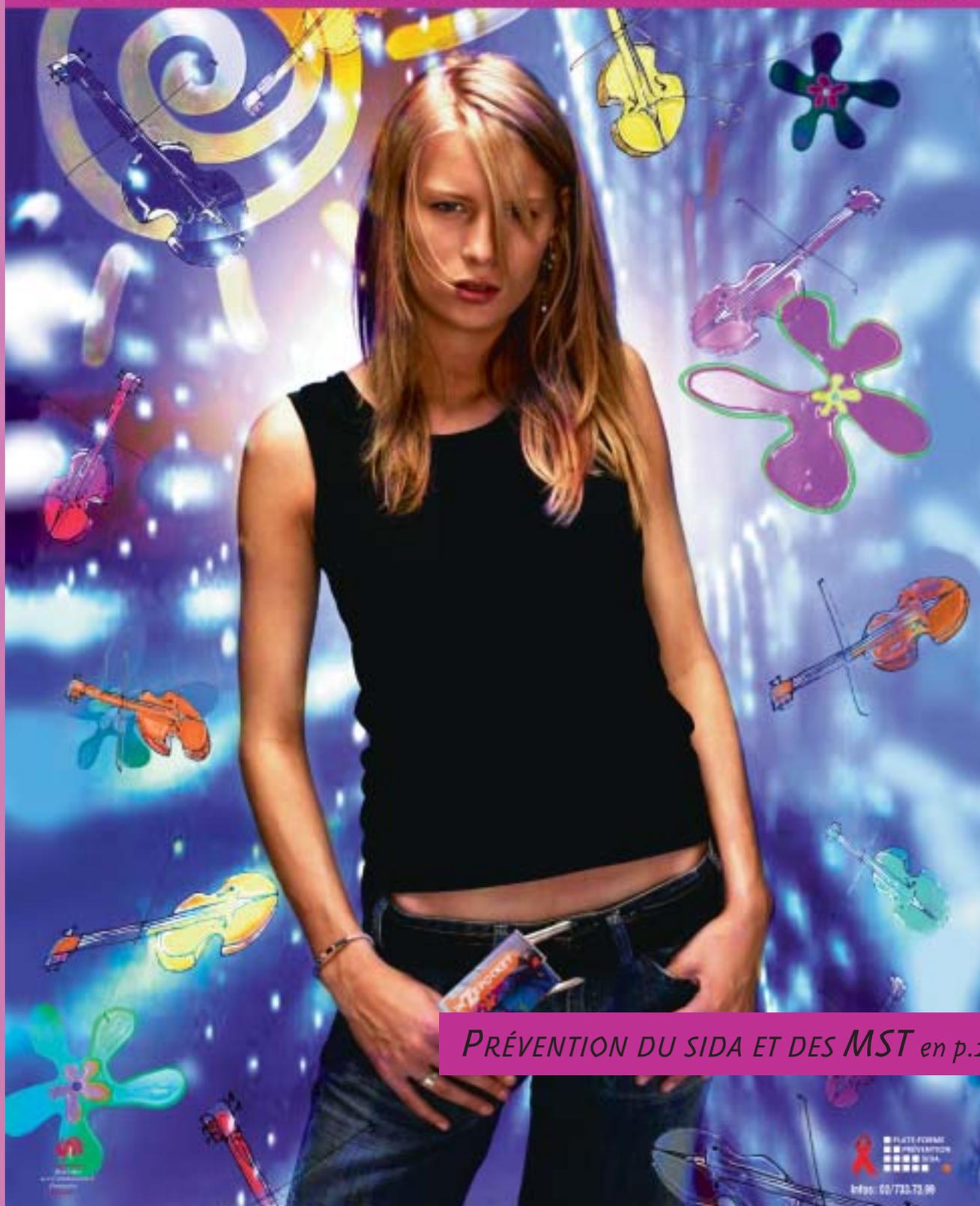


SANSLATEXT'ESDÉJÀMONEX

LE SIDA NE SE GUÉRIT TOUJOURS PAS. PROTÈGE-TOI. PROTÈGE LES AUTRES.

0800/20.000

Appelle pour recevoir ton kit de protection ou surfe sur www.preventionsida.org



PRÉVENTION DU SIDA ET DES MST en p.2 à 4

Sans latex t'es déjà mon ex

Une campagne de prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles à l'attention des jeunes

La campagne en quelques mots

La campagne "Sans latex t'es déjà mon ex" est un programme destiné aux jeunes afin de les informer et de les sensibiliser sur les risques du sida mais aussi des autres maladies sexuellement transmissibles (MST) et de rappeler l'importance de l'utilisation du préservatif. Cette campagne a la particularité d'avoir été construite en étroite collaboration avec un groupe de jeunes âgés de 15 à 20 ans.

Cette campagne vise trois publics : les jeunes hétérosexuels belges, ceux d'origine étrangère et les jeunes homosexuels.

En résumé, cette action se décline selon plusieurs axes :

- la diffusion en Communauté française de 200.000 pochettes "In Ze Pocket", contenant un préservatif et des informations sur la prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles ;
- la diffusion de trois spots TV et radio sur les chaînes de la Communauté française visant à rappeler l'importance de l'utilisation du préservatif lors des relations sexuelles, que l'on soit hétérosexuel, homosexuel, belge ou d'origine étrangère. Ces spots font également la promotion des pochettes que l'on peut commander via le 0800/20 000 ou via www.preventionsida.org ;
- la diffusion de trois visuels déclinés en affiches, annonces dans certains magazine et cartes postales Boomerang en Communauté française et à la côte belge ;
- des animations de l'Ecole du Cirque lors de divers festivals de musique ;
- le renforcement de la distribution gratuite de préservatifs via les organismes de prévention du sida : 1.000.000 de préservatifs seront distribués gratuitement en 2004.

Une concertation multiple

Avec le secteur de la prévention du sida et de la promotion de la santé

La Plate-Forme Prévention Sida a pour objectif de mettre en place un processus de concertation avec les acteurs particulièrement sensibles à la prévention du sida. Ensemble, ils travaillent à la réflexion, la conception et la mise en place d'outils et de campagnes de prévention.

Pour la réalisation de la campagne "Sans latex t'es déjà mon ex", la Plate-Forme Prévention Sida a travaillé en collaboration avec les associations suivantes :

- Ex æquo, association de prévention du sida et des MST à l'attention des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ;
- Sireas, association de prévention du sida et des MST à l'attention des personnes migrantes ;
- le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles ;
- Modus Vivendi, association de prévention du sida et des MST à l'attention des usagers de drogues ;
- Le Centre de planning familial Séverine ;
- l'asbl Question Santé.

Il est également important de souligner que l'agence de communication Euro RSCG a participé depuis le début à la réflexion sur la campagne et a pu ainsi alimenter sa maturation quant à son contenu et sa forme.

Les informations médicales ont été supervisées par des médecins du Centre de référence sida de l'ULB (Hôpital Saint-Pierre).

Implication des publics cibles

Comme déjà évoqué plus haut, cette campagne a été pensée et construite grâce à l'implication d'une quinzaine de jeunes âgés de 15 à 20 ans.

En effet, au début du projet, nous avons, avec l'aide de certaines associations, réuni un groupe de jeunes qui étaient intéressés par le sujet et qui représentaient le public cible de cette nouvelle campagne. Durant plusieurs semaines, à raison d'une après-midi par semaine, nous avons tenté de définir ensemble un maximum d'éléments qui se rapprochaient le plus de leur réalité, de leurs questions, de leurs envies. La dynamique du groupe, la richesse des échanges, l'ouverture, la créativité et l'esprit critique de ces jeunes qui se sont investis jusqu'au bout nous ont été d'un précieux apport dans la réalisation de la campagne.

C'est donc ce groupe, en concertation avec les associations et la Plate-Forme Prévention Sida, qui a déterminé le contenu mais aussi la forme de la campagne : les textes, slogans et visuels ont été discutés à chaque étape avec cet échantillon du public cible.

Mobilisation des acteurs et des pouvoirs publics

Les recommandations finales de la Conférence de lutte contre le sida, qui s'est déroulée le 30 mars dernier après un important travail préparatoire, viennent de paraître.

On en retiendra 4 spécifiques :

- contribuer à l'amélioration de la politique et des pratiques de prévention en tenant compte des pratiques à risques et des situations de vulnérabilité ;
- améliorer les conditions d'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement ;
- contribuer à la réduction des discriminations et de leurs conséquences à l'égard des personnes séropositives ;
- contribuer à l'amélioration de la cohérence, de la pertinence et de la qualité de la politique et des pratiques de dépistage.

A côté de cela, des recommandations en matière d'intersectorialité, de développement de réseaux et de formation sont aussi faites.

La plaquette de 24 pages 'Conférence de lutte contre le sida. Pour une mobilisation des acteurs et des pouvoirs publics' (juin 2004) peut être obtenue auprès de Sabine Piérard, à la DG Santé (02 413 26 34, sabine.pierard@cfwb.be).

Pour chacune des problématiques retenues, trois types de recommandations sont proposées : mise en évidence de principes éthiques et de logiques d'action ; pratiques existantes à aménager ; nouvelles orientations des pratiques et des politiques.

Dans la mesure où des publics spécifiques sont visés dans le cadre de cette action, la Plate-Forme Prévention Sida a proposé à Ex æquo et à Sireas de pré-tester les scénarios des spots.

Ex Aequo et Sireas font partie du groupe de travail qui a suivi l'élaboration de la campagne et ces deux associations étaient donc totalement impliquées dans sa conception.

Pour les deux associations, les pré-tests se sont faits en deux étapes :

- présentation (par un permanent de la

Epidémiologie du VIH/SIDA et des maladies sexuellement transmissibles en Belgique

Au cours de l'année 2003, 1032 nouveaux diagnostics de VIH ont été rapportés dans le pays. Ce chiffre, qui est en hausse de 4,5 % par rapport à l'année 2002, fait suite à l'importante augmentation qui avait été observée entre 1997 et 2000 (+37 %) et à la hausse plus modérée des années 2001 et 2002. Sur l'ensemble de la période 1997 – 2003, le nombre annuel de nouveaux diagnostics VIH a augmenté de 49 %.

En ce qui concerne la répartition par sexe, par groupe d'âge et par catégorie de transmission, aucune modification significative n'est observée en 2003 par comparaison avec 2002.

En ce qui concerne les autres MST, il apparaît que, après une diminution très marquée au cours des décennies 80 et 90, la tendance s'inverse. Le réseau des Laboratoires Vigies a signalé une recrudescence des enregistrements de gonococcies depuis 2001, et des diagnostics de Chlamydia trachomatis depuis 2002. Parallèlement, un nombre croissant de diagnostics de syphilis a été enregistré depuis l'année 2000 par le Réseau Sentinelle des Cliniciens, principalement chez des patients masculins mentionnant des contacts homosexuels. Dans plus de 60 % de ces cas, une infection par le VIH est aussi rapportée.

Données fournies par André Sasse et Ann Defraye de l'Unité de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA à l'Institut scientifique de santé publique

Plate-Forme) de la campagne dans son ensemble et des diverses déclinaisons envisagées au niveau de la promotion à l'équipe et discussion ;

- pré-tests auprès du public cible de l'association (groupe composé d'environ 8 à 10 personnes âgées de 17 à 35 ans). On notera la difficulté de recruter des jeunes appartenant à ces deux publics cibles, surtout dans le public homosexuel.

Pourquoi une campagne de prévention des MST ?

Depuis peu et partout en Europe, on assiste à un élargissement de l'objet social des associations de lutte contre le sida puisque le thème d'une campagne d'information et de prévention n'est plus uniquement le sida mais bien l'ensemble des MST. Cette évolution est normale, certaines de ces maladies, comme les hépatites ou l'herpès touchant un plus grand nombre de personnes que le

VIH. On constate également une recrudescence récente de la syphilis et des Chlamydia par exemple.

Il ne s'agit donc pas de minimiser l'importance du sida – puisqu'il n'est toujours pas possible d'en guérir – mais bien d'informer le public sur l'ensemble des risques de transmission des MST et sur la manière de s'en protéger.

Pourquoi ce changement ?

D'abord, le plan communautaire de la prévention du sida indique qu'il faut "maintenir des programmes de prévention et d'information à l'attention du public général, en incluant des thématiques spécifiques."

C'est ainsi que le plan souligne l'importance de maintenir la question du sida à l'ordre du jour pour éviter l'installation d'un climat de démobilitation et de relâchement. Les campagnes moins ciblées, plus généralistes permettent d'éviter la stigmatisation des publics vulnérables et réduisent l'illusion selon laquelle seuls ces publics seraient encore concernés par l'épidémie. De plus, en élargissant à l'ensemble des MST, un public plus étendu peut prendre connaissance des informations actualisées. Et être ainsi sensibilisé.

Ensuite, les campagnes à l'attention du public général doivent aussi intégrer la question des autres MST.

Depuis 1997, on assiste à une recrudescence des cas de transmissions par le VIH dans notre pays. Les données épidémiologiques disponibles pour les autres MST vont dans le même sens (voir encadré). On peut donc supposer que le relâchement des attitudes préventives contre le VIH a également eu un impact négatif sur le nombre de contaminations par les autres MST. Pour lutter efficacement contre la recrudescence des MST, il est important d'offrir une information adéquate, continue et adaptée.

Cadre général et objectifs de la campagne

Les jeunes de 15 à 24 ans constituent le public cible pour cette campagne qui vise à les informer et les sensibiliser aux risques du sida et des MST et à l'utilisation du préservatif.

Le programme quinquennal de la promotion de la santé précise : "Il convient de promouvoir un comportement responsable, dans le respect de l'autre et de soi-même, tout en visant à promouvoir des actions de communication vers la population générale, dans le sens de la prévention mais aussi de la solidarité vis-à-vis des personnes atteintes."

C'est pourquoi, la Plate-Forme Prévention Sida a défini les objectifs suivants.



Objectif de santé : réduire l'incidence du sida et des autres maladies sexuellement transmissibles, en prévenant leur transmission par voie sexuelle.

Objectifs éducatifs :

- encourager les jeunes à maintenir ou à développer une attitude de vigilance par rapport au sida et aux autres MST (se protéger, protéger les autres), notamment à l'occasion des vacances et lors des festivals de musique ;
- favoriser l'accès des jeunes à l'utilisation du préservatif ;
- améliorer les connaissances et l'aptitude des jeunes quant aux modes de transmission des maladies sexuellement transmissibles et à l'utilisation du préservatif ;
- contribuer à lever les tabous et à banaliser l'usage du préservatif auprès des jeunes.

Objectifs de communication :

- valoriser l'attitude de vigilance vis-à-vis du sida que l'on soit hétérosexuel, homosexuel, belge ou étranger ;
- favoriser l'adhésion à la valeur "se protéger, protéger les autres" ;
- rappeler les règles de bon usage du préservatif.

Mais sur quels leviers convient-il de s'appuyer pour concrétiser ces objectifs ?

De multiples facteurs interviennent dans l'adoption, le maintien ou le changement des attitudes et comportements en matière de santé. Sans prétendre à l'exhaustivité ni tenter de les hiérarchiser, citons, dans le domaine de la prévention du sida et des MST :

- les facteurs socioculturels (normes, représentations en matière de sexualité, acceptation du préservatif) ;

- les facteurs socioéconomiques (accessibilité financière du préservatif);
- les facteurs environnementaux (disponibilité du préservatif);
- les facteurs institutionnels (présence de lieux accessibles où trouver aide et information);
- les facteurs éducatifs (aptitude individuelle à s'exprimer à propos de la sexualité, de la prévention...);
- les facteurs cognitifs (connaissance du problème, perception du risque...);
- les habitudes (comportements de prévention déjà bien ancrés ou pas encore installés);
- les facteurs relationnels (rôle de l'entourage, pression des pairs, attitude des partenaires sexuels);
- les facteurs affectifs (image de soi et de ses capacités à agir, image du corps...).

Tous ces facteurs interviennent dans le maintien ou la modification des comportements; aucun ne constitue LE levier unique ou suffisant pour aboutir aux changements escomptés. Ils interviennent de manières différentes selon le groupe, l'âge, le milieu social, l'histoire de l'individu, les réseaux dans lesquels il se trouve, le type de relation amoureuse...

Conformément à nos objectifs, nous optons pour une stratégie qui met en jeu :

- des facteurs culturels (familiarsation avec le préservatif, promotion des valeurs d'autoprotection et de protection d'autrui);
- un facteur économique (accessibilité économique du préservatif);
- des facteurs cognitifs (appel à la vigilance, rappel des connaissances de base);
- des facteurs affectifs (image de soi positive, liée à une valeur de responsabilité personnelle).

Quant à l'impact de notre travail, il convient de rester modeste sur le plan de la santé comme sur le plan éducatif. Il est en effet impossible d'établir une relation causale entre les campagnes d'information et de sensibilisation, d'une part, l'évolution de l'endémie et des comportements, d'une autre part.

En effet, il ne faut pas surestimer l'impact des campagnes de communication dans la modification des attitudes et des comportements, surtout dans un domaine aussi complexe que la sexualité; de manière générale, il est très difficile d'évaluer les actions de prévention du sida; enfin, les campagnes de communication des années précédentes ont vraisemblablement contribué à améliorer certaines connaissances et attitudes, mais leur rôle spécifique n'est pas directement mesurable.

Le choix de l'été s'explique par l'hypothèse

Similitude

La campagne été 2004 en France s'est également caractérisée par une intensification des actions envers les populations les plus touchées. Avec un slogan générique moins percutant mais tout aussi explicite, 'Restez fidèles au préservatif', elle a accordé une attention particulière aux homosexuels et aux populations originaires d'Afrique subsaharienne et de départements français d'Amérique.

suivante : les vacances d'été seraient plus propices à des relations sexuelles non protégées avec des partenaires de rencontre, d'où une augmentation possible des MST à la rentrée. La pertinence des campagnes d'été est donc probable.

La stratégie que nous proposons repose principalement sur la diffusion d'un outil de communication généraliste (s'adressant à la population générale), mais offrant des ouvertures vers des problématiques/populations spécifiques (homosexualité...). Cet outil s'appuie sur des spots tv/radio et des affiches et cartes postales.

La diffusion repose non seulement sur la collaboration avec les CLPS, mais aussi sur des partenariats avec d'autres relais à même de toucher les divers publics-cibles.

Plus concrètement

Durant cet été, 200.000 pochettes 'In Ze Pocket' existant en quatre versions, auront été distribuées. Réalisées avec l'implication d'un groupe de jeunes, elles contiennent un préservatif aux fruits, des informations sur la prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles ainsi que des adresses où passer un test de dépistage ou tout simplement se renseigner.

A côté de cela, 800.000 préservatifs viendront renforcer la distribution réalisée via les organismes de prévention du sida : dans le milieu festif, dans le milieu de la prostitu-

tion, des usagers de drogues, des personnes d'origine étrangère, dans le réseau commercial et associatif homosexuel, dans les centres de jeunes... Au total, pas moins d'1.000.000 de préservatifs seront donc distribués en 2004.

En deux vagues en juillet et en août, trois spots TV et radios ont été diffusés sur l'ensemble des chaînes de la Communauté française : ceux-ci mettent en situation un couple dans les prémisses amoureuses jusqu'au moment où un des partenaires souhaite aller plus loin mais en n'utilisant pas le préservatif lors de la relation sexuelle. Alors, l'autre partenaire refuse catégoriquement la relation sans préservatif et s'exclame que "Sans latex t'es déjà mon ex". Il est ensuite rappelé que le sida se soigne mais ne se guérit pas encore et qu'il convient de continuer à se protéger et à protéger les autres des MST.

Chaque spot met en scène un couple différent : un couple de jeunes hétérosexuels, de jeunes d'origine étrangère et de jeunes homosexuels. Ceci renforce l'idée que le sida touche tout le monde sans distinction de sexe, d'âge, de couleur et d'orientation sexuelle.

Ces spots sont déclinés en trois visuels, visant les mêmes publics, sous forme d'affiches, de cartes postales Boomerang diffusées en Communauté française et à la côte et d'annonces dans certains magazines soucieux de soutenir la prévention du sida.

Vu le succès rencontré par cette action l'été passé, les jeunes de l'École du Cirque ont joué cette année encore les rôles du préservatif, du virus et du spermatozoïde en revêtant d'insolites costumes. Ils ont circulé dans les festivals de musique en attirant l'attention du public, de manière sympathique et ludique, sur la prévention du sida et des MST.

Deux modes de diffusion ont été mis en œuvre : vers les particuliers par le 0800 20000 et le site www.preventionsida.org, vers les relais par les Centre locaux de promotion de la santé. En outre, dans la mesure où la campagne vise également des publics spécifiques qui sont de la compétence des organismes thématiques, tout le matériel a également été diffusé via ces organismes afin de toucher ces publics particulièrement vulnérables lors d'actions de terrain réalisées par exemple dans le milieu commercial gay.

Thierry Martin, Directeur Plate-Forme

Adresse de l'auteur : Plate-Forme Prévention sida, av. Emile de Béco 67, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02 733 72 99. Fax : 02 646 89 68.

Notre prochaine lettre d'information électronique proposera un texte de l'asbl Ex-Aequo expliquant la pertinence de la déclinaison de la campagne été 2004 vers le public des jeunes homosexuels masculins.

Nous y reprendrons aussi un communiqué de l'OMS sur 'l'Aggravation de la menace du sida dans l'ensemble de l'Europe'.

Si vous souhaitez vous y abonner, il vous suffit d'aller visiter notre site www.educationsante.be

Des généralistes préviennent...

Le cœur de 90 médecins généralistes et de 9000 de leurs patients bat au rythme de la prévention. Initié et soutenu par la Communauté française, le projet pilote de dépistage et de prévention du risque cardiovasculaire global bat son plein depuis le début de cette année, avec pour objectif plus large une évolution des pratiques en médecine générale vers plus de prévention et de promotion de la santé. Premiers résultats attendus dans les semaines qui viennent.

Responsables d'un décès sur trois, les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité en Communauté française. A l'origine, des facteurs de risque liés à notre style de vie tels que la consommation de tabac ou d'alcool, l'obésité, le stress, la sédentarité ou d'autres facteurs comme l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète.

En 2003, Nicole Maréchal, alors ministre de la Santé pour la Communauté française, avait fait de la prévention de ce problème de santé publique son cheval de bataille. « *Les facteurs impliqués dans l'apparition des troubles cardiovasculaires ayant été clairement identifiés, il faut maintenant les combattre 'à la racine', chercher à influencer certains styles de vie et proposer un dépistage adapté et ciblé* », estimait-elle.

Un combat d'envergure auquel la ministre a tenu à associer le médecin généraliste, dont le rôle « *est reconnu à la fois par la population qui voit en lui un scientifique de proximité librement choisi et par les décideurs politiques et les responsables sanitaires qui le considèrent comme le maillon essentiel de la réussite des actions de santé* ». C'est ainsi qu'était lancé, en octobre 2003, un « Programme de prévention cardiovasculaire en médecine générale », en association avec différents partenaires (Société scientifique de médecine générale, Fédération des maisons médicales, Centres universitaires de médecine générale de l'ULB, l'ULg et l'UCL, Observatoire de la Santé du Hainaut, Ecole de Santé Publique de l'UCL, Question Santé, Forum des Associations de généralistes...).

Après une phase préparatoire (concertation, état des lieux des actions de prévention menées en Communauté française, définition des fonctions nécessaires à un programme de prévention cardiovasculaire, identification des intervenants potentiels), une phase expérimentale met, aujourd'hui encore, à contribution quelque 90 médecins traitants, volontairement impliqués.

Objectif : l'identification et le suivi du risque cardiovasculaire global.

Un projet

Concrètement, huit associations de médecins (deux de plus que prévu initialement), réparties sur tout le territoire de la Communauté française, ont répondu à l'appel. Dans chacune d'elles, 10 à 15 généralistes ont accepté de participer au projet, soit 90 généralistes impliquant 9000 patients. Après avoir suivi une formation au dépistage cardiovasculaire global et à la prise en charge des facteurs de risque, ces médecins généralistes ont pour mission de sensibiliser, avec leur accord préalable, 90 patients réguliers de 30 à 75 ans pris au hasard (3 patients successifs d'une même consultation, trois fois par semaine, entre le 15 février et le 15 mai 2004) et de recueillir soigneusement, sur base d'un protocole, non seulement les données sanitaires de ces derniers mais aussi des « élément de facilitation en vue d'une amélioration des pratiques », à commencer par la réaction de la patientèle à l'initiative et ce qu'elle évoque comme facteurs freinant ou favorisant la prévention.

Pour son fonctionnement, chaque groupe a reçu un budget de 7500 euros.

Un Centre coordinateur

En amont de ce long parcours, il y a la mise en place l'an dernier en Communauté française d'un Centre expérimental de référence pour la promotion cardiovasculaire en médecine générale, réunissant les différents associés au projet (lire plus haut). Le pilotage de ce Centre de référence a été confié à la SSMG et à la Fédération des maisons médicales, avec l'appui de l'expertise du Professeur Benoît Boland.

Après avoir défini un consensus de tous les partenaires sur les recommandations en prévention cardiovasculaire en médecine générale, le Centre a rédigé un protocole détaillé reprenant les paramètres à relever en terme de dépistage (tabagisme, sédentarité, alimentation, tension artérielle, poids, indice de masse corporelle, risque cardiovasculaire global, cholestérol et glycémie).

Il a ensuite organisé les formations destinées aux généralistes participants. Pour ce faire, chaque association a envoyé deux ou trois délégués dans les réunions de formation, délégués qui ont ensuite servi de formateurs-relais auprès de leurs confrères participants.

Chargé de centraliser les données, le Centre de référence devrait tirer ces jours-ci un premier bilan de l'expérience avant de développer des outils d'information adaptés, à destination des patients et des professionnels concernés par la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire (généralistes, cardiologues mais également diététiciens, kinés, psychologues et autres professionnels de première ligne).

Des outils pratiques

Pour les aider dans leur tâche de dépistage et de prévention, les généralistes participants disposent de deux outils.

- **Une plaquette** qui leur indique « Comment déterminer le risque cardiovasculaire (RCV) global ». Une démarche rapide, centrée sur l'anamnèse et l'examen clinique, destinée à être immédiatement intégrée à la pratique courante. En posant simplement quelques questions précises, le médecin peut regrouper ses patients dans trois catégories : les patients à faible risque cardiovasculaire, les patients à haut risque et les patients à risque intermédiaire ou moyen, dont le risque est à déterminer par un examen supplémentaire (prise de sang). « *Pour cette première phase pilote, il a été demandé aux médecins de suivre en priorité les patients à haut risque en danger potentiel d'avoir un accident cardiovasculaire sérieux dans les dix prochaines années* », explique le Dr Jean Laperche, représentant de la Fédération des maisons médicales (FMM) et l'un des responsables du projet. Ces patients à risque sont donc invités à une deuxième consultation centrée uniquement sur la 'santé cardiovasculaire'.

- Pour ce faire, un deuxième outil a été créé, un **guide d'entretien** qui suggère au médecin qui revoit le patient à risque, quelques questions lui permettant de rencontrer le monde du patient, de parler avec lui de ses projets de vie, ses envies de changement, ses possibilités de changement, ses préférences dans le choix des sujets de discussion (tabac, alimentation, activité physique, excès de poids...). Il s'agit ici d'un outil destiné à aider le médecin dans l'accompagnement de son patient. L'objectif étant bien entendu de trouver des pistes permettant de travailler plus avant avec le patient autour des facteurs de risque qui le concernent, dans une négociation commune et une confiance réciproque.

Des outils d'évaluation

En parallèle de ces consultations, les médecins sont invités à répondre à des questionnaires dont les résultats permettront d'évaluer l'acceptabilité par les médecins généralistes de la stratégie mise en place et des outils conçus pour l'appliquer, ainsi que la faisabilité de cette démarche. L'impact à court terme de ce projet devrait être analysé très bientôt.

Au niveau des patients, Jean Laperche rappelle que « d'autres études ont déjà montré que les patients sont très contents que le médecin s'intéresse à eux et à autre chose que le motif initial de la consultation. Ils aiment bien qu'on les prenne en charge et qu'on s'intéresse à leur santé. » Selon lui, « quand un patient est prêt et qu'il estime que c'est une priorité dans sa vie, il revient facilement. Tant qu'il n'est pas prêt, il ne faut pas le lui proposer. Mais s'il a envie de faire quelque chose pour son poids ou pour son cœur, il revient pour en parler. Le médecin peut alors petit à petit voir ce qu'il y a moyen de mettre en place pour la fois suivante : une consultation chez une diététicienne, un peu d'exercice physique... Des petites choses toutes simples mais qui ont été validées dans la littérature et qui apportent des bénéfices rapidement et visiblement, ce qui est encourageant pour le patient. »

Par contre, côté médecins, il semblerait que la cause ne soit pas encore entièrement gagnée. « Les médecins sont un peu déstabilisés parce qu'ils ne sont pas habitués à ce type d'approche », explique le Dr Laperche. « Outre le fait qu'une certaine résistance persiste encore dans le chef des praticiens en matière de prévention, les médecins adhérant au projet doivent assumer une surcharge de travail (notamment administratif), et une consultation supplémentaire essentiellement axée sur l'entretien et la

communication dans laquelle certains sont parfois un peu moins à l'aise. »

L'un des objectifs de ce projet est d'ailleurs aussi de faire naître des changements dans le comportement du généraliste. Un 'questionnaire sur la prévention cardiovasculaire' (remplis par les médecins participants en début et en milieu de parcours) permettra ainsi d'évaluer l'évolution des connaissances, attitudes et pratiques déclarées. Enfin, des baromètres (intérêt, utilité, utilisation...) et un 'questionnaire d'évaluation finale' seront soumis en octobre prochain à l'ensemble des médecins participants.

Une philosophie au long cours

« C'est vraiment une dynamique positive d'approche centrée sur la personne », explique le Dr Jean Laperche. « Les généralistes sont notre premier public. On leur donne des outils pour les aider et on leur fait confiance. Le généraliste est habitué à faire confiance au patient. Nous, nous faisons confiance au généraliste. » Une philosophie d'action plus efficace que les contraintes ou les interdits, et par ailleurs appréciée, commente le Dr Laperche.

Cette expérience de prévention cardiovasculaire devrait, à terme (c'est-à-dire en septembre 2005 selon le calendrier initial), être généralisée à l'ensemble de la Communauté française. Mais le Dr Laperche reste prudent. « On va d'abord élargir le projet à quatre autres groupes de praticiens et suivre ces 12 groupes à partir de septembre 2004. » Outre les inévitables impératifs budgétaires, Jean Laperche prône pour une évolution progressive, préférant la diffusion en tâche d'huile aux grands chambardements...

En aval devraient également intervenir les autres professionnels – médecins spécialistes et autres intervenants de première ligne. Un Comité scientifique, dont la com-

position reflète les propositions de chacun des partenaires de 2003, se penchera sur ce projet début octobre 2004. « On devra aussi établir des liens avec les autres centres de référence : dépistage du cancer du sein, sida... », explique Jean Laperche. « Ça paraît éloigné mais quand on dépasse l'aspect maladie (cancer, cœur...), on se rend compte qu'en amont, les déterminants de santé sont les mêmes : tabac, style de vie, activité physique, etc. On a intérêt à avoir un socle commun pour une approche globale de la santé et qui passe toujours aussi par la médecine générale. C'est vers ça que l'on tend maintenant. Et il faudra que ça ait une pertinence et une cohérence pour le généraliste qui va être sur-sollicité... »

Un programme en parfaite harmonie avec le décret de promotion de la santé revu l'an dernier et qui intègre maintenant la médecine préventive. « Ce décret oblige les acteurs à se concerter », remarque le Dr Jean Laperche. « Si pour les médecins, les obstacles réels sont nombreux quand ils veulent faire de la prévention, au niveau des mentalités, le grand public, les patients sont prêts, ils sont demandeurs. L'adage 'Mieux vaut prévenir que guérir' fait partie de la culture. Le problème se pose au niveau des médecins qui sont d'abord préoccupés par les maladies, qui veulent une réponse concrète à une demande immédiate. Là, il faut tout doucement les sensibiliser à ne pas donner qu'une réponse immédiate et penser aussi à des choses que les gens ne demandent pas. Ça bouge un peu mais il y a encore du chemin à faire... »

Myriam Marchand

Centre expérimental de référence pour la promotion cardiovasculaire en médecine générale, c/o SSMG, rue de Suisse 6, 1050 Bruxelles. Courriel : ssmg@ssmg.be.

« Prenons le temps de vivre ensemble »

Un slogan pour deux campagnes de promotion de la bientraitance

Le contexte que nous connaissons actuellement autour de la maltraitance est empreint, à juste titre, d'une très forte émotion. Le procès Dutroux a envahi notre quotidien pendant plusieurs mois, et pouvait dans une certaine mesure donner une fausse image de la maltraitance. Très clairement, les données statistiques démontrent que les faits de maltraitance sont commis majoritairement au sein de la famille ou de l'entourage proche de l'enfant.

Un pervers du type « Dutroux » est donc heureusement exceptionnel. Je tenais absolument à donner une autre résonance à ce qui est apparu un peu trop rapidement comme étant le cas représentatif de la maltraitance des enfants. Afin d'étayer cette réflexion, il suffit de se pencher sur les données recueillies par les 14 équipes S.O.S. Enfants. Les pères représentent 18 % des auteurs de maltraitance, les mères 13,5 %, le couple parental 26 %, un

membre de la famille élargie 7 %, un ami de la famille ou du voisinage 3,5 %... et un inconnu en dehors de la sphère familiale et/ou proche de la victime seulement 4,5 %
Il est de la responsabilité du ministre chargé de l'aide aux enfants victimes de maltraitance de mettre en œuvre les politiques qui permettront d'une part de prévenir la maltraitance et d'autre part d'assurer une prise en charge optimale des victimes.

Il m'a donc semblé indispensable de diffuser certains outils et d'élaborer une campagne spécifique à destination des enfants. Mais ces outils ponctuels ne pourraient être utiles et efficaces sans une assise. C'est pourquoi depuis 2000, j'ai tenu à mettre en place une véritable politique de prévention en matière d'aide aux enfants victimes de maltraitance, à l'attention des professionnels mais aussi du grand public.

La campagne Yapaka, vers les adultes

Parce que prévenir la maltraitance, c'est agir sur la parentalité, sur les relations entre parents et enfants, il s'agissait de sensibiliser les parents qui ont une responsabilité éducative à l'importance d'un dialogue, d'une certaine disponibilité envers leurs enfants. Adultes et enfants ne vivent pas les choses de la même façon ni au même rythme, il est sans doute utile de le rappeler sans pour autant culpabiliser. Il me paraît évident que certaines situations de vulnérabilité générées par le quotidien, comme le stress, les difficultés financières, le manque de temps, les conflits de couple... peuvent entraîner des comportements de négligence ou de violence vis-à-vis des enfants.

Destinée au grand public, la campagne « Yapaka » a pour objectif de remettre au cœur des familles la nécessité de parler, de prendre un peu de temps, pour se comprendre et ainsi mieux vivre ensemble. Fondée sur une approche globale et positive du développement de l'enfant, les spots audiovisuels, le magazine « Yapaka » distribués auprès de 750.000 familles et professionnels, et les autocollants qui invitaient les enfants à créer eux-mêmes des messages ont ainsi été élaborés sur base de dialogues de la vie quotidienne entre adultes et enfants.

En avril 2002, une première diffusion de spots, à partir de huit scènes de la vie quotidienne, « mises en bulles », poursuivait l'objectif de sensibiliser les adultes à la différence de rythme, de regard et de perception entre adultes et enfants. Cette mise en perspective de la relation du parent avec son enfant dans un contexte de tous les jours invitait à une prise de recul, un questionnement sur sa façon d'être.

Soutenir des relations parents-enfants harmonieuses favorisant le bon développement de l'enfant prévient des situations ou des événements de maltraitance qui peuvent survenir dans des contextes à risque ou des situations de fragilité.

En continuité, une seconde série de spots ouvre à la parole cette année. Huit témoignages donnent le ton et illustrent le fait



que parler n'est pas dangereux. En parler, demander un coup de main, offrir son aide, solliciter une personne compétente... sont autant d'actes vers la bientraitance. Inviter à la parole, à des conseils extérieurs et faire percevoir que dans certains cas, c'est grâce à l'aide apportée par un ami, un voisin, un professionnel... que l'on a pu se sortir d'une situation compliquée. Demander de l'aide n'a rien de honteux, la compétence parentale et éducative se construit dans le recours aux autres, à l'autre parent, à sa famille, son réseau, ainsi qu'aux professionnels.

Parallèlement, cette campagne véhicule également un autre message : ce sont bien les adultes qui sont responsables du bon développement de l'enfant, de son bien-être. C'est sur ces constats que se fonde une autre approche de la prévention de la maltraitance par la promotion de la bientraitance. Le slogan « Prenons le temps de vivre ensemble » souligne également la confiance en l'adulte et table sur ses potentialités de parent et d'éducateur.

Evoquer la responsabilité des adultes, c'est aussi, en filigrane, évoquer la sécurité des enfants. Certaines anciennes campagnes de prévention visaient à alerter l'enfant, à développer sa vigilance... Bref, à le rendre responsable. L'analyse de ces campagnes a fait prendre conscience du poids trop lourd qui pesait sur les épaules des enfants.

De nombreuses évaluations portant sur des actions de prévention auprès des enfants attestent, non seulement, de leurs difficultés à se protéger en situation de risque mais aussi des effets secondaires négatifs que pouvaient générer ces campagnes. De tels effets négatifs, comme des manifestations d'angoisse, ont ainsi été très clairement identifiés suite à une information que les enfants n'étaient pas capables d'entendre ni de comprendre car il était tout simplement trop tôt, les enfants n'étant pas encore suffisamment développés sur le plan psychologique et affectif.

Avant 2000, et cela durant plus de 15 ans, des actions de prévention ont été dévelop-

pées mais de façon ponctuelle et locale. Ces actions, même si certaines étaient positives, restaient limitées dans leurs effets et dans leurs relais. On évitait, par exemple, de replacer l'action dans son contexte : on parlait ainsi d'abus sexuel sans parler de relation affective et sexuelle. La diversité et la disparité des actions ainsi que le manque de stratégie pédagogique étaient même préoccupantes quant aux conséquences (et inconséquences) des messages et des effets.

Une vie de chien ?, pour les enfants

Si l'inefficacité de la grande majorité des actions évaluées a été démontrée, il n'empêche que l'on doit reconnaître à l'enfant une part active et une capacité à développer lui-même une action de protection.

Auprès des jeunes, il convenait donc d'imaginer une action à leur niveau de compétence et d'aptitude. En effet, l'enfant est acteur de son histoire. Il est un interlocuteur indispensable de toute action pensée à son profit... mais dans une démarche ajustée à ses capacités et à ses moyens.

Ces réflexions ont abouti à une œuvre : « Une vie de chien ? », qui s'inscrit en toute « simplicité » dans la vie quotidienne de l'enfant.

Distribué à tous les élèves de 4^e primaire, ce livre contient l'information quant aux droits de l'enfant et un carnet d'adresses qui permet à chaque enfant de constituer son répertoire de ressources et d'aide. Ce carnet d'adresses invite, en effet, l'enfant à faire le point sur son réseau de relations et d'aide, d'abord à partir de ses ressources familiales et amicales mais aussi à partir d'un réseau de professionnels auxquels il peut faire appel. Cette information a été donnée par les enseignants qui ont été chargés de la distribution du livret dans le courant de l'année scolaire 2003-2004. L'enseignant dispose, par ailleurs, d'une lettre d'information explicative quant à la démarche et ses objectifs ainsi que d'une liste des différents services accessibles à l'enfant.

« Une vie de chien ? » propose à l'enfant, mais aussi à l'adulte, de s'inscrire dans la démarche que je viens d'évoquer. En d'autres termes, il importe d'impliquer l'enfant à partir de son questionnement au quotidien, à partir de ses doutes, de ses craintes mais aussi de ses ressources et de celles de son environnement. Ce sont les illustrations qui permettent à l'enfant et à l'adulte d'entrer dans un univers de questions. En partant de sa propre réalité, chacun, enfant et adulte, pourra construire une réflexion.

Ce livre a été offert à 60.000 enfants, autant d'enfants qui ont relayé ce message en famille, entre amis... participant ainsi à l'ouverture de la parole.

C'est l'attention accordée aux enfants, à leurs parents, à la famille dans le respect de leur histoire qui participe à une véritable prévention en terme de bientraitance.

En partenariat avec RTL, Club RTL, Bel RTL, Nostalgie et N.R.J. ainsi que les télévisions communautaires, j'ai tenu à donner un relief supplémentaire à ce livre. C'est ainsi qu'*Une vie de chien ?* a donné naissance à huit spots télé et radio avec le même slogan final que

celui de la campagne destinée aux adultes, « Prenons le temps de vivre ensemble ».

L'idée de la réalisation d'une version radio – télé de l'outil vient des enfants et des adultes, enseignants et parents. Le partage d'un repas, l'arrivée d'un petit frère ou d'une petite sœur, le respect de son intimité, le temps accordé pour rêver... autant de réalités qui permettent d'aborder la prévention de la maltraitance de manière globale et non stigmatisante, en parlant du bien-être de l'enfant dans son développement au quotidien. Dans le contexte du procès de Marc Dutroux, cette approche répondait au besoin de rassurer l'enfant, de lui donner un cadre sécurisant. C'est pourquoi nous avons pensé à mettre en images et en mots ce livret.

En effet, l'accueil favorable par l'ensemble des classes l'est aussi par la réaction enthousiaste qu'il a suscitée auprès de tous : des enfants qui retiennent principalement les thèmes des câlins et des disputes jusqu'aux enseignants qui sont touchés par des thématiques telles que la violence et la colère.

Des parents et grands-parents adressent des demandes afin d'en parler avec les

frères et sœurs. L'utilisation et le plaisir qui se dégagent autour du livre *Une vie de chien ?* traduisent l'importance de l'aspect relationnel entre adultes et enfants et de la confiance entre eux. « Prenons le temps de vivre ensemble » prend ici tout son sens.

Avec le nouveau décret relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance qui renforce les équipes S.O.S. Enfants dans leurs missions de prévention et de prise en charge, avec le livre *Procès Dutroux, penser l'émotion*, recueil de trente textes qui nous invitent à la réflexion et avec ces campagnes *Yapaka* et *Une vie de chien ?*, ma volonté était de travailler à une véritable démarche de prévention au niveau de toute la Communauté française par le biais d'un programme de fond sur lequel s'appuient des actions plus spécifiques et plus ponctuelles lorsque des événements l'imposent.

Nicole Maréchal, ancienne ministre de la santé de la Communauté française

Pour tout renseignement sur les campagnes et les outils : www.yapaka.be

Un premier bilan complet du démarrage du programme mammothest

L'Agence Intermutualiste (AIM) est une asbl dont le travail consiste à traiter les données de différents organismes assureurs, à les analyser et à établir des recommandations pour améliorer le système des soins de santé. Elle publie aujourd'hui son deuxième rapport sur le programme de dépistage du cancer du sein, couvrant la période de 1999 à 2002.

En accord avec les recommandations de *L'Europe contre le cancer*¹, le programme de dépistage du cancer du sein a pour but de dépister toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans une fois tous les deux ans au moyen d'une mammographie de dépistage. En Flandre, le dépistage du cancer du sein par mammographie a débuté le 15 juin 2001. En Wallonie et à Bruxelles, les programmes ont commencé un an plus tard, en juin 2002².

Le premier rapport de l'Agence intermutua-

liste, publié en 2002 avait, à l'époque, suscité beaucoup d'intérêt de la part des services et institutions en charge de l'organisation et de l'évaluation de ce programme de dépistage sur le terrain. Les organismes assureurs disposent en effet de données auxquelles les centres de dépistage n'ont pas accès, telles que les caractéristiques sociales des femmes, les mammographies hors campagne et les échographies du sein. Dans son deuxième rapport, l'Agence intermutualiste développe tout d'abord une analyse prudente du taux de couverture atteint grâce au programme en comparant la période 1999-2000 avec la période 2001-2002 au cours de laquelle les différentes campagnes ont démarré dans les trois régions du pays. Ensuite, elle étudie en détails les examens complémentaires réalisés suite à une mammographie avant de jeter un coup d'œil aux coûts associés au dépistage du cancer du sein.

L'Agence intermutualiste espère que les différents acteurs de terrain considéreront ce rapport comme un instrument utile afin d'évaluer leurs activités et de les améliorer si nécessaire.

Amélioration sensible de la couverture totale

A partir de juin 2001, un code spécifique de la nomenclature en soins de santé a été prévu pour la *mammographie de dépistage (ou mammothest)*, venant s'ajouter à l'ancienne mammographie 'diagnostique'. Cet examen de dépistage peut seulement être exécuté dans des centres radiologiques agréés où appareillage, méthodes de travail et personnel doivent satisfaire à de sévères exigences de qualité. En outre, la mammographie de dépistage doit être obligatoirement accompagnée d'une deuxième lecture indépendante. L'objectif dans le cadre d'un dépistage organisé du cancer du sein est de substituer à la mammographie diagnostique existante cette mammographie de dépistage, qui offre de meilleures garanties de qualité. Les résultats présentés dans ce rapport laissent entrevoir que dans la pratique ce changement ne s'est pas encore fait de manière satisfaisante.

Etant donné que la situation est encore en pleine évolution, ce rapport désigne par 'couverture totale' le taux de couverture quel que

¹ *L'Europe contre le cancer* est un programme de l'Union européenne basé sur un partenariat multidisciplinaire entre scientifiques, autorités, organisations non gouvernementales, groupes de pression et médias. Son objectif est de soutenir la prévention et le dépistage du cancer et de contribuer à la formation et à l'information en matière de cancer.

² Voir notamment Education Santé n° 188 et 189.

soit le type d'examen utilisé : mammographie de dépistage ou mammographie diagnostique. Voici ce que cela donne :

mammographie de dépistage réalisée dans les centres reconnus s'opère en Flandre. Lors du second semestre de 2002, en Flandre,

Une telle approche diagnostique dans une population en grande majorité saine doit inévitablement mener à un très grand nombre de résultats faussement positifs et à leur cortège d'inquiétude et de médicalisation inutile, sans pour autant que la qualité et le suivi soient suffisamment contrôlés. En outre, la sécurité sociale paie ici un coût élevé injustifié : actuellement, la combinaison d'une mammographie diagnostique et d'une échographie coûte deux fois plus qu'une mammographie de dépistage !

En résumé, nous pouvons dire qu'une évolution favorable est constatée en ce qui concerne la couverture et le recours à l'examen de dépistage de qualité. Toutefois, il reste encore du chemin à parcourir. Médecins et population doivent être mieux informés quant aux garanties de qualité qu'offre un bon dépistage, ainsi qu'aux dangers d'une utilisation inappropriée de l'approche diagnostique dans une population de femmes en grande majorité saines.

Kristel Degauquier, Anne Remacle, Valérie Fabri et Raf Mertens, Programme de dépistage du cancer du sein, Période 1999 - 2002, Rapport n°2 de l'Agence intermutualiste. Adresse : IMA-AIM, chée St Pierre 373, 1040 Bruxelles.

Le rapport complet peut être téléchargé à partir du site des différentes mutualités : www.mc.be, www.mutualites-neutres.be, www.mutsoc.be, www.mut400.be, www.mloz.be, www.caami-hziv.fgov.be. Il peut aussi être consulté sur le site www.cin-aim.be (mise en ligne prévue en septembre 2004).

Couverture totale par région et par période de 2 ans

	1999-2000	2001-2002
Bruxelles-Capitale	45 %	52 %
Flandre	33 %	49 %
Wallonie	45 %	49 %
Total	38 %	50 %

Source : Agence intermutualiste, juin 2004

La couverture totale en Belgique passe de 38 % en 1999-2000 à 50 % en 2001-2002. On peut donc estimer qu'en Belgique, une femme sur deux appartenant au groupe cible a été effectivement examinée. Plus de 80 % de ces femmes se font dépister une seule fois tous les deux ans, comme prévu par le programme. A côté de celles-ci, 15 % des femmes se font examiner une fois par an. Grâce à la campagne de dépistage, la Flandre rattrape son retard par rapport à Bruxelles et à la Wallonie.

Au cours de la période 1999-2000, nous constatons que la couverture totale est plus grande chez les femmes plus jeunes (50-54 ans). En 2001-2002, la couverture croît plus fortement chez les femmes plus âgées et dans le groupe des pensionnées. Ceci réduit la différence entre les groupes d'âges mais ne l'efface pas entièrement.

Mammographie diagnostique ou mammothest ?

Depuis le début de la campagne, un transfert de la mammographie diagnostique vers la

presque la moitié des mammographies ont eu lieu dans un centre agréé, et ont donc été suivies d'une seconde lecture.

En Wallonie, où la campagne n'a débuté que fin 2002, le rapport est seulement de 7,5 %. La Région de Bruxelles-Capitale occupe une place intermédiaire avec 23 %.

Un des indicateurs de l'efficacité de la campagne est le pourcentage de cas où on fait des examens d'imagerie médicale complémentaires (échographie, IRM) après une mammographie : selon *L'Europe contre le cancer*, cela devrait se produire dans moins d'1 cas sur 20. Et en effet, en 2002, un examen complémentaire n'est réalisé en Belgique que pour 5 % des mammographies de dépistage, conformément aux critères de qualité européens.

Par contre, 79 % des mammographies diagnostiques sont suivies d'un examen complémentaire, principalement par une échographie du sein. Vu leur grand nombre, nous devons pourtant conclure que ces examens complémentaires sont bien utilisés de façon prépondérante à des fins de dépistage.

Migrations : grandir entre deux mondes

Pris entre la culture de leurs parents et les valeurs de l'école, les enfants de migrants ont souvent du mal à se structurer. Un mal-être auquel une clinique de psychopathologie transculturelle de la région parisienne tente de remédier.

A priori, c'est une clinique française comme les autres : la propreté de ses sols, le calme de ses couloirs décorés sobrement, une famille qui attend patiemment que l'on s'occupe d'elle, quelques livres, des contes pour enfants afin que le temps paraisse moins long aux plus petits...

Ici, les patients affluent de toute la région parisienne, voire de province, pour venir consulter dans la clinique transculturelle, spécialisée dans l'enfance et l'adolescence,

située dans une annexe de l'hôpital Avicenne, à Bobigny dans la banlieue de Paris. Avicenne constitue un peu le dernier recours pour ces familles de migrants quand les démarches antérieures, auprès de médecins, psychothérapeutes ou assistantes sociales se sont révélées vaines. Ou quand elles éprouvent le besoin de parler des "choses du pays", comme l'intercession des ancêtres. Et la liste d'attente est longue. Vingt-cinq nouvelles familles se présentent chaque semaine. Il n'est pas rare de devoir attendre une année avant d'obtenir un rendez-vous.

Les enfants de migrants sont doublement vulnérables : "S'il n'y a pas de souffrance spécifique à ces enfants, ils ont en revanche deux fois plus de travail à faire que les autres

pour se structurer", explique la directrice du service, Marie Rose Moro. Car les parents, déjà plus touchés que la moyenne par les difficultés sociales, ne disposent pas toujours des outils nécessaires pour préparer leur progéniture à entrer dans un monde, à commencer par l'école, qu'eux-mêmes comprennent parfois mal, voire qu'ils ressentent comme hostile ou effrayant.

La migration génère non seulement des malentendus mais, surtout, elle malmène brutalement la transmission des savoirs entre les générations. Toutefois, "le plus délicat, pour les enfants, n'est pas de se structurer dans un monde et dans l'autre mais de passer d'un monde à l'autre, d'apprendre à faire le lien", souligne le D^r Moro.

Bilinguisme à deux vitesses

Une aventure périlleuse qui peut devenir angoissante et hasardeuse sans l'aide des "passeurs culturels", que constitue l'équipe des 70 thérapeutes d'Avicenne, venus de tous horizons, et des traducteurs (pour les patients qui préfèrent s'exprimer dans leur langue maternelle). Sans cette médiation, l'enfant risque de souffrir d'une perte de repères et de développer des troubles du comportement, des accès de violence ou même un repli identitaire qui, face à un sentiment de rejet, le conduit à vouloir "imposer sa propre identité, quitte à la caricaturer". Autant de souffrances qui mènent tout droit à l'échec scolaire. Un véritable "gâchis" aux yeux du Dr Moro.

Mamadou (8 ans), lui, s'est réfugié dans le mutisme. À l'école, il ne parlait que très peu, bien que la maîtresse attende de lui qu'il se montre curieux et pose des questions. Mais son père, imprégné des traditions bambara du Mali, son pays d'origine, jugeait qu'un enfant ne doit pas questionner mais attendre d'être mûr pour comprendre. Alors, pris entre ces deux logiques contradictoires, face à un dilemme visiblement insoluble, le petit Mamadou a préféré se taire en classe plutôt que d'avoir à choisir entre les deux mondes. Avec l'aide des thérapeutes, il a progressive-

ment appris à faire co-exister en lui ces deux mondes, familial et scolaire, si différents, et à aller et venir entre les deux, sans avoir l'impression de renier son père ou de tourner le dos à son identité d'origine. Ce qui, peu à peu, lui a permis de s'ouvrir et de progresser en classe. En général, il suffit de trois mois pour débloquer ces problèmes de mutisme.

Autre exemple : le bilinguisme. "Il est valorisé quand il s'agit du japonais, de l'anglais ou de l'allemand mais vu comme une difficulté, un obstacle, dès que l'enfant parle le soussou ou le wolof", poursuit le Dr Moro. Des études ont pourtant montré que le bilinguisme, quel qu'il soit, améliore les capacités langagières. Mais face aux préjugés extérieurs, qui leur renvoient une image dévalorisante d'eux-mêmes, "moins de 10% des enfants de migrants sont bilingues, parlent un français approximatif et s'appauvrissent", déplore la psychiatre.

Un défi pour l'école française

Et selon cette dernière, loin de concerner quelques individus déboussolés en mal de reconnaissance, ces questions constituent un véritable "défi" pour l'école française dans son ensemble. La thérapeute invite le pays à repenser, sans le mettre en cause, son principe fondateur qu'est l'universalité

républicaine, trop abstrait pour que l'égalité de principe puisse s'opérer dans les faits. Car selon les chiffres officiels, en France, plus de 4 millions des 58,7 millions d'habitants sont d'origine étrangère, dont 1,7 million viennent d'Afrique, avec un solde migratoire qui voit en moyenne 50.000 nouveaux venus chaque année. C'est relativement peu mais assez, en ces temps de mondialisation, pour rendre le métissage inéluctable.

Le Dr Moro invite donc l'école à intégrer ces réalités, à être plus "à l'écoute" des différentes cultures qui la peuplent et à faire preuve de "créativité" afin de s'enrichir de cette altérité, au lieu d'en faire une source de conflit. Parmi ses propositions concrètes : des ateliers de langues ou d'histoire censés ouvrir (tous) les enfants sur le monde... Mais, pour l'instant, il est peu probable que le système scolaire s'attelle à de telles innovations alors qu'il est déjà en crise avec la suppression annoncée de plusieurs milliers de postes d'enseignants et d'aides éducateurs dans les deux années à venir.

Christelle Carroy, InfoSud - Syfia

Pour en savoir plus : *Enfants d'ici venus d'ailleurs*, Marie Rose Moro (Hachette Littératures, 2002)

Communes en santé

Le 6 mai dernier, à l'occasion d'une visite à Neufchâteau (une des quatorze municipalités retenues lors de l'appel à projets locaux, voir plus bas), Nicole Maréchal rappelait en ces termes la philosophie qui sous-tend son engagement de longue date pour la promotion de la santé au niveau local.

Il est toujours intéressant et motivant pour moi de me rendre compte directement, sur le terrain, de vos espoirs, de vos possibilités et de vos difficultés d'acteurs en première ligne.

Vous savez que, durant mon mandat, j'ai souhaité favoriser les politiques locales et communales de promotion de la santé. Ce souhait n'est pas né du hasard, ni d'un caprice.

Les actions de promotion de la santé se développent dans la participation des individus ou des groupes, dans l'intersectorialité (la santé n'étant plus l'apanage du seul secteur médical) et dans la proximité. L'objectif essentiel est de travailler sur les facteurs qui déterminent la santé.

On sait en effet combien le statut social ou professionnel, le niveau d'éducation, le cadre de vie physique mais aussi relationnel, culturel, affectif sont des facteurs déterminants de la santé. Il faut donc les prendre en compte dans une approche globale et par des stratégies mobilisant divers secteurs de la vie sociale.

Il paraît assez évident que, grâce à la proximité entre la population et les pouvoirs publics au niveau d'une commune, la participation des habitants est facilitée.

La distance entre le bourgmestre, les échevins, les conseillers communaux et les habitants n'est pas trop grande et permet aux uns d'être plus directement à l'écoute et aux autres de se faire entendre.

Si à priori la commune dispose de compétences limitées en matière de santé (hygiène publique, application de la loi sanitaire, gestion des hôpitaux via les CPAS, de maisons de repos, de services d'aides familiales...), sitôt qu'on aborde les décisions prises en matière d'environnement, d'enseignement,

d'aménagement du territoire, de politiques sociales, on constate qu'elles influencent l'état de santé des populations.

La proximité au sein des communes entre les différents secteurs et avec les pouvoirs locaux favorise également leurs collaborations. Les gens se croisent, se parlent, se rencontrent... Or, la participation des citoyens aux projets qui concernent leur santé, et le partenariat entre les acteurs de différents domaines sont deux objectifs prioritaires en promotion de la santé. Voilà pourquoi j'ai voulu développer au niveau communal la promotion de la santé.

Dans cette optique, j'ai lancé un premier appel à projets à l'intention des communes en 2002. En 2004, comme les deux années précédentes, une enveloppe budgétaire de quelque 250.000 € a été réservée à cet effet. Une quinzaine de projets ont ainsi été retenus.

A chaque fois, trois critères essentiels ont guidé mes choix. Ce sont :

- l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des citoyens ;

- la réduction des inégalités sociales en s'appuyant sur l'intersectorialité et les collaborations locales ;
- une participation citoyenne réelle tant dans la définition des besoins que dans la construction du projet qui vise à y répondre.

Je pense que de tels projets montrent que la participation des citoyens et les partenariats ne sont pas des gadgets à la mode mais bien des manières d'agir qui sont efficaces, qui portent de plus beaux fruits que les projets menés sans implication des habitants et sans dépassement des barrières entre le social, l'éducation, l'environnement... et la santé.

La volonté des pouvoirs publics de s'engager pour la santé de la population, avec la population, est une chance pour les habitants d'une commune.

Afin de soutenir ces volontés au sein des communes, j'ai également initié la mise en œuvre d'un réseau de mandataires communaux (il compte aujourd'hui environ 350 mandataires pour 280 communes). La décision de proposer une structure en réseau se base sur la conviction que ce cadre permet de construire une force collective plus importante que la juxtaposition des forces particulières.

La mise en contact et la confrontation d'expériences créent au fil du temps une expertise en promotion de la santé communale.

Nicole Maréchal, ancienne ministre de la santé de la Communauté française

Les projets retenus

Suite au deuxième appel à projets communaux¹, 27 dossiers ont été introduits, et 14 d'entre eux ont été retenus.

Anderlecht

Le projet a pour but de promouvoir la santé des habitants de différents quartiers très défavorisés de la commune via la mise en circulation d'un bus Info-Santé. Ce projet est largement pris en charge par la commune (achat du bus, prise en charge du salaire du personnel infirmier...). Le projet repose sur un partenariat local. Il est le résultat d'une large concertation. L'objectif du projet est d'aller à la rencontre de certains publics qui éprouvent des difficultés à consulter des services existants ou qui résident dans des quartiers manquant de structures de santé. L'absence de budget pour engager un chauffeur pour le bus semble actuellement freiner le développement du projet.

Binche

Le projet vise l'amélioration de la santé mentale et physique des jeunes mères de 18 à 25 ans (bénéficiant du RIS) ainsi que celle de leurs enfants. Il se base sur les attentes que certaines de ces jeunes femmes ont adressées à l'assistante sociale du CPAS.

Les objectifs du projet sont multiples :

- préparer l'arrivée de l'enfant ;
- *dédramatiser* la précarité sociale dans laquelle vivent ces jeunes femmes ;
- aider ces jeunes mères à prendre soin de leur enfant au quotidien (hygiène, alimentation, prévention accidents domestiques, suivi médical...);
- stimuler l'éveil de l'enfant tout en favorisant les interactions mère - enfant ;
- favoriser la requalification de ces femmes au niveau social, professionnel...

Charleroi

Le projet vise à permettre aux habitants du quartier de Dampremy d'acquérir, de s'approprier et d'utiliser des outils pour l'amélioration de leur propre santé. Il prévoit l'analyse, la récolte des besoins et demandes des habitants, puis la mise sur pied d'une « Maison des familles » afin de développer des projets en collaboration avec les partenaires et les habitants.

Chastre

La commune a développé un processus communautaire local avec mise en place d'une pratique de réseau (plans sociaux intégrés, action de lutte contre l'exclusion sociale).

Dans le cadre de la prévention des assuetudes, les partenaires ont établi une cellule de réflexion qui a élaboré une stratégie d'action ayant abouti à la création d'un vidéogramme par des jeunes sur le thème de la consommation de cannabis. La demande porte sur la suite du projet qui vise à exploiter l'outil dans le cadre de séances d'information à destination des jeunes et d'un public familial élargi (2 ateliers : un pour les jeunes, l'autre pour les adultes). Dans ces ateliers, on aborderait la dépendance et ses représentations au départ du thème du cannabis. A la suite de ces soirées-débat, de nouveaux constats devraient permettre d'ouvrir de nouvelles pistes d'actions.

Durby

Projet de recherche-action. Analyse / enquête sur la santé, les besoins et les ressources, puis mise en place d'une politique concertée de promotion de la santé avec des projets investissant les comités de village.

Enghien

Le projet prévoit la création d'un centre de documentation, d'outils pédagogiques et formations visant à offrir aux relais locaux un espace de formation permanente en promotion de la santé. Le projet repose sur une demande des acteurs locaux. Il prévoit un partenariat intersectoriel. L'opérateur semble avoir une bonne expérience des projets participatifs.

La Bibliothèque communale chargée de promouvoir le projet en assurera la pérennité.

Jette

Le projet vise à récolter la parole des personnes âgées afin de mettre en place des actions pour améliorer leur intégration dans le quartier et ainsi leur bien-être. Le projet se base sur une coordination des partenaires et la mise en place d'activités qui impliqueraient progressivement les personnes dans le projet. Planification sur deux ans.

Liège

Le projet vise le soutien d'un groupe de pilotage interdépartemental chargé d'organiser « la semaine santé » et d'une manière plus générale « d'influer sur la mise en œuvre de politiques efficaces ». En 2003, certaines actions se sont déjà déroulées : les exemples donnés sont des informations générales principalement à destination du personnel communal (tuberculose, ostéoporose, séropositivité dans les pays en voie de développement).

Manage

Continuation et renforcement d'un projet déjà existant. Plusieurs actions s'additionnent autour du thème de la santé : une journée santé, un calendrier santé, une campagne d'information diététique, des fiches santé avec médiatisation accrue par rapport à ce qui a été fait jusqu'à présent. Un coordinateur permettra d'établir des liaisons entre les anciens et les nouveaux partenaires et avec la population, d'aller vers des populations ne participant généralement pas aux activités, de guider dans la mise en place de nouveaux projets. Le financement pendant deux ans permettra d'établir une structure plus élargie.

Mons

Le projet vise à mettre en place une plateforme d'observation et d'actions en matière de santé. Il s'inscrit dans les démarches déjà initiées au sein de la commune (plateformes d'observations et d'actions en faveur des personnes vulnérables).

Le projet, en ce qui concerne les conditions d'adhésion communale, est au stade des

¹ Deuxième appel à projets communaux de promotion de la santé, *Education Santé* n° 183, octobre 2003.

intentions. Il est néanmoins intéressant dans ses objectifs d'établir un inventaire des ressources, de discuter entre partenaires publics et privés (milieu associatif) en vue de mettre en place des synergies et des partenariats entre les différents acteurs. La création de groupes de travail au sein de la plate-forme devrait permettre dans un second temps de dégager des pistes d'actions.

La participation de la population est explicitement prévue.

Neufchâteau

Le projet repose sur l'identification de deux besoins :

- mieux repérer les ressources locales en matière de santé et d'accompagnement social en vue de créer une plate-forme sociale ;
- réduire les inégalités de santé en prenant en compte leurs racines sociales : sensibilisation de la population mais aussi adoption de mesures visant à améliorer les condi-

tions de vie en matière de logement, accès aux activités sportives et culturelles...

Quiévrain

Un projet d'éducation à la santé en milieu précarisé en faisant des enfants des ambassadeurs de santé. La Commune estime que la santé s'est dégradée chez les habitants de l'entité (alcoolisme, drogue, alimentation), faute de promotion de la santé. En sensibilisant les enfants des milieux précarisés, via les écoles et les associations en contact avec les familles, la Commune veut faire des enfants « des vecteurs de santé ».

Soumagne

Le projet vise des personnes âgées : enquête pour analyser leurs besoins la première année (questionnaire et contacts directs); la seconde année sera consacrée à la mise en place des actions découlant de l'analyse. Ces actions seront évaluées par le Conseil communal des aînés mis en place au début de l'année 2004. Objectif : rendre la vie plus

agréable aux personnes âgées (meilleure insertion, aide dans la vie quotidienne...).

Villers-Le-Bouillet

Le projet abordera trois quartiers défavorisés de l'entité. Au départ d'une analyse de la situation (et de la population) pertinente réalisée avec les groupes concernés, des pistes sont proposées en partenariat avec les habitants à partir d'une réflexion sur les constats des habitants et sur les éléments d'intervention possibles (appartenance au quartier, image du quartier, conflits intergénérationnels, relations quartier - extérieur.

L'implication de la commune, du CPAS et de la Société de logement est acquise.

Outre certaines améliorations déjà entreprises, un éducateur de rue va être engagé et un lieu de rencontre au centre des quartiers sera mis en place.

Informations fournies par le Cabinet de Nicole Maréchal

RÉFLEXION

Innovier en prévention du tabagisme chez les jeunes : est-ce possible ?

Première partie : construction d'une démarche de promotion de la santé

Envisager de nouvelles pistes de prévention concernant les jeunes et le tabac, en situation de vulnérabilité, voilà le défi que s'est donné le Service Prévention tabac de la FARES. Qui plus est, découvrir des pistes en plaçant le tabac dans le cadre plus général des assuétudes et de la promotion de la santé. L'intérêt de décloisonner tabac et autres assuétudes est multiple. Parmi les nombreux aspects dont peut bénéficier la prévention tabac, j'en épingle deux : la consommation et la dépendance.

Consommation et dépendance

Pour des drogues dites dures, des démarches de consommation à moindre risque ont été développées : c'est ce qu'on nomme la réduction des risques (RDR). Cette démarche permet de se situer dans un modèle explicatif des usages de drogues qui tient compte de la personne, de l'environnement, du produit et des interactions entre ces différentes données. Cette démarche n'induit pas une prise de position morale par rapport aux consommations.

Depuis quelques années des scientifiques se penchent sur la question de la réduction des risques et du tabac, de nombreuses questions devraient faire l'objet de recherches. L'asbl Modus Vivendi intégrait cette question dans un atelier des Assises de la réduction des risques (RDR) en décembre dernier.

En ce qui concerne la dépendance, la prévention tabac a tout intérêt à bénéficier du travail réalisé depuis de nombreuses années à propos d'autres assuétudes, si l'on postule que la dépendance s'exerce en terme d'intensité des interactions entre une personne, un produit et un environnement. Des organismes s'occupant des drogues ont intégré depuis de nombreuses années ce type d'approche dans une démarche pédagogique. Infor-Drogues et Prospective Jeunesse en font partie.

La construction du partenariat

Le principe d'une recherche-action, menée avec des partenaires reconnus dans la prise en compte des drogues illicites mais aussi la promotion de la santé, a été adopté.

Le partenariat est une des trois stratégies fondatrices de la démarche participative entreprise, avec la mise en réseau et l'accom-

plissement de projet. Le Service Prévention tabac de la FARES, le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles, Infor-Drogues et Modus Vivendi ont voulu apporter un éclairage nouveau à la prévention tabac par un travail spécifique avec les acteurs de terrain.

Les différents partenaires amènent des éclairages et des compétences particulières, les approches ont été considérées comme complémentaires : l'approche méthodologique promotion santé, l'approche prévention des drogues au sens large, l'approche réduction des risques. Deux partenaires viennent de rejoindre le groupe, PROMES-ULB et Prospective Jeunesse pour le travail avec les relais jeunes.

Les partenaires ont été sollicités dès avant l'introduction d'une demande de financement auprès de la Communauté française. Une ou plusieurs rencontres avec chaque partenaire ont permis de placer des balises. Pas évident pour une institution de se positionner face à une démarche dans laquelle presque tout est à construire encore, mais ensemble !

Le partenariat s'est constitué en Groupe de recherche, baptisé GR par analogie avec les sentiers de Grande Randonnée. La collabo-

ration mise en place nécessite en effet une boussole, une bonne paire de chaussures pas trop neuves, la volonté manifeste pour chacun d'aboutir, du leadership aux croisements non identifiés, de l'humour et le dernier ingrédient n'est pas le moins important, du temps pour penser à ce que l'on veut.

A l'évaluation, le climat instauré par le groupe s'est confirmé tout aussi important que les compétences de chacun des partenaires. Des composantes du climat ont été identifiées comme facteurs facilitant le changement et l'innovation¹. Il s'agit de l'humour, la liberté, la confiance, l'implication personnelle, le temps de réflexion, l'absence de conflits, l'ouverture aux idées, le débat, la prise de risques. De même que la concertation avant la prise de décision, la poursuite de résultats tangibles, l'évaluation continue sont des éléments porteurs dans une dynamique de partenariat.

L'élaboration d'un premier référentiel commun a été poursuivie, en déterminant entre partenaires les notions clés à mettre en question avec les acteurs de première ligne.

Démarche participative : l'écoute des acteurs de terrain

Même si, et surtout parce que, beaucoup de choses ont déjà été dites et écrites à propos du tabac, il a semblé essentiel de revenir à la source même de nos actions, de rencontrer le public des professionnels, d'écouter, ce qu'ils souhaitent dire (croyances, avis, attentes, actions...) par rapport au tabac et à la prévention tabac : le tabac est-il prioritaire pour eux ? Savent-ils ce que les jeunes en pensent ? Travaillent-ils déjà ces questions avec les jeunes et comment ? Comment sont vécues les consommations

dans leur institution ? Avec le cannabis est-ce la même chose ? Le tabac est-il une 'drogue' ? Pensent-ils avoir un rôle à jouer ?

Il nous a paru nécessaire de réunir des données qualitatives afin construire un socle de base avec les acteurs de terrain, en vue d'élaborer des pistes d'actions intégrées dans une dynamique de projet. Le travail avec les relais² est privilégié afin de pouvoir intégrer la problématique tabac/assuétudes à une dynamique de projet en accord avec les missions des institutions.

C'est avec ces professionnels que nous avons choisi de mener un travail de sensibilisation et d'amélioration des compétences sur la problématique tabac/assuétudes. L'idée n'est pas de donner une mission supplémentaire mais bien d'apporter l'éclairage promotion santé dans les pratiques professionnelles mises en place pour accomplir les missions.

Au travers de ces différents milieux d'action, la famille est également visée et les parents considérés comme des acteurs de santé. Même si la famille n'a pas été interrogée directement comme milieu de vie, l'environnement familial est présent en filigrane dans les différentes démarches de travail des relais : soit directement en vertu de leur mission (milieux résidentiels ou non résidentiels d'aide aux jeunes), soit indirectement comme les écoles, même si c'est pour faire un constat en termes de manque d'interactions avec les parents.

Les milieux de vie considérés ont été choisis de manière précise. En effet, les associations prises comme références accueillent (peu ou prou) des jeunes en situation de vulnérabilité sociale et familiale : Accueil en Milieu Ouvert, services d'Aide à la Jeunesse, internats sco-

lares accueillant des élèves de l'enseignement technique et professionnel, écoles techniques et professionnelles, centres d'éducation et de formation en alternance (CEFA), maisons de jeunes, centre d'accueil de réfugiés, services sociaux, maisons de quartier, centres de planning familial...

On ne pouvait interroger les adultes sans, à un moment ou un autre, interroger les jeunes à leur tour. La méthode utilisée est celle des "focus groupes" appelés aussi "groupes Es-pairs" (l'expression vient de l'asbl Modus Vivendi et a un double signifié : expert et entre pairs). L'objectif de ces groupes est de confronter les jeunes aux représentations des adultes relais, dans l'hypothèse que leurs points de vue seraient sans doute divergents.

Cette démarche de proximité est mise en œuvre localement avec l'appui des centres locaux de promotion de la santé.

Nous aborderons prochainement de manière plus détaillée la perception qu'ont les acteurs de terrain de la problématique et la construction de la démarche avec les relais.

Cécile Plas, chargée de projet à la FARES

Pour suivre

Un deuxième article explorera les regards des acteurs de terrain, et un troisième sera consacré à la construction de la démarche avec les relais.

1 EKVALL G., ARVONEN J., WALDENSTROM-LINDBLAD I., « Creative organisational climate : construction and validation of a measuring instrument » Stockholm, Sweden : The Swedish Council for Management and Organisational Behaviour 1983.

2 Relais : acteurs professionnels de première ligne ayant une mission auprès des jeunes dans leurs différents milieux de vie.

STRATÉGIE

Les dépenses de santé de la Communauté française en 2003

Les grands postes du budget

Sur un budget global d'environ 140 millions d'euros, près de 90 % vont à la politique de l'enfance (en ce compris la dotation à l'ONE) et environ 15 millions à la santé proprement dite. Ces chiffres sont d'une grande stabilité d'une année à l'autre ; le refinancement de la Communauté française Wallonie-Bruxelles ne fera sentir pleine-

ment ses effets que les années suivantes.

On pouvait dire voici deux ou trois ans que pour 1 € que la Communauté consacre à la santé, le fédéral en dépense 1000. C'est encore plus vrai aujourd'hui, le budget fédéral dépassant les 15 milliards. L'écart, déjà colossal, continue donc à se creuser.

Ce budget se décompose en deux grands secteurs, celui de la promotion de la santé

et celui de la surveillance de la santé, complétés par les budgets de recherche.

Aux pages suivantes, vous trouvez une synthèse des dépenses, suivie par une présentation détaillée des programmes subventionnés à l'échelon de la Communauté et au plan local. Les coups de pouce aux projets communaux et les frais de préparation des conférences locales sont aussi repris.

Promotion de la santé et surveillance de la santé Synthèse

Promotion de la santé	8.288.827
Structures permanentes (CLPS et SCPS)	2.321.000
Programmes en promotion de la santé	4.248.000
Politiques communales de santé	
1) projets locaux	239.914
2) suivi global et préparation des conférences locales de promotion de la santé	316.913
Initiatives diverses et marchés	1.163.000
Surveillance de la santé	6.024.614
Programme de vaccination	2.229.000
Contrôle médico-sportif + Agence mondiale anti-dopage	94.614
Tuberculose (FARES et dépistages)	1.296.000
Maladies métaboliques	625.000
Prévention anomalies cardio-vasculaires	125.000
Institut scientifique de santé publique	850.000
Dépistage du cancer	805.000
Recherches/études en surveillance et promotion de la santé	591.000
Ces financements sont communs aux deux grands postes ci-dessus.	
Total	14.904.441

Promotion santé Services communautaires et centres locaux

Type	Montant en €
Services communautaires	871.461
Centres locaux de promotion de la santé	
Subvention de base	952.241
CLPS (contributions complémentaires)	496.637

L'agrément du CELOPS (Namur) n'ayant pas été renouvelé au 1/9/2003, pour 1 des 10 CLPS, 8 mois ont été couverts au lieu de 12.

Promotion de la santé - programmes subventionnés Programmes locaux

Organisme	Projet	Montant en €
AIGS	Projet de promotion de la santé destiné aux élèves de primaires et secondaires des écoles du canton de Waremme.	39.355
ALFA	Soutien aux parents toxicomanes et éducation à la parentalité	56.520
AVAT	Projet de mise en place de relais de prévention dans 16 écoles (primaires et secondaires) de la périphérie verviétoise.	50.198
Centre de santé UCL	Promotion de la santé dans les quartiers défavorisés	50.000
Centre Louise Michel	Oui Yes Si Da Non!	1.700
Citadelle (La) - Canal J	Prévention drogue milieux de vie des jeunes	86.612
Commune de Grez-Doiceau	Communication non violente dans les écoles maternelles et primaires	12.500
Coordination sida-assuétudes (Namur)	Programme annuel	70.000
CPAS de Charleroi	Programme d'actions préventives des toxicomanies et autres conduites à risque	67.505
ICAR	Médecine préventive et promotion de la santé auprès d'un public de jeunes prostitués masculins	62.000
Intercommunale de santé Harmegnies Rolland	Programme pilote et formation d'animateurs-relais	63.500
Maison des jeunes "Le 404"	'Ca plane pour moi'	7.250
Maison médicale de Forest	Forest Quartiers Santé	77.823
Maison médicale Tilleur - Centre de santé	Projet ETAPE	17.410
Le Méridien	Promotion de la santé mentale communautaire et qualité de vie des populations	25.000
Nadja	Prévention toxicomanies	57.400
Pissenlits (Les)	Promoteurs-informateurs en santé à Cureghem	70.529
Province de Liège	Prévention tabagisme Athénée G. Lang (Flémalle)	7.378
Service Education pour la Santé de Huy	Prévention sida hépatite MST	71.870
Sida-MST Charleroi	Programme 2003	55.000
Ville de Liège - Instruction publique IMS	Projet Liège écoles en santé	69.410
Ville de Mouscron	Projet 'Qualité de vie'	50.000

Programmes à l'échelle de la Communauté

Organisme	Projet	Montant en €
Aide Info Sida	Lutte contre l'exclusion sociale	38.000
ANMC	Revue mensuelle Education santé	123.947
Centre Arthur Rimbaud de Charleroi	Programme 2003	10.000
Centre d'éducation du patient	Promotion de la santé du (futur) nourrisson	117.090
Centres de référence sida (3 universités)	Vers une politique cohérente de dépistage de l'infection par le VIH	126.300

Organisme	Projet	Montant en €
Centres de référence sida (3 universités)	Autres activités	161.250
Coordination éducation santé	Midis à l'école	182.574
Cultures Et Santé	'Moi, toi, nous'	50.835
Ecole de santé publique ULB	Recherche-action et médecine préventive en santé de la reproduction	35.012
Espace P	Promotion de la santé dans les milieux de prostitution + vaccins hépatite B	184.839
Espace Santé	'Ca marche'	25.000
Euralisa	Plate-forme Alimentation et promotion de la santé	81.000
Eurotox	Observatoire consommation drogues	102.857,19
Ex Aequo	Programme d'activités 2003	178.500
FARES	Réduction risques tabagisme	115.000
Fédération laïque planning familial	Promotion globale et intégrée de la santé sexuelle en milieu scolaire	100.000
Fédération des Maisons Médicales	Implantation de l'assurance de qualité	92.712
GAMS Belgique	Formations personnes ressources en matière de mutilations génitales	2.500
Handicap et Santé	Vie affective et sexuelle des personnes handicapées	98.000
Infor-Drogues	Promotion de la santé et prévention des assuétudes	111.522
Médiathèque	Activités de base	138.523
Modus Vivendi	Programme annuel	248.000
Modus Vivendi	Projet expérimental analyses de pilules	48.000
Observatoire sida et sexualités	Programme pluriannuel, séminaires 'Santé reproductive', coordination conférence sida	153.448
Plate-forme prévention sida	Programme 2003	190.000
Promotion de la santé et développement durable	Mise en place d'une dynamique de promotion de la santé dans la gestion du tabagisme	53.720
Prospective Jeunesse	Programme annuel	111.552
Repères	Programme d'action et de recherche	113.200
SIREAS (ex Latitudes - Service social des étrangers)	Programme d'activités prévention Sida/MST	185.920
Société scientifique de médecine générale	Recherche-action 'Alcool'	6.867
Univers Santé	Promotion de la santé écoles sup. et universités	40.000
UNMS	Outilthèque-santé	99.157

Promotion de la santé - Politiques communales de santé Projets communaux de promotion santé

Commune	Projet	Montant en €
Braine-le-Comte	Contribution à l'adoption d'habitudes alimentaires saines	13.652
Chimay	Chimay Prévention	20.000
Flémalle	Formation et confrontation clinique	9.000
Fontaine-l'Évêque	Prévention incendie	14.674
Forest	Observatoire de la santé, du logement et de la pauvreté	22.000
Grâce-Hollogne	Projet 'Espace Relais Famille'	25.000
Ixelles	Mon quartier en noir et blanc	12.500
La Louvière	Création d'un réseau d'information et d'échanges sur les besoins de santé par et pour les citoyens	7.098
Marchin (asbl Devenirs)	Formalisation et mise en œuvre d'une politique communale de santé et qualité de vie	24.789
Ottignies LLN	Maison de l'enfance, de la famille et de la santé	18.600
Saint-Ghislain	Lutte contre les pollutions intérieures et les pathologies associées	15.100
Saint-Nicolas	Réseau intra-communal de santé	12.500
Sambreville	Approche intersectorielle et participative des inégalités de santé	25.000
Verviers	Pré-Lude	20.000

Promotion de la santé - Conférences locales

Santé Communauté Participation (SACOPAR)	Plate-forme en santé communautaire	120.850
CLPS Brabant wallon	Dotation spéciale	36.000
CLPS Bruxelles	Dotation spéciale	36.000
CLPS Charleroi-Thuin	Dotation spéciale	6.000
CLPS Hainaut occidental	Dotation spéciale	13.500
CLPS Huy-Waremme	Dotation spéciale	13.500
CLPS Liège	Dotation spéciale	6.000
CLPS Luxembourg	Dotation spéciale	13.063
CLPS Mons-Soignies	Dotation spéciale	36.000
CLPS Verviers	Dotation spéciale	36.000

Evolution des dépenses de santé Comparaison de quelques grands postes

Année	Services communautaires	Programmes 'Communauté'	Programmes locaux	Vaccination	Projets communaux	Conférences locales
2000	2.117.016	3.291.020 (39 projets)	1.014.253 (29 projets)	1.250.000	-	-
2001	2.082.306	3.192.483 (32 projets)	1.205.014 (30 projets)	3.250.000	-	-
2002	2.268.418	3.344.623 (32 projets)	1.188.777 (24 projets)	2.227.000	247.413	292.364
2003	2.321.000	3.325.325 (33 projets)	1.068.960 (22 projets)	2.229.000	239.914	316.913

Un commentaire

Bon an mal an, les programmes mobilisent un montant de l'ordre de 4.500.000 €. Les

projets à portée locale sont un peu moins nombreux que ceux à l'échelle de la Communauté française, et reçoivent en

général des dotations moins importantes. Le développement de la dimension 'municipale' de la promotion de la santé ces deux dernières années est évident : il se caractérise par la mise en place d'une quinzaine de programmes à l'échelon communal¹, et par le soutien financier à l'encadrement des conférences locales, avec attribution aux CLPS d'un subside supplémentaire leur permettant de faire face à une charge de travail renforcée. Les moyens alloués au programme de 'Vaccination' ont fortement augmenté en 2001 (campagne 'méningite C') et se maintiennent à un niveau plus élevé qu'avant. On notera aussi que le budget 'dépistage du cancer' a quasi doublé entre 2000 et 2003, ce qui correspond à la mise en place du programme 'mammotest'.

Christian De Bock, avec l'aide de Roger Lonfils, Jacques Henkinbrant et Didier Lebailly, de l'Administration de la Santé de la Communauté française

¹ Nicole Maréchal a confirmé cette option cette année en retenant 14 projets nouveaux communaux. Nous vous les présentons brièvement dans ce numéro.

Procédures d'examen des dossiers

Les projets communautaires sont examinés par l'Administration et par une commission du Conseil supérieur de promotion de la santé. Cette commission, présidée par Martine Bantuelle, par ailleurs présidente du Conseil, travaille en trois sessions par an. Chaque programme est l'objet d'une évaluation préliminaire par deux membres de la commission, et d'un débat.

Le secrétariat de la Commission 'programmes' est assuré par Jacques Henkinbrant (02-413 35 48).

La Ministre prend sa décision en s'appuyant sur les deux avis de son Administration et du Conseil. Ces derniers disposent d'un délai de 45 jours pour remettre leurs avis.

Les projets locaux sont examinés par l'Administration et par la Commission d'avis

des projets locaux (CAPL), composée de représentants des CLPS. Cette commission est présidée par Cécile Plas, par ailleurs membre du Conseil supérieur de promotion de la santé. Cette commission travaille également en sessions. Chaque programme est l'objet d'une évaluation préliminaire par deux membres de la commission, et d'un débat.

Le secrétariat de la CAPL est assuré par Didier Lebailly (02-413 26 62).

La Ministre prend sa décision en s'appuyant sur les deux avis de son Administration et de la CAPL. Ces derniers disposent d'un délai de 45 jours pour remettre leurs avis.

Les projets communaux sont l'objet d'un appel à projets de la Ministre. Ils doivent répondre à une série de critères de recevabilité (voir notre numéro 183).

LOCALE

Les déficients mentaux parlent d'amour

Le samedi 10 octobre 2003, « Multicité » concentrait une véritable « ville dans la ville », sur la Place d'Armes de Namur. Comme chaque année, cette grand-messe des services et associations à vocation sociale était organisée par la Ville de Namur. Avec, en filigrane, le but de faire sortir toutes ces infrastructures dans la rue, à la rencontre du citoyen.

Parmi le dédale des chapiteaux, la Coordination Sida Assuétudes de la Province de Namur avait, elle aussi, pris ses quartiers. Cette année, c'est une thématique très précise que l'équipe pluridisciplinaire avait voulu aborder : le

sujet délicat des relations sexuelles qui concernent notamment les personnes déficientes intellectuelles. Avec, comme le veut la vocation de la Coordination, une prise en compte de la prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles.

De nombreux partenaires avaient collaboré à la mise en œuvre de ce lieu d'accueil. L'Association socialiste de la personne handicapée (ASPH), l'Asbl « Surprise et silence », le Centre de planning familial des Femmes prévoyantes socialistes de Namur, Couvin et Dinant ainsi que les Centres de planning « Willy Peers » et « Le blé en herbe » ont participé au projet.

Autres acteurs essentiels de l'initiative, le Mouvement « Personnes d'abord » et son antenne namuroise étaient de la fête.

L'arbre du dialogue

A mille lieues de la version classique du stand « passif », la Coordination et ses partenaires avaient opté pour une formule plutôt originale. A son entrée dans le chapiteau, le visiteur était invité à cueillir un fruit très particulier sur un arbre symbolique. Il s'agissait d'un message écrit par une personne mentalement déficiente, à propos de sa sexualité, de sa vie affective ou de la parentalité. Après l'avoir lu, le participant avait la

possibilité de réagir par écrit, et d'accrocher ce nouveau « fruit » au pommier.

La pomme, tout un symbole : ce fruit contient des pépins, à l'image des difficultés que peuvent rencontrer les personnes intellectuellement déficientes. Mais ces mêmes pépins constituent aussi des germes d'avenir...

On l'aura compris, la philosophie majeure de ce petit parcours était d'instaurer un dialogue entre le public et les personnes concernées. Sur place, plusieurs membres du Mouvement « Personnes d'abord » étaient présentes. Elles ont évoqué sans tabou les réalités du quotidien.

A commencer par **Cathy Bonhomme**, la sympathique présidente du Mouvement : « Vous savez, l'expérience m'a montré que les gens n'imaginent pas toujours que nous soyons en mesure de nous poser les bonnes questions sur notre sexualité, déclarait-elle. Ils ne conçoivent pas que nous prenions la parole, encore moins que nous gérions notre sexualité nous-mêmes, en personnes responsables. Notre but ici comme le reste du temps est d'explicitier notre façon de voir les

choses. *Fait révélateur : même les parents de personnes déficientes n'imaginent pas que leurs enfants ont une sexualité !* »

Un sujet encore tabou en institutions

Au vu de ces témoignages, une réalité s'imposait : les personnes placées en institution ont difficilement accès à cette démarche d'information et d'ouverture. Dans ce milieu, force est de constater que le sujet reste tabou, car il fait peur. Dès lors, vaut-il mieux occulter les réalités sexuelles vécues par les personnes ou, au contraire, les informer afin de les voir devenir des acteurs responsables ? Le Mouvement « Personnes d'abord » penche pour la seconde voie...

Parents, professionnels de l'encadrement des personnes déficientes : tous ces acteurs devraient, au sens du Mouvement, recevoir une information précise sur le sujet.

A côté de cette dimension de rencontre, le chapitre de la Coordination et de ses partenaires proposait un autre angle de vue, grâce à deux expositions de photographies. L'Asbl « Surprise et silence » proposait de découvrir les images

de personnes mentalement déficientes en train de danser lors de l'un des derniers spectacles de l'association. En complément, une personne sourde dévoilait ses clichés, par le biais d'un axe très particulier : le regard porté sur la femme par une personne frappée de surdité. Une autre forme de sensibilité qui, elle aussi, a interpellé le public de passage.

Le stand de *Multicité* aura certes contribué à casser des idées reçues, tout en permettant aux visiteurs d'ouvrir les yeux sur des réalités sociales méconnues. Outre les témoignages poignants des animateurs, l'infrastructure aura aussi permis d'identifier clairement les personnes et associations ressources en la matière. Sur place, les centres de planning familial ont informé le public soucieux d'en savoir plus.

Coordination sida assuétudes Namur

Adresse : rue Château des Balances 3/13, 5000 Namur. Tél.: 081 721 621. Courriel : sida.toxicomanie@province.namur.be.

LU POUR VOUS

La promotion de la santé à l'école

Le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école réformait l'Inspection médicale scolaire et créait les services de promotion de la santé à l'école (services PSE).

Sa mise en application a débuté en septembre 2002, par un long processus d'information et de formation des équipes.

La Ministre de la santé de la Communauté française de la précédente législature, Nicole Maréchal, a confié à **Anne-Marie Pirard** la mission de réaliser un ouvrage expliquant le décret, d'où il vient, sur quelles expériences et ressources il s'appuie... Cet ouvrage a pour objectif de guider les enseignants et les directions dans la conception et la mise en œuvre de leur projet de promotion de la santé (notamment en retraçant les grandes lignes de la Charte d'Ottawa, le texte de référence des acteurs en promotion de la santé).

Dans un premier temps, l'ouvrage fait le point sur les notions de santé, d'éducation

pour la santé et de promotion de la santé, ainsi que sur les rapports qui ont depuis longtemps lié l'école et la santé.

Il souligne ensuite que le décret de 2001 s'inscrit dans la ligne du décret Missions de l'inspection médicale scolaire de 1997.

Et il raccroche le décret aux multiples expériences du Réseau des écoles en santé qui aida, durant les années 90, une série d'écoles situées en Communauté française et en Communauté germanophone à implanter des projets santé. Ce chapitre est truffé de nombreux témoignages d'enseignants et de directeurs qui nous font part de leur enthousiasme, de leurs réussites, de leurs difficultés aussi.

Enfin, l'ouvrage en vient à l'essentiel : il détaille les différentes étapes pour implanter un projet-santé et renseigne les ressources (équipes et bibliographies) sur lesquelles les acteurs de l'école pourront s'appuyer.

Cet outil a déjà été largement diffusé auprès des équipes PSE et des écoles. Il

intéressera toute personne impliquée dans la promotion de la santé des jeunes.

MVA

PIRARD A.M., Promotion de la santé à l'école, Ministère de la Communauté française, Ed. Labor, 2003, (Labor Education), 96p.



Récit d'une dépression

Philippe Labro, homme aux facettes multiples, journaliste, écrivain, homme de cinéma, raconte sa dépression dans « Tomber sept fois, se relever huit ».

Pour Philippe Labro, le cauchemar a commencé par des nuits interminables passées le corps en sueur, par la sensation d'un hématome sur la cage thoracique. La broyeuse, la bétonneuse qui sépare volonté et désir, le boa, le crabe, comme il nomme tour à tour la maladie, sont en marche. Il croira d'abord à des problèmes purement physiologiques. Est-ce ignorance, orgueil ? Il continue à prendre le chemin du travail. Là, rapidement on l'estime fini. Les soutiens sont rares, mais précieux. Identifiée tardivement, la pathologie sera difficilement apprivoisée à coup d'antidépresseurs.

Malgré le traitement, la situation semble s'aggraver. « Les effets secondaires sur la notice, ce sont les symptômes. », raconte l'auteur. Il faudra oser tâtonner avec le médecin pour trouver le traitement approprié, et y ajouter l'aide de l'amitié et de l'amour : « J'ai été aimé et aidé ; un médica-

ment a parfaitement convenu ; le temps a œuvré ; j'ai fait le reste. » Le reste étant notamment se pencher sur des épisodes de vie, au nombre de sept, qui ont pu à la fois préparer le terrain pour la dépression et préparer le patient à l'affronter.

Si Philippe Labro décortique le parcours vers la dépression situationnelle qu'il a vécue et qui semble due tout à la fois à l'envie et au refus du fauteuil présidentiel de RTL, il reconnaît la « part de mystère dans la maladie ». Il réhabilite les émotions : « À tort ou à raison je crois que nous possédons une dose incalculable de ressorts internes, de mécanismes salvateurs. Il y a au fond de nous dans les couches sédimentaires de notre identité une capacité de volonté, un noyau dur de respect de soi, une notion de dignité qui n'est pas éloignée de l'orgueil, la fierté d'être ce que l'on est. Ces réflexes ne sont pas rationnels et je les assimilerais plutôt à des émotions, mais on peut aussi estimer que les émotions fondent notre conscience et notre âme et interviennent à un moment ou un autre sans que nous ayons décidé d'aller les chercher. » Pour lui, les

mécanismes salvateurs, les réflexes de résistance, les pensées positives se sont mises en route autour d'une cuillère de confiture, d'une jupe rouge, d'un parfum capiteux ou d'une intimité violée à l'hôpital.

Philippe Labro a écrit pour partager son expérience avec « ceux qui sont entrés dans la nuit du corps et de l'âme ». Il faut, écrit-il, oser parler des premiers symptômes avec le médecin parce qu'ils lui parleront, oser dire ses réticences, ne pas avoir peur de choquer. Se faire violence, se forcer à manger, à boire, même quand l'appétit et la soif ont disparu. L'épreuve ne fut pas vaine. Elle a apporté modestie, distance. Il faudra les cultiver, pour « ne pas oublier les moments de vérité, les révélations de qui est vraiment qui, qui vaut vraiment quoi. » Aujourd'hui, parfaitement guéri, Philippe Labro est sûr de ne « plus permettre cette chose-là » parce qu'aujourd'hui, les premiers symptômes, il les reconnaîtrait...

VJ

Philippe Labro, *Tomber sept fois, se relever huit*, Albin Michel, 320 pages, 2003.

BRÈVES

Cœur

Liège

25 septembre 2004

Pour stimuler la population à bouger davantage et connaître son état de forme physique, la section des Road-Runners du RFC Liège Athlétisme organise sa 21^e opération 12' pour un cœur qui permet de déterminer son état de forme physique au moyen du célèbre test de Cooper. Cela aura lieu au Stade de Naimette-Xhovémont, bd Philippet, Liège de 9 à 13h. P.A.F. : 2 euros (gratuit pour les membres des Mutualités libres, qui soutiennent cette initiative).

Sous le patronage de la Province de Liège.

Renseignements :

Edgar Salvé, tél.: 04 387 47 34, courriel : edgar.salve@teledisnet.be.

Deuil

Liège

A partir du 28 septembre 2004

Un nouveau groupe de parole pour personnes endeuillées démarrera le mardi 28 septembre 2004. Il sera animé par des psychologues membres du réseau d'accompagnement du deuil coordonné par le Centre de prévention du suicide.

Renseignements : Centre de consultations conjugales et familiales Estelle Mazy, rue Cathédrale 97, 4000 Liège. Tél.: 04 223 51 20.

Personne âgée

Bruxelles

1^{er} octobre 2004

La qualité de vie quand les années passent, colloque organisé Les Cliniques universitaires de Bruxelles Hôpital Erasme et la Haute Ecole libre de Bruxelles Ilya Prigogine. Quelques thèmes proposés : être vieux et devenir vieux dans la société postmoderne ; pour une vie autonome à domicile ; la qualité de vie en institution ; la sexualité des aînés ; approche de la souffrance et de la douleur par le toucher ; la prévention des chutes ; le chemin du bien-être ; savourer l'équilibre alimentaire au fil des ans ; ...

Lieu : Campus universitaire d'Anderlecht, ULB (à côté de l'Hôpital Erasme), route de Lennik 808, 1070 Bruxelles (Auditoire J).

Renseignements :

Nicole Willems, service Cérémonies de l'ULB, avenue F. Roosevelt 50 CP130, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 650 23 52. Fax : 02 649 58 03. Courriel : nwillems@admin.ulb.ac.be

Naissance

Marche-en-Famenne

2 octobre 2004

Chaque année, la Semaine mondiale de l'allaitement maternel est l'occasion pour des organisations, des associations, des hommes et des femmes dans le monde entier, de soutenir, d'encourager et de protéger l'allaitement maternel.

En Communauté française Wallonie-Bruxelles, cette semaine aura lieu du 1 au 7 octobre 2004. A cette occasion, la Ville de Marche-en-Famenne organise une journée d'échange et d'information sur la naissance, l'allaitement et le bien-être du bébé : *Naître et grandir aujourd'hui*. Cela se passera le samedi 2 octobre 2004 de 10 à 18h. Lieu : Complexe Saint-François, rue Victor Libert 36, à Marche-en-Famenne. Participation à la journée : 3 € par famille. Programme détaillé sur www.marche.be/naîtregrandir
Renseignements : Emilie Goffin, tél. et fax 071 88 67 26, GSM 0474 38 78 08, courriel emilie-goffin@skynet.be.

Assuétudes - formation

4, 6 et 11 octobre 2004

Prospective Jeunesse propose un module interdisciplinaire de formation de 3 jours destiné à tout adulte relais confronté à la question des drogues : intervenants psycho-médico-sociaux, enseignants, éducateurs, parents, stagiaires... Renseignements : Prospective Jeunesse, Claire Haesaerts, tél.: 02 512 17 66, fax : 02 513 24 02, courriel : claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be. Site : www.prospective-jeunesse.be

Santé

Du 8 octobre au 12 décembre 2004

A la question "laafi beemé ?" ("Et la santé ?"), chaque Africain qui parle le mooré répond

invariablement : "laafi bala!" ("Ça va!"). Mais la réalité est différente. Des centaines de milliers de femmes ou d'enfants meurent lors de l'accouchement. D'autres maladies, comme le sida ou le paludisme, touchent des millions de personnes.

Les autorités sont écrasées sous le poids de la dette et les programmes d'ajustement structurel imposés par les institutions financières internationales. Il y a trop peu d'emploi formel pour financer les soins de santé de base par un système fiscal ou via un système de sécurité sociale. Les familles qui sont confrontées à la maladie doivent souvent s'endetter pour pouvoir se faire soigner. Par la mise en place de mutuelles de santé, les gens essaient de s'organiser de façon indépendante. Des soins de santé accessibles et abordables sont un moyen fondamental de lutte contre la pauvreté dans les pays en développement.

Et chez nous ? Qui est malade va simplement chez le docteur... Notre système de sécurité sociale est basé sur la solidarité : celui qui est en bonne santé ou riche partage les risques financiers avec celui qui est malade ou pauvre. Mais nos dépenses de santé ne cessent d'augmenter et la charge personnelle du patient grimpe de manière inquiétante. Nous évoluons vers une réduction de l'assurance-maladie obligatoire pour tous au profit des assurances complémentaires pour qui peut se les payer. Notre système de santé social est menacé de toutes parts : assurances privées, directives européennes, Accord sur le commerce des services, industrie pharmaceutique, etc. Pour résister à ce mouvement de globalisation et de libéralisation, nous devons reconfirmer la solidarité comme fondement de notre sécurité sociale.

La Mutualité chrétienne, Solidarité mondiale (l'organisation non gouvernementale du Mouvement ouvrier chrétien) et le Théâtre du Copion (troupe de théâtre qui développe du théâtre-action ici et en Afrique) ont créé un spectacle intitulé 'Laafi bala !: tant qu'on a la santé !', joué pour la première fois cet été au Burkina Faso, sur la santé qui n'a pas de prix et qui pourtant est à vendre. Le spectacle engage un dialogue entre l'Europe et l'Afrique, sur la façon dont nous pouvons nous ressourcer mutuellement et construire des alternatives : avec une médecine généraliste qui soit proche de la population, le recours aux médicaments génériques 'essentiels', et la dynamique des acteurs mutualistes. Il illustre le fait que de plus en plus les problèmes sont interdépendants et que nous devons lutter pour une 'sécurité d'existence mondialisée'.

Ce spectacle sera disponible en Belgique du 8 octobre au 12 décembre 2004 : il pourra être joué dans les écoles, les associations... Une particularité : il est bilingue français-néerlandais. Il ne demande pas d'infrastructure particulière, il peut se jouer dans une classe, un réfectoire... Espace scénique nécessaire : 6 m d'ouverture, 4 m de profondeur, 3 m de hauteur. Le spectacle et le débat qui suit durent entre 1h30 et 2h.

Coût du spectacle : 500 €.

Pour tout renseignement :

Alliance nationale des mutualités chrétiennes, service Coopération internationale, chaussée de Haecht 579 bte 40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02 246 49 12 ou 02 246 43 31.

Courriel : international.cooperation@mc.be
Théâtre du Copion : avenue Goblet 112, 7331 Baudour. Tél./fax : 065 64 35 31.

Courriel : theatreducopion@skynet.be

Vue

Liège

11 octobre 2004

Dans le cadre du Projet "Liège Province Santé" de l'Organisation mondiale de la santé, la Province de Liège organise prochainement une séance d'information débat à l'intention du grand public sur le thème *Bonne vue pour la vie*.

Cela se passera le 11 octobre 2004 à 19h30, en la salle des fêtes du complexe provincial du Barbou, Quai du Barbou 2, 4020 Liège.

Renseignements : Maison de la Qualité de la Vie, Madame Jacqueline Trignon, boulevard de la Constitution 19, 4020 Liège. Tél.: 04 349 51 33.

Enseignement

Namur

20 au 24 octobre 2004

Le 11^e Salon Education aura lieu à Namur Expo du 20 au 24 octobre 2004.

Renseignements sur www.saloneducation.be

Education du patient

Wépion

21 octobre 2004

Le Comité interinstitutionnel d'éducation du patient (CIESP) organise une conférence sur le thème 'Y a-t-il une place pour l'éducation du patient dans les hôpitaux ?'

Le matin, M. Borgs (membre du CIESP) exposera l'historique et le fonctionnement de l'association ; M. Collignon (Directeur du Centre d'Education du Patient) s'intéressera à l'évolution des pratiques en rappelant diverses modalités d'application de l'éducation du patient, M^{me} Berrewaerts (RESO-UCL) présentera la vision de l'éducation du patient de l'OMS et ses développements dans divers pays européens. M^{me} Duchateau (IFAC) fera ensuite un état des lieux de l'éducation du patient dans le monde hospitalier belge et M. Hallet (UCL, Mont-Godinne) présentera le point de vue du gestionnaire hospitalier.

L'après-midi sera consacré à une table ronde animée par Thierry Poucet.

Lieu : Centre Culturel Marcel Hicter, chemin des Marronniers 26, 5100 Wépion.

Inscription obligatoire avant le 11 octobre et effective dès réception du paiement au compte 796-5303234-18 avec la communication '21/10 + nom de la personne'.

Renseignements : Centre d'éducation du patient, Jean-Luc Collignon, rue Fond de la Biche 4, 5530 Godinne. Tél.: 082 61 46 11. Fax : 082 61 46 25. Courriel : cep_godinne@skynet.be

Enquête de santé

Bruxelles

26 octobre 2004

Journée d'étude sur l'utilisation des données de l'Enquête de santé dans l'élaboration des politiques de santé.

Le but de cette journée est de vérifier si les résultats de l'enquête sont utiles, utilisables et utilisés. Ce sera une journée de rencontre entre décideurs politiques, commanditaires de l'enquête et utilisateurs des données.

La matinée, en plénière, permettra entre autres d'entendre Jean-Louis Lanoë (INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques) sur l'expérience de la France quant à l'influence politique de ce type d'enquête. L'après-midi sera consacré à des ateliers et des présentations de posters.

Cela aura lieu à l'hôtel Holiday Inn, chaussée de Charleroi 38, 1060 Bruxelles, de 9 à 17h15. La participation à cette journée d'étude est gratuite, mais les places sont limitées (date-limite le 6/9)! Renseignements et inscriptions auprès de Jamila Buziarsist, ISSP, rue J. Wytsman 14, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 642 57 09. Fax : 02 642 54 10. Courriel : jamila.buziarsist@iph.fgov.be.

Publication

Que veut dire promouvoir la santé aujourd'hui ? Le 31^e Cahier trimestriel de Prospective Jeunesse tente d'éclairer les enjeux, stratégies et valeurs de la promotion de la santé et de la prévention. Sous le titre général de 'Santé et prévention : braderie ou promotion ?', la revue nous propose 5 contributions :

- Madeleine Guyot revient sur les questions que les jeunes se posent (ou ne se posent pas !) par rapport à la santé ;
- Alain Cherbonnier redéfinit courageusement les concepts-clés de la prévention et de la promotion de la santé, en ne craignant pas de nous replonger dans les ténèbres du moyen âge et les utopies d'après la seconde guerre mondiale ;
- Roger Lonfils, au départ d'un survol de 20 ans de compétence politique dévolue aux Communautés, stigmatise avec vigueur les défauts éthiques (en regard des droits de l'Homme) de bon nombre d'interventions normatives, sincèrement imprégnées du souci du bien-être des populations mais ratant largement leur but ;
- René Dejonckheere revient sur les conférences locales de promotion de la santé dans le Hainaut occidental ;
- Emmanuelle Caspers, enfin, nous propose une lecture de l'ouvrage 'Ethique et santé publique, enjeux, valeurs et normativité' de l'anthropologue de la santé Raymond Massé à la lumière du travail et de l'engagement militant de Prospective Jeunesse en matière de prévention des assuétudes.

Indispensable, en somme !
Pour commander ce Cahier (vendu 6,2€) ou recevoir la liste des publications antérieures toujours disponibles : Prospective Jeunesse, Claire Haesaerts, tél.: 02 512 17 66, fax : 02 513 24 02, courriel : claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be. Site : www.prospective-jeunesse.be

Changement d'adresse

Le Centre liégeois de promotion de la santé a déménagé. Voici sa nouvelle adresse : CLPS, Maison de la Qualité de la Vie, Bd de la Constitution 19, 4020 Liège. Tél.: 04 349 51 44 (secrétariat), 04 349 51 24 (documentation). Fax : 04 349 51 30. Courriel : promotion.sante@clps.be. Internet : www.clps.be

Site www.educationsante.be

Le site de la revue ayant connu un souci technique durant l'été, la base de données contenant les adresses courriel des abonnés à notre lettre d'information électronique a été endommagée. Si vous y étiez abonné(e) et si vous souhaitez continuer à recevoir nos informations, nous vous demandons de bien vouloir vous réinscrire directement sur notre site à la rubrique 'abonnement'.

Et si vous ne connaissiez pas notre site ou notre lettre d'information, c'est le moment de nous rendre visite. La lettre d'information est mensuelle, elle annonce la mise en ligne sur le site du dernier numéro paru ainsi que le sommaire du numéro suivant, et complète la revue 'papier' par des brèves ou encore par l'un ou l'autre article qui n'auraient pu être publiés dans celle-ci faute de place. N'hésitez donc pas à nous rejoindre sur www.educationsante.be

Dossier : Alcoolisation excessive - controverses et prévention

Introduction

Briser le silence, *Tania Rosilio, Bernadette Roussille*

La consommation excessive d'alcool en France

Alcoolisation excessive : de quoi parle-t-on ?

Alain Rigaud, Bertrand Nalpas

La première substance psychoactive consommée,

Stéphane Legleye

Les jeunes face à l'alcool, *Marie Choquet,*

Laure Com-Ruelle, Julien Lesrel, Nicole Leymarie

Les représentations et attitudes face à l'alcool

Le vin, deux mille ans d'enracinement gaulois,

Michel Craplet

Pourquoi l'alcool est une affaire d'hommes, *Tania Rosilio*

Les controverses et débats autour de l'alcool

Les sirènes du bon usage modéré, *Daniel Thomas*

L'alcool, une drogue comme les autres ?, *François Paille*

Consommation à risque, une responsabilité partagée,

Yann Bisio

Décrypter le marketing des producteurs d'alcool,

Claude Got

Mortalité due à l'alcool : des estimations délicates,

Pierre Arwidson

De la communication aux actions de terrain

Un siècle de communication sur les risques liés

à l'alcool, *Alexandre Picard*

Des collégiens peu sensibles à l'information sur les

addictions, *Pascale Dupas*

Le risque alcool au travail, du déni à la prévention

globale, *Jean-François Vallette*

Entreprises : éviter la délation, susciter le dialogue,

Annie Le Fessant

Un outil d'accompagnement du médecin généraliste,

Antonia Dandé, Isabelle Vincent



Repérage précoce, les médecins en première ligne,

Philippe Michaud

Une politique européenne timide de lutte contre l'alcoolisme

Face à l'alcool, l'Europe balbutie, *Dominique Martin*

Pour en savoir plus

Sandra Kerzanet, Olivier Delmer

Aide à l'action

Un référentiel pour prévenir les chutes des personnes

âgées, *Hélène Bourdessol*

Cinésanté

Elephant, entre fiction et émotion, *Michel Condé*

La santé en chiffres

La violence chez les jeunes scolarisés

Hélène Perrin-Escalon

Lectures - outils

Sandra Kerzanet, Fabienne Lemonnier

L'abonnement à *La Santé de l'Homme* (6 numéros par an)

est de 28 € pour la France métropolitaine et de

38 € pour la Belgique. Pour tout renseignement :

La Santé de l'Homme, Institut national de prévention et

d'éducation pour la santé, 42 Bd de la Libération, 93203

Saint-Denis Cedex. Tél. 1 49 33 22 22.

Fax 1 49 33 23 90. Internet : www.inpes.sante.fr

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).

Collaboratrice : Véronique Janzyk.

Documentation : Maryse Van Audenhaege.

Site internet : [Maryse Van Audenhaege](http://Maryse.VanAudenhaege.com).

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,

chassée 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

moynnant 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

"Sans latex t'es déjà mon ex", la nouvelle campagne de prévention du sida et des MST, par *Thierry Martin* 2

Une expérience de prévention du risque cardiovasculaire global en médecine générale, par *Myriam Marchand* 5

Promotion de la bientraitance : "Prenons le temps de vivre ensemble", par *Nicole Maréchal* 6

Un premier bilan complet du démarrage du programme mammothest 8

Migrations : grandir entre deux mondes, par *Chrystelle Carroy* 9

Communes en santé : 14 nouveaux projets 10

Réflexions

Innover en prévention du tabagisme chez les jeunes : est-ce possible ? par *Cécile Plas* 12

Stratégie

Les dépenses de santé de la Communauté française en 2003 par *Christian De Bock* 13

Locale

Multicité à Namur : les déficients mentaux parlent d'amour, par la *Coordination sida assuétudes de Namur* 16

Lu pour vous

La promotion de la santé à l'école 17

Récit d'une dépression 18

Brèves

18