, touche, sent et goûte, il apprend à découvrir le monde et à en apprécier les saveurs. La cerise sur le gâteau...

MM

Dossier pédagogique « L'équilibre alimentaire », disponible sur demande auprès de l'Agence wallonne pour la promotion d'une agriculture de qualité (APAQ-W, rue Burgniaux 2, 5100 Jambes). Tél.: 081 331 700.

La loi dépenalisant l'euthanasie

Le vote de la loi dépenalisant l'euthanasie est l'aboutissement d'un débat, ouvert dans notre pays depuis de nombreuses années, sur le droit de mourir dans la dignité. La nouvelle législation offre, tant au médecin qu'au patient et à son entourage, un cadre juridique bien défini qui impose des conditions très strictes.

La Mutualité socialiste publie une brochure qui fait le point sur la question.

L'objectif de cette brochure, intitulée « La loi dépenalisant l'euthanasie » est d'informer

sur les droits et les devoirs que vous confère cette loi. L'idée est aussi de vaincre les fausses idées qui circulent à son sujet.

Finalement, qu'est-ce qui est permis et qu'est-ce qui ne l'est pas ? Qui décide ? Quelles sont les situations concernées et sous quelles conditions ? Quelle est la procédure à suivre ?

La brochure de 40 pages comprend un commentaire du texte légal et un rapide tour d'horizon de la loi, par le biais de questions que chacun de nous est susceptible, à un

moment ou l'autre, de se poser. Elle est gratuite (un exemplaire par personne) et disponible dans tous les guichets de la Mutualité socialiste.

Union nationale des mutualités socialistes, Département Communication, rue Saint-Jean, 32-38, 1000 Bruxelles.

Tél.: 02 515 05 59. Fax : 02 512 62 74.

Courriel : unms@mutsoc.be

Il y a également moyen de télécharger ou commander la brochure sur le site internet : <http://www.mutsoc.be>

La puberté

Le centre de documentation (CEDIF) de la Fédération laïque de centres de planning familial publie une nouvelle brochure destinée aux enfants de 10 à 12 ans.

Elle aborde les changements physiques mais aussi l'évolution des sentiments propres à cette période de la vie.

Des questions-réponses reprennent également les principales préoccupations des filles et des garçons sur le développement de leur sexualité.

La brochure se veut être un support utile aux parents, éducateurs et animateurs dans leur démarche d'éducation affective et sexuelle, et un accompagnement pour les jeunes ado-

lescents en pleine découverte de leur corps qui change et de leur vie qui évolue.

La brochure 'La puberté - des changements, un passage, une évolution' est gratuite et disponible sur simple demande au CEDIF, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles. Tél. 02 502 68 00. Courriel :

cedif@planningfamilial.net

Formation

Liège

Du septembre 2004 à janvier 2005

Le CERES, Centre d'Enseignement et de Recherche pour l'Environnement et la Santé de l'Université de Liège organise un nouveau cycle de formations intégrées en communication pour la santé (CAPS) et l'environnement (ECOCOM) du 13 septembre 2004 au 28 janvier 2005.

Ces formations poursuivent les objectifs suivants :

- promouvoir la santé et l'environnement dans la perspective du développement durable en utilisant des moyens de communication appropriés ;
- maîtriser les outils de la recherche d'emploi ;
- améliorer sa connaissance de soi et sa confiance en soi ;
- découvrir les réseaux de la promotion de la santé et de l'ErE

Ces formations gratuites, d'une durée totale de 19 semaines, sont destinées à des personnes sans activité professionnelle.

Séance d'information le jeudi 2 septembre 2004 à 10h.

Séance de sélection lundi 6 septembre 2004 à 10h.

Formations organisées avec le soutien du Fonds Social Européen, du FOREM, de la Région wallonne et de la Communauté française.

Renseignements : CERES, Université de Liège, Val Benoît, Rue A. Stévar, 2, Bât. C1, 4000 LIEGE.

Tél.: 04 366 90 60. Fax : 04 366 90 62.

Courriel : steceres@ulg.ac.be

Personne âgée

Namur

14 septembre 2004

Journée de sensibilisation sur le thème *Santé mentale et personnes âgées - quoi de neuf ?*, organisée par la Ligue Alzheimer, en partenariat avec l'Unité provinciale namuroise d'accompagnement de la personne âgée et son entourage (A.N.A. - Avec nos aînés).

S'inscrivant dans le cadre de la Journée mondiale de la maladie d'Alzheimer, cette journée proposera à toute personne intéressée (famille, aidant, professionnel...) un partage autour des problématiques de dépression, désorientation, démences, maladie d'Alzheimer...

Lieu : Maison de la Culture de Namur, avenue Golenvaux 14, 5000 Namur.

Renseignements : A.N.A., rue Martine Bourtonbourt 2, 5000 Namur. Tél.: 081 72 95 82 ou 081 72 95 87.

Fax : 081 74 50 44.

Formation

Liège

Du 20 septembre 2004 au 31 janvier 2005

Formation C.E.R.I.S.E. (Centre d'Education Relative aux Interactions Santé et Environnement)
Objectifs : devenir intervenant éducatif en santé et en environnement

- acquérir des compétences en TIC (technologies de l'information et de la communication) dans le cadre de l'éducation pour l'environnement et pour la santé ;
- mettre sur pied des projets éducatifs visant à réduire, par des changements de comportements, les risques liés à l'environnement et aux modes de vie ;
- devenir personne relais pour ces domaines.

Durée de la formation : 13 semaines de cours et 3 semaines de stage

Séance d'information : le lundi 13 septembre 2004 à 14 h aux Rivageois.

La formation s'adresse à toute personne intéressée par l'environnement et la santé, formée ou expérimentée dans le domaine éducatif, demandeuse d'emploi.

La formation est gratuite, elle est subsidiée par la Communauté française et le Fonds social européen.

Adresse : Haute Ecole Charlemagne, implantation

« Les Rivageois », 6 rue des Rivageois, 4000 Liège.

Tél.: 04 254 76 21. Fax : 04 254 76 20. Courriel :

formation_cerise@hotmail.com. Site internet :

Obésité

Bruxelles

1^{er} octobre 2004

Journée d'information sur l'obésité de l'enfant, organisée par l'ULB, avec le soutien du FNRS.

Thèmes des exposés de la séance plénière du matin :

- introduction - projet de réseau interhospitalier ;
- aspects épidémiologiques et prévention ;
- actualités sur la recherche des mécanismes : importance de quelques maladies rares sur la compréhension de la régulation de l'appétit ; la balance énergétique ;
- prise en charge des enfants obèses : la prise en charge ambulatoire en équipe pluridisciplinaire ; internat thérapeutique.

Les ateliers traiteront les mêmes thèmes.

Lieu : Hôtel Bedford, rue du Midi 135-137,

1000 Bruxelles.

Prix (comprenant le déjeuner) : 100 €.

Renseignements auprès du secrétariat de la

conférence, c/o Meeting Time,

M^{me} Julie Weisenburger, rue du Collège Saint-Michel 11,

1150 Bruxelles. Tél.: 02 772 73 93. Fax 02 772 73 22.

Courriel : info.obesite@meeting-time.com

Cancer du sein

Bruxelles - Anvers

1 et 2 octobre 2004

Journée d'information Action Sein 2004, organisée à l'occasion du mois mondial du cancer du sein

Action Sein est une journée d'information organisée régulièrement par la Fédération Belge contre le Cancer. L'objectif est de présenter au public, dans un langage accessible à tous, les progrès du dépistage, des traitements et du suivi des cancers du sein.

Action Sein aura lieu cette année le 1^{er} octobre à Bruxelles (en français) et le 2 octobre à Anvers (en néerlandais).

L'avenir de la recherche clinique et le domaine essentiel de la qualité de vie des personnes touchées par la maladie y seront notamment évoqués. Un exposé sera consacré à la communication vers les enfants et les adolescents lorsqu'un cancer du sein atteint un membre de la famille, ainsi qu'aux difficultés rencontrées par les patientes dans le vécu de leur sexualité.

Action Sein 2004 est organisé en collaboration avec Europa Donna Belgium, groupe de pression national actif dans la lutte contre le cancer du sein, et Vivre Comme Avant.

Lieux :

* Musées Royaux des Beaux-Arts de Belgique, rue de la Régence 3, 1000 Bruxelles. Prix : 13 € (lunch compris).

* Aula Q, Universiteit Antwerpen, Campus Drie

Eiken, Universiteitsplein 1, 2610 Wilrijk. Prix : 13 € (lunch compris).

Informations complémentaires : Europa Donna

Belgium - Tél.: 02 535 43 29. Fax : 02 535 34 09.

Courriel : europadonna@fastmail.fm.

Internet : www.europadonna.be

Fédération Belge contre le Cancer - Tél.: 02 736 99 99.

Fax : 02 734 92 50. Courriel : commu@cancer.be.

Internet : www.cancer.be

Hôpital

Paris

5 octobre 2004

L'association Sparadrapp a réalisé la première enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital avec le

soutien du Ministère de la santé et de la protection sociale et de la Société Française de Pédiatrie.

Cette enquête a été effectuée auprès des équipes soignantes de 170 unités pédiatriques, tirées au sort, et auprès de 1470 parents d'enfants hospitalisés dans ces unités.

Les réponses permettent de dresser un état des lieux objectif sur la présence et le rôle accordés aux parents au cours de l'hospitalisation de leur enfant et de comparer la vision des professionnels et des parents.

Suite à cette enquête, l'association Sparadrapp organise le mardi 5 octobre 2004, sous le haut patronage de Monsieur Philippe Douste-Blazy, Ministre de la santé et de la protection sociale, un colloque intitulé "Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires ?".

Ce colloque permettra de :

- présenter les résultats de l'enquête nationale,
- valoriser les avancées et pointer les difficultés révélées par l'enquête,
- dégager des priorités d'action pour favoriser un réel partenariat entre les familles et les soignants.

Pour la première fois, les différents acteurs concernés par l'hospitalisation des enfants - parents, professionnels de santé, administratifs, associations - réfléchiront ensemble sur la place des parents à l'hôpital, à la fois lieu de vie et lieu de soin.

Renseignements et inscriptions : Association Sparadrapp, rue de la Plaine 48, F-75020 Paris.

Tél. +1 43 48 11 80. Fax : +1 43 48 11 50.

Courriel : contact@sparadrapp.org.

Internet : http://www.sparadrapp.org

Communication santé

Bruxelles

7 et 14 octobre 2004

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

Le troisième atelier de cette année abordera le thème *Communication et représentations*. Son objectif est de clarifier les représentations qui sont à l'œuvre dans l'analyse et la conception des projets.

Animateur : Robert Bontemps, docteur en médecine, 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 au plus tard 15 jours avant le début de la formation, et à payer au compte 068 - 2115054 - 93 de Question Santé.

Nombre de places limité à 12.

Renseignements : 02 512 41 74 ou

question.sante@skynet.be

Promotion de la santé

Québec

Du 12 au 15 octobre 2004

2^e Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé. Le thème *Les conditions d'intégration de la promotion de la santé et de la prévention dans les programmes locaux et régionaux de santé* s'inscrit dans la continuité des préoccupations et enjeux soulevés lors du 1^{er} colloque qui s'était tenu à Amiens en 2001. Nous ne manquerons de vous donner des échos de ce colloque, où quelques acteurs en Communauté française seront présents.

Renseignements : Colloque Québec 2004 a/s Pierre Morasse, C.P.2002, Succ. Belvédère, Québec (Québec) G1S 4Z2. Courriel :

info@colloquequebec2004.com. Internet :

www.colloquequebec2004.com

Tabagisme

Bruxelles

D'octobre 2004 à avril 2005

Formation continuée interuniversitaire en tabacologie, organisée par la Fondation contre les affections respiratoires et pour l'éducation pour la santé (FARES) en collaboration avec l'ULB, l'UCL, l'ULg, la Société scientifique de médecine générale, la Fédération belge contre le cancer et le Ministère des affaires sociales et de la santé de la Région wallonne.

Enseignement portant sur la dépendance tabagique, préparant à l'abord clinique de l'aide au sevrage et à la recherche dans le domaine du tabac, en particulier sur le phénomène de dépendance et étudiant les relations et similitudes avec l'usage d'autres substances d'abus.

Formation sanctionnée par examen écrit de type QCM, un travail de fin d'études et un stage de 2 demi-jours. Accréditations demandées.

Dates : les samedis 16 octobre, 20 novembre, 11 décembre 2004, 15 janvier, 19 février, 5 mars et 23 avril 2005.

Lieu : Fédération contre le cancer, chaussée de Louvain 479, 1030 Bruxelles.

Prix : 260 €, 130 € pour les étudiants.

Inscription sur candidature à la FARES, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.

Renseignements : 02 512 29 36 ou <http://www.fares.be>

Promotion de la santé

Bruxelles

Novembre, décembre 2004 et janvier 2005

Des concepts à la pratique – formation et ateliers d'échanges de pratiques.

Avec votre public, vous avez une pratique de promotion de la santé ou vous voulez travailler dans cette optique ?

En partenariat avec l'asbl Repères, le CLPS de Bruxelles organise une formation de quatre jours,

suivie d'ateliers mensuels d'échanges de pratiques.

Dates : les 26 novembre et 10 décembre 2004, 21 janvier et 28 janvier 2005.

Renseignements :

Centre local de promotion de la santé de Bruxelles, avenue Emile de Béco 67, 1050 Bruxelles.

Tél.: 02 639 66 88. Courriel : info@clps-bxl.org.

Santé mentale

Il y a plus d'un an naissait l'asbl *Psytoyens*. Son but principal est de rassembler les différentes associations d'usagers de soins en santé mentale en Wallonie, en vue de promouvoir un point de vue différent sur les soins et sur la santé mentale en général : celui de ceux qui vivent ces problèmes au jour le jour, celui de ceux qui utilisent les services.

L'asbl publie à présent son journal, sous forme d'affiche, réalisé par des usagers des soins en santé mentale, et qui sera diffusé largement auprès des institutions et fédérations de services de soins.

Pour recevoir un exemplaire du journal : *Psytoyens ASBL*, rue Muzet 32, 5000 Namur. Tél. 081 23 50 91. Fax : 081 23 50 16. Courriel : psytoyens@tiscalib.be

Conseil supérieur

Le Conseil supérieur de promotion de la santé de la Communauté française a une nouvelle présidente, **Martine Bantuelle**, qui en est membre depuis les débuts en 1997, et qui préside aussi la Commission d'avis sur les programmes d'action et de recherche. La vice-présidence revient à **Michel Mercier**. Tous deux sont membres du Conseil à titre d'experts en promotion de la santé.

Emploi - demande

Universitaire en sciences sociales, enthousiaste et très motivée, cherche emploi. Excellentes capacités d'analyse, esprit d'équipe et bonne capacité d'adaptation. Renseignements complémentaires : **Sandrine Martin** au 0496 76 36 81.

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

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

Paiement 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).

Journalistes : Myriam Marchand, Carine Maillard

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.

Site internet : Maryse Van Audenhaege.

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 : 2.500 exemplaires.

Diffusion : 2.200 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

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

Pour tous renseignements complémentaires :

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

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

Internet : www.educationsante.be

Courriel : education.sante@mc.be

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse : www.pipsa.org

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles — www.arsc.be

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

SOMMAIRE

Initiatives

Jeunes et alcool : un colloque pour une nouvelle dynamique préventive, par *Christian De Bock* 2

Un meilleur accès à la contraception pour les jeunes, par *Christian De Bock* 3

Les animations d'éducation à la vie affective et sexuelle à l'école en Communauté française, par *Katty Renard* et *Danielle Piette* 6

Réflexion

Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus : attitudes et comportements de la population féminine liégeoise, par *Bernadette Escoyez* et *Philippe Mairiaux* 9

Locale

Conférences locales pour des politiques de promotion de la santé de Charleroi-Thuin, par *Annick Decourt* et *Philippe Mouyart* 15

Matériel

Trouver le bien-être sans artifice 18

Équilibristes de l'alimentation 18

La loi dépenalisant l'euthanasie 18

La puberté 18

Brèves 19

La revue *Education Santé* est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique Département de la Santé.

