



Ça « réseaute » à Québec en pages 9 à 13

Ne paraît pas en juillet • Bureau de dépôt : Bruxelles X - ISSN 0776-2623 • Numéro d'agrégation : P401139

Editeur responsable : Edouard Descampe, chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40 - 1031 Bruxelles. Photo © Isopix / Roland Weber / Masterfile

Une approche communautaire de la promotion de la sécurité : le concept de “communauté sûre”

En 1989, l'OMS rédige un manifeste qui reconnaît les résultats des actions communautaires en terme de réduction du nombre et de la gravité des traumatismes et crée le label de “communauté sûre” (“Safe Community” en anglais). Cette décision est motivée par la nécessité d'ajouter aux campagnes générales des actions locales fondées sur une analyse de situation et la participation de la population au choix des priorités d'intervention. Actuellement, plus de soixante communautés dans le monde se sont engagées dans cette démarche. En Communauté française de Belgique, la ville hennuyère de Fontaine-L'Évêque a entamé ce processus dès 2000, avec l'appui de l'asbl Educa-Santé et de l'École de santé publique de l'ULB.

Qu'est-ce qu'une “communauté sûre”?

Ce concept labellisé par l'OMS répond aux critères qui ont été développés par l'équipe du Département de santé publique du Karolinska Institute de Stockholm sur base d'actions menées dans plusieurs villes.

Existence d'un groupe multidisciplinaire responsable du programme de prévention.

Le partenariat s'établit entre les décideurs, les professionnels et les habitants et entre différents champs professionnels. Le partenariat suppose le consensus autour d'un objectif commun, permet la mise en commun des ressources, la complémentarité des actions et l'augmentation des compétences par les échanges. De plus, dans le domaine des accidents, certaines solutions efficaces impliquent la participation de compétences extérieures qu'il faut pouvoir rassembler.

Sensibilisation de la communauté tout entière.

Une sensibilisation étendue a pour but de renforcer les capacités de chaque individu à identifier des situations à risque et les moyens nécessaires à la maîtrise des risques, et intégrer les préoccupations de sécurité dans les décisions qui concernent les milieux de vie et l'environnement.

Action privilégiée sur les groupes et les environnements à risque, en particulier sur les populations les plus fragiles, dans un souci d'équité sociale.

La priorité doit être donnée à la prévention des accidents les plus graves ou ceux touchant les populations les plus à risque et bien souvent les moins accessibles ou les moins réceptrices

aux messages habituels de prévention. Des priorités doivent être définies par exemple selon les conséquences de certains accidents ou leur lieu de survenue.

Existence d'une base de données permettant de connaître la fréquence, les causes et les circonstances de survenue des traumatismes rencontrés au sein de la communauté.

La connaissance préalable de la situation locale est une condition nécessaire au choix de la meilleure stratégie d'intervention et des cibles (populations ou types d'accidents) à privilégier. Constamment remise à jour, la base de données devient un système de surveillance, et permet l'évaluation ultérieure des actions.

Engagement de la communauté pour un projet à long terme.

Une telle démarche demande une organisation lente dont les résultats ne sont observables qu'à moyen et long terme. Un tel effort et de tels moyens doivent s'envisager dans une perspective de 5 à 10 ans.

La communauté entreprend les démarches suivantes :

- utiliser des indicateurs appropriés pour l'évaluation régulière du programme;
- collaborer avec les principales organisations et associations de la communauté;
- persuader les structures de soins de recueillir des données complètes et de participer au programme de prévention;
- faire partager l'expérience locale à d'autres villes ou régions;
- s'intégrer au réseau international des villes ayant mis en place un programme global de santé communautaire.

Pour être reconnue comme “communauté sûre”, ces conditions doivent être remplies et validées par le Karolinska Institute (Stokholm) qui est centre collaborateur de l'OMS pour la promotion de la sécurité.

Fontaine-L'Évêque, ville pilote pour une « Safe community »

Fontaine-L'Évêque est une petite ville hennuyère comptant 17000 habitants et dont l'entité s'étend sur près de 3000 hectares. La population est essentiellement rurale et l'entité compte encore cinquante fermes. Les entreprises qui subsistent sont essentiellement dans le secteur métallurgique. Ancien haut lieu du bassin minier, la population de Fontaine-L'Évêque reste cosmopolite et compte une forte communauté italienne. 3000 élèves fréquentent les écoles locales et le revenu moyen des habitants est peu élevé.

La ville de Fontaine-L'Évêque a toujours été active en promotion de la santé. Un « service santé » a été créé au sein de l'administration communale en 1999, employant deux membres du personnel communal et centralisant les actions menées depuis de nombreuses années déjà. Ce service organise diverses activités de sensibilisation dans les écoles et auprès de la population.

C'est dans le cadre des collaborations établies avec l'asbl Educa-Santé que le projet “communauté sûre” est né. Grâce au soutien financier du Ministère de la santé de la Communauté française, un programme pluriannuel consacré à la promotion de la sécurité a été lancé et a permis de faire aboutir cette initiative.

Lors de contacts avec la ville de Boulogne-Billancourt (Ile de France), qui s'est engagée dans la démarche depuis 1997, la ville de Fontaine-L'Évêque a été convaincue de la pertinence du programme “communauté sûre” et s'est donné les moyens d'expérimenter le programme. Par décision du Conseil communal du 8 juin 2000, le projet “communauté sûre” a été doté d'un budget annuel de 5000 euros.

La volonté de la ville était dès le départ de pourvoir à une meilleure connaissance du phénomène « traumatismes », d'en informer la population, de créer une commission de pilotage intersectorielle conforme aux recommandations de l'OMS. Cette commission réunit des élus locaux, les pompiers, la police locale, des médecins généralistes, des représentants du CPAS, de l'enseignement, des services de santé, des logements sociaux, des associations du troisième âge, des associations de quartiers, ainsi que des institutions telles que l'ONE, le Centre local de promotion de la santé, etc. L'objectif est clair : évaluer de manière précise le phénomène des traumatismes et la possibilité de réduire les risques en travaillant de manière intersectorielle.

Pour toucher la population, la commission a décidé de mettre en œuvre des activités susceptibles d'attirer largement le public.

Le déroulement du projet a été prévu en une première phase de quatre ans avec l'encadrement méthodologique et scientifique de l'asbl Educa-Santé et de l'École de santé publique de l'ULB (centre collaborateur de l'OMS). Les mêmes partenaires entament maintenant une seconde phase de cinq ans.

Un premier recueil de données et les premières priorités d'action

Ce volet, essentiel au pilotage du programme, a été abordé en première étape par la recherche

de la sécurité perçue par les responsables communaux, les institutions, les relais auprès des habitants... Cet outil a permis d'identifier les risques perçus par la population au travers des représentations des personnes interrogées. Il est apparu que les enfants et les personnes âgées étaient considérées comme deux groupes de population à haut risque de traumatismes et les abords des écoles et le domicile, comme lieux prioritaires d'intervention.

Dans un premier temps, le projet a visé des actions de prévention des traumatismes chez les jeunes enfants. C'est avec la collaboration de différents services consacrés à la petite enfance qu'une recherche concernant l'implantation de trousse de sécurité contenant des accessoires de base destinés à équiper les maisons a été réalisée. Ce matériel comprenait par exemple un détecteur de fumée, des protections pour coins de meubles, des loquets pour armoire, des cache-prise munis de clés ou des protections pour bords de robinets, ainsi que des brochures spécifiques aux accidents chez les enfants¹.

En 2004, la commune de Fontaine-L'Évêque a organisé une vaste campagne de sensibilisation à la prévention des incendies. Des dépliants ont été distribués à toute la population, des panneaux d'affichage relayaient les consignes de sécurité et des exercices ont été organisés dans les écoles. Les pompiers ont participé aux actions de sensibilisation et à une opération qui s'est soldée par un énorme succès populaire au début de l'été 2004 : sur un terrain communal aménagé pour l'occasion, ils ont procédé à des démonstrations de différentes extinctions de feux. Ce type d'action spectaculaire s'est révélé une tribune particulièrement efficace en matière d'information et de sensibilisation.

Recueil de données dans les hôpitaux et auprès des médecins généralistes

Dans le but d'améliorer la connaissance du problème dans la commune, en 2002 et 2003, une étude des systèmes d'information hospitaliers a été entamée. Grâce aux informations recueillies auprès des médecins généralistes de la commune, les services d'urgence qui reçoivent les habitants de Fontaine-L'Évêque ont été identifiés et des contacts ont été établis avec chacun d'entre eux. Le but était de voir dans quelle mesure les systèmes existants reprenaient les informations sur les circonstances des accidents, précisions essentielles à recueillir pour la planification et l'évaluation des actions de prévention des traumatismes. Par ailleurs, une recherche opérationnelle sur ce type de recueil d'information a également été



Photo © Icopix / Denis Closon

menée avec les médecins généralistes de la commune de Fontaine-L'Évêque. Ce travail a permis de mettre au point des outils de recueil de données performants et participatifs. Malheureusement, aussi bien dans les hôpitaux qu'auprès des médecins généralistes, un recueil exhaustif, fiable et continu de données spécifiques n'a pu être réalisé à ce jour. Il faut dire que la pratique du recueil de données pour l'épidémiologie décisionnelle et concrète existe très peu en Belgique et que les systèmes de collecte de données ne sont quasi pas orientés vers de tels objectifs.

Résultats et retombées pour la "communauté sûre" à long terme

Les actions menées dans la ville de Fontaine-L'Évêque ont suscité bon nombre d'innovations dans la commune. A commencer par l'évolution perçue au sein de la population. Déjà sollicitée par les actions du service de santé communal, la population de la petite ville a pu mesurer à quel point les autorités se souciaient du bien-être de chacun et de la sécurité de leur environnement. Désormais, les actions ponctuelles et spectaculaires sont reliées dans une dynamique globale et soutenues par des parutions régulières dans le journal communal où une rubrique sécurité s'est créée, un forum ouvert sur le site internet de la ville animé par l'échevin de la santé, la distribution récurrente de brochures et dépliants sensibilisant à diverses problématiques. Les partenariats sont permanents avec les institutions et

les professionnels de différents secteurs d'intervention et soutenus par la commission.

Ce qui ajoute au succès du projet est sans doute l'autonomie acquise par la ville pour mener à bien ses propres actions portant sur la sécurité et la santé. Des efforts sont déployés afin de trouver des moyens qui alimentent le développement des projets. Le concept de "communauté sûre" existe par lui-même à Fontaine-L'Évêque et la problématique fait partie d'un ensemble : celui de la gestion quotidienne de la ville dans une optique de développement durable.

La poursuite de l'approche "communauté sûre"

Sur base de ces résultats, la ville de Fontaine-L'Évêque poursuit donc sa route et continue à étendre la démarche.

Tandis que la recherche d'un système de recueil de données léger et performant se poursuit, deux actions sont en cours d'élaboration : la première concerne la prévention des chutes chez les personnes âgées et la deuxième la sécurité aux abords des écoles.

Les chutes chez les personnes âgées constituent un grave problème de santé publique entraînant de nombreuses fractures et parfois, le décès². Ce problème doit s'envisager dans une démarche

1 Voir l'article « Prévention des traumatismes survenant chez les jeunes enfants » de Martine Bantuelle, Marc Sznajder, Marie-Christine Van Bastelaere paru dans Education Santé n° 191, juin 2004.

2 Voir l'article « Promotion de la santé chez les personnes âgées : les chutes » de Martine Bantuelle et Marie-Christine Van Bastelaere paru dans Education Santé n° 199, mars 2005.

globale de promotion de la santé et de la sécurité des personnes. A Fontaine-L'Évêque, c'est une dynamique communautaire qui soutiendra la démarche et un partenariat s'établira avec la municipalité de Gentilly (France) qui est active depuis plusieurs années dans ce domaine.

Le second projet, qui devrait permettre d'établir de nouvelles stratégies pour assurer la sécurité aux abords des écoles, en est à ses prémices, une école pilote ayant été désignée. On tentera d'y sensibiliser les enfants de cinquième et sixième primaire à la survenue d'accidents sur le chemin de l'école.

Toujours en accord avec les critères suggérés par l'OMS, les objectifs poursuivis tendent à mettre l'accent sur la promotion de la santé des deux populations les plus « fragiles » (jeunes enfants et personnes âgées).

Par ailleurs, l'appellation de « ville pilote » implique le souhait que le même chemin soit suivi par d'autres villes. Souhait qui pourrait se voir réalisé à Charleroi dans le cadre du « contrat de sécurité » de la métropole carolo.

Ce nouveau défi ouvre bon nombre de perspectives au vu de l'ampleur et des réalités de l'entité carolorégienne : un système efficace de récolte

de données à construire avec les médecins généralistes et des hôpitaux, le choix de priorités d'actions et de lieux d'intervention, l'extension à la prévention des traumatismes intentionnels, l'articulation avec des dynamiques de concertation déjà existantes, une planification qui tienne dans la durée...

Martine Bantuelle, Vincent Litt, Jérémie Van Brussel, Asbl Educa-Santé

Adresse des auteurs : Educa-Santé, av. Gl-Michel 1 B, 6000 Charleroi.

Internet : www.educasante.org

Nos écoliers en ont plein le dos!

1000 heures par an: voilà le temps passé par nos chers enfants sur les bancs de l'école. Résultat: avec l'obésité, la sédentarité, le mauvais positionnement ou les charges trop lourdes et mal portées, nos enfants souffrent de plus en plus de maux de dos. Pour tenter d'y remédier, deux personnes sensibilisées à cette problématique ont lancé des initiatives qui ne rencontrent pas encore l'écho qu'elles méritent. Petit coup de pouce.

Géraldine Vecoven est ostéopathe. Dans sa pratique, elle a constaté que de plus en plus d'enfants étaient référés par des médecins pour compléter le traitement de l'une ou l'autre pathologie du dos. « Le cas le plus inquiétant est certainement celui d'un petit garçon de 7 ans qui parvenait à peine à toucher ses genoux en station debout. Je constate, lorsque je discute avec ces enfants, que le cours de gymnastique ne reprend pas ou trop peu de séances d'étirements ou d'abdominaux. Les muscles du dos ne travaillent plus suffisamment, le bassin et les vertèbres perdent en mobilité, la musculature se rigidifie, causant des douleurs plus ou moins importantes à la moindre sollicitation », explique-t-elle.

Depuis 1998, elle donne des cours à des adultes dans un atelier et une école du dos. Mais voyant que les enfants n'étaient pas à l'abri, elle a décidé de prendre le mal à la racine, tant qu'il est encore temps d'agir, et de contrer les conséquences de maux de notre société qui pourraient être résumés par les 3 « S » : sédentarité, station assise inadéquate et surpoids.

Mal du siècle ?

Le mal de dos est catalogué comme mal du siècle, mais est-ce une réalité ? A voir l'augmentation des plaintes et des consultations, le coût pour la société et les patients, les arrêts de travail, il semble que ce soit vrai.

« Mais notre siècle est aussi celui de l'obligation scolaire qui allonge le temps passé par nos enfants sur un banc parfois inadapté, en station assise sur une chaise qui n'est généralement pas ergonomique. Ils sont conduits à l'école en voiture, passent une grande partie de leur temps libre assis devant l'ordinateur, la télévision ou la console de jeux... Si l'on ajoute à cela le port d'un cartable trop lourd, les mouvements inadéquats, le manque d'activité physique ou l'obésité, on comprend que les problèmes de dos et les déformations, comme les scoliozes, hyperlordoses ou hypercyphoses, par exemple, soient en pleine expansion et chez des enfants de plus en plus jeunes. D'après les statistiques, un enfant de primaire sur 5 souffre du dos, chiffre qui grimpe ensuite jusqu'à 2 ados sur 3 », poursuit-elle.

Et elle s'est interrogée sur les mesures prises, les moyens d'enrayer le phénomène, l'efficacité de mesures préventives et le rôle de l'école. « Je pense que la prévention est possible et peut être menée dès l'école primaire, chez les 8-10 ans. J'ai donc conçu un programme d'information, de sensibilisation des parents, professeurs de cours généraux, écoliers, médecins scolaires et responsables des achats de l'école, mais aussi des professeurs de gymnastique qui sont, selon moi, garants de la poursuite au quotidien du projet. Il me semble important que les enseignants s'approprient le projet d'éducation au dos et le mettent en place dans leurs écoles, selon leurs spécificités. C'est certainement une philosophie plus payante que des séances d'information une ou deux fois sur l'année... »

Efficace et pas cher

Ce projet consiste à sensibiliser tous les acteurs de l'école sur les bonnes habitudes en matière de dos. « La visite sur les lieux est la première étape de ce projet. Lors de ce premier contact, je vais donner aux enfants une explication sur la

fonction de la colonne vertébrale, ses spécificités, ses courbures, le rôle des muscles ou encore des disques. Ensuite, il s'agit de mettre en évidence les mauvaises habitudes et les moyens pour les corriger : port du cartable, ramassage d'un objet, position assise, position de jeux, etc. Une information sur l'hygiène de vie accompagne ces « formations », comme la nécessité d'un bon sommeil, d'une alimentation équilibrée ou de la pratique d'une activité physique ou sportive régulière. Le tout de façon ludique, avec du matériel que j'apporterais, comme une colonne vertébrale, mais aussi et surtout avec le matériel qu'ils utilisent au quotidien à l'école. »

Parallèlement aux informations données aux enfants, une autre, plus adaptée, est prévue pour les parents, les médecins et le personnel PMS, et une autre encore, plus spécifique, aux professeurs d'éducation physique. « Dans celle-ci, je souhaite intégrer des conseils pour une petite gymnastique au quotidien, à pratiquer en début de cours. Elle ne durerait que 5 à 10 minutes, et comprendrait des exercices de mobilisation de chaque partie de la colonne vertébrale ainsi que du reste du corps, des exercices adaptés de renforcement et d'étirements musculaires, l'apprentissage et la pratique de l'utilisation du bassin pour se pencher en avant, ramasser ou soulever des objets, ainsi que des petits exercices de respiration et de relaxation. Je prévois une séance préliminaire d'environ 2 heures pour leur communiquer les exercices, une autre séance lors du premier passage, et enfin une troisième lors du second passage. » Ce second passage est destiné à évaluer les mesures conseillées et répondre à d'éventuelles questions que se posent tant les enseignants que les écoliers. Il propose également de consolider les acquis des enfants, toujours de manière ludique.

La rencontre avec les responsables d'achats est aussi un volet important de ce projet : « Une

rencontre d'environ 1 heure est prévue pour les sensibiliser à l'ergonomie du matériel utilisé par l'enfant, pour les inciter à s'interroger sur les achats à venir et sur l'adaptation du matériel existant, voire le redistribuer : j'ai constaté que certaines écoles proposaient aux écoliers des bancs trop grands pour eux, des chaises trop hautes. Il ne faut d'ailleurs pas nécessairement de gros investissements, voire parfois pas du tout. Ainsi, si l'école n'a pas les moyens d'acheter autant de coussins ergonomiques qu'il y a de chaises, le but est aussi de dire qu'il y a moyen de couper de quelques centimètres les pieds avants de la chaise, ce qui va inciter l'enfant à basculer le bassin vers l'avant, redressant ainsi son dos. »

Géraldine Vecoven a rentré son dossier au ministère de l'éducation et à celui de la santé pour des subsides. Budget estimé pour un projet pilote dans une école : moins de 7000 euros. Pour étendre ce projet à 3 autres classes : 2250 euros. Bref, rien de bien important. A cette heure, l'ostéopathe attend toujours des réponses, mais compte bien insister si nécessaire. A suivre...

Prof de gym motivé!

Voilà un professeur de gymnastique qu'il ne faudra pas convaincre. **Marcel Debecker**, de l'IPES de Tubize, est le « Monsieur dos » de son école depuis quelques années. Et pour passer de la motivation à la pratique, chez des élèves plus grands, puisqu'ils sont du secondaire, il a mis sur pied deux programmes originaux qui vont dans le sens de ce que préconise Géraldine Vecoven.

Lui, c'est son passé de gymnaste de haut niveau et les maux de dos qui en sont nés qui l'ont sensibilisé. Par la suite, lors de sa formation d'enseignant, il a constaté que si les profs sont exposés aux problèmes de dos, les étudiants de l'école normale pour devenir professeurs de gymnastique ne reçoivent aucune formation sur le dos. « Alors qu'ils doivent soulever des bancs, des agrès, mais doivent aussi soutenir les élèves ou les recevoir pour éviter les chutes, ils ne bénéficient pas de formation pratique ni de conseils pour le faire en préservant leur dos », s'étonne-t-il.

Il a poursuivi dans sa pratique professionnelle sa mobilisation pour prendre en considération le dos des élèves, initiant deux projets intéressants. Le premier est la classe dite ergonomique : « Nous avons acheté des coussins ergonomiques à placer sur les chaises traditionnelles et nous avons étudié la possibilité de faire fabriquer, par nos étudiants en menuiserie, des pupitres inclinés, à placer sur les bancs classiques. Avec l'aide d'un ostéopathe et d'un médecin scolaire, nous avons étudié l'inclinaison idéale, à la fois pratique (une inclinaison trop importante ferait glisser les documents) et efficace (suffisante pour que les élèves ne penchent pas trop la tête vers le bas). Nous avons fixé cette valeur idéale à 10°. La qualité du bois a été déterminée par le professeur de menuiserie : un bois dur et qui

ne s'abîme pas trop vite. Il a été verni pour faciliter l'entretien, mais force est de constater que les élèves font preuve d'un grand respect pour ce matériel qui d'une part est réalisé par leurs copains, et d'autre part contribue à leur santé. »

Les élèves de 5^e et 6^e année ont donc fabriqué une trentaine de pupitres pour une seule classe, et les coussins ergonomiques ont été ajoutés. L'objectif est de progressivement équiper toutes les classes, sans pour autant vampiriser le cours de menuiserie! Quant aux coussins ergonomiques, ils ont été préférés aux ballons-sièges car avec ces derniers, les élèves ont trop tendance à jouer et à être moins attentifs...

Cette initiative s'est par ailleurs accompagnée d'un projet que les élèves devaient s'approprier : « Ils devaient inventer, dans le cadre du cours de dessin, un signet pour le journal de classe qui leur rappelle qu'ils doivent penser à leur dos. Nous avons élu l'un des projets qui a été généralisé. »

Intégrer les jeunes dans le mouvement s'avère donc plus que payant.

Penser aux futurs adultes travailleurs

L'autre volet de son initiative consiste à prévenir les problèmes de dos chez les élèves qui se destinent à une profession dans le secteur de la construction. Des professions qui sollicitent énormément le dos des travailleurs et qui sont très à risque, notamment de chutes. « J'ai donc complètement inventé un cours de gymnastique "sécuritative", à raison d'une heure par semaine aux élèves de la 3^e à la 6^e professionnelle avec le soutien de ma direction. Ce cours se déroule sur le temps de midi et je dois avouer avec plaisir que j'ai très peu d'absentéisme! » Cette gymnastique a pour but d'inculquer aux élèves les bons gestes pour préserver leur dos, et ce dans des conditions les plus proches possible de leur futur cadre de travail.

« Nous reconstituons des situations rencontrées par les ouvriers sur les chantiers dans notre salle de gymnastique. Le matériel comme les brouettes, les outils etc. nous sont prêtés par le personnel d'entretien de l'école et nous élaborons ici un échafaudage, là un plan incliné qui aboutit sur une surface horizontale, là encore des échelles de corde, etc. Il s'agira par exemple d'apprendre à monter une charge dans une brouette via la poutre de manière à ne pas se blesser au dos; à simuler une chute dans laquelle je vais leur apprendre à bien tomber; à porter des charges encombrantes en hauteur, etc. » Le travail se fait sur tous les plans. Il est notamment physique avec une préparation par un renforcement des abdominaux, des étirements du dos ou de musculation des cuisses pour apprendre à les faire travailler au lieu d'utiliser le dos, notamment pour soulever des charges. Mais il fait appel aussi à la proprioception (désigne la capacité du cerveau humain de connaître à tout instant la position du corps

dans l'espace), pour que ces jeunes sentent leur colonne vertébrale et ses courbures naturelles, ou au renforcement de la coordination des mouvements et de leur dextérité. Pour ce faire, les étudiants ont participé à des activités dans une école de cirque.

Ils peuvent aussi pratiquer plusieurs sports, ceux de raquette (ping-pong...) s'apparentant d'ailleurs au maniement d'outils! « Mon objectif est de leur faire modifier des comportements, mais cela prend du temps. Je veux aussi les aider à lutter contre le vertige et les habituer à travailler en hauteur en toute confiance, tout en respectant leur dos de manière automatique. »

Cette formation, Marcel Debecker l'a élaborée seul, au fil du temps et en s'inspirant de gestes inculqués notamment dans les écoles du dos. Il a agrémenté le tout d'imagination, en utilisant le matériel à sa disposition. « Je teste toujours les exercices avant de les proposer au cours, d'abord au sol, ensuite en hauteur. »

Ses exercices sont également l'occasion d'instaurer une communication entre les élèves. Ainsi, pour leur faire porter une charge de plus de 25 kg, il préconise, comme la loi l'impose, de travailler à deux. L'un des élèves doit donc faire appel à un comparse, ce qui, pour certains, est déjà une prouesse en soi! Il joue en quelque sorte, soit dit en passant, le syndicaliste qui apprend aux jeunes à ne pas accepter des tâches mettant leur santé ou leur sécurité en péril...

« J'ai aussi inventé plusieurs types de 'Tours du monde' où au moins deux élèves évoluent, reliés soit par une planche, soit par une simulation de châssis de fenêtre. Ici, une communication judicieuse est essentielle à la sécurité de chacun, pour progresser ensemble et passer outre l'individualisme qui les caractérise souvent. »

Motivations à coordonner

Ces deux initiatives privées sont certainement très intéressantes et méritent d'être signalées. Notamment pour leur philosophie, axée sur la participation active des principaux intéressés : enseignants et écoliers/élèves pour l'essentiel. Cependant, elles se heurtent à un problème fondamental : le manque de coordination. La motivation est réelle et intense car ces deux personnes sont totalement bénévoles, mais chacun travaille dans son coin.

Résultat : personne ne se sent soutenu, les autorités et les médias n'y accordent pas l'importance méritée et la motivation risque bien de disparaître, avec les projets pourtant porteurs. A quand une association de spécialistes ou de professionnels motivés qui pourraient à la fois coordonner tous les projets intéressants, les généraliser et... demander des subsides aux pouvoirs concernés ? Ils auraient plus de poids et exerceraient une pression plus importante...

Carine Maillard

Pas de vaccin contre l'hiver

C'est avec ce slogan que la Ministre **Catherine Fonck** relance une campagne en Communauté française destinée à sensibiliser les personnes âgées de 65 ans et plus à l'importance d'un bilan de vaccination annuel à l'automne.

Grippe

On le rappelle régulièrement et pourtant... La grippe, le pneumocoque, la diphtérie et le tétanos tuent encore chaque année en Belgique. A elle seule, la grippe peut faire de quelques centaines à plusieurs milliers de victimes au gré des épidémies, dont une majorité de personnes âgées. Or nous disposons aujourd'hui d'une des mesures de prévention les plus efficaces dans l'histoire de la médecine : la vaccination. Seuls 6 Belges âgés de 65 ans et plus sur 10 recourent à cette protection. Pourtant, 1 500 personnes en moyenne meurent encore de la grippe chaque année.

Si elle nous est familière, la grippe n'est cependant pas une maladie banale. Elle peut avoir des conséquences graves voire mortelles chez les sujets à risque de complication, tels que les personnes âgées de plus de 65 ans, plus fragiles, et les malades chroniques. Très contagieuse (via la toux ou les éternuements), elle est régulièrement à l'origine d'épidémies. A ne pas confondre avec un rhume ou un refroidissement, la grippe est causée par un virus appelé Influenza. Ce virus est en perpétuelle mutation ; de nouvelles souches apparaissent chaque année.

Pour les personnes âgées de plus de 65 ans et les personnes à risque de complication, ainsi que pour leur entourage, il est donc recommandé de procéder chaque année, avant l'hiver, à une vaccination contre la grippe, de manière à ce que l'organisme puisse s'armer contre ces nouveaux intrus.

Par ailleurs, la Communauté française a pris conscience depuis 2 ans déjà du problème spécifique posé par la vaccination insuffisante des professionnels de santé. Médecins, kinésithérapeutes, personnel infirmier, aides familiales et ménagères, personnel administratif des hôpitaux en contact direct avec les patients... Voilà un ensemble de personnes qui devraient impérativement être vaccinées annuellement, afin de réduire la transmission du virus aux patients à risque auxquels ils donnent des soins. En effet, toute personne infectée (même présentant peu de symptômes) peut transmettre le virus de l'Influenza. La transmission nosocomiale de la grippe est décrite, tant dans des hôpitaux que des maisons de repos et des milieux d'accueil pour personnes handicapées. Dans ces institutions, jusqu'à 25 % des membres du personnel non immunisés peuvent développer la grippe durant les mois d'hiver et servir ainsi

de porte d'entrée au virus.

Cette année, une brochure scientifique de sensibilisation sera diffusée aux médecins généralistes. Un travail de proximité sera également mené auprès des hôpitaux, pharmacies, maisons de repos, mutuelles, services socio-culturels... afin de toucher directement les plus de 65 ans dans leur milieu de vie. Cette première phase d'information sera suivie durant l'année 2006 d'autres initiatives visant progressivement un public plus varié de professionnels : directeurs médicaux et personnel des hôpitaux, médecins du travail, etc. Enfin, en Belgique, la vaccination est classiquement recommandée aux enfants de plus de 6 mois fragilisés par une affection chronique (des poumons, du cœur, des reins, etc). Les enfants sont des vecteurs de dissémination importants du virus, mais la vaccination généralisée des enfants contre la grippe n'est pas retenue actuellement : en effet, les données scientifiques justifiant une telle politique de santé publique manquent encore et en outre, d'autres vaccinations sont prioritaires.

Pneumocoque

Chez l'adulte, le pneumocoque induit généralement une pneumonie. On estime à 20 000 le nombre de personnes atteintes chaque année en Belgique d'une infection sévère due au pneumocoque et à 2000 le nombre de décès liés à ces infections. Deux tiers des bactériémies (infection généralisée) à pneumocoque surviennent chez des personnes de plus de 50 ans, avec une augmentation importante des cas chez les plus de 60 ans. Par ailleurs, la résistance du pneumocoque aux antibiotiques s'est accrue de manière alarmante dans plusieurs pays européens. Pour toutes ces raisons, la vaccination contre le pneumocoque est recommandée à tous les adultes de 65 ans et plus, ainsi qu'à certaines personnes atteintes de maladie chronique.

Tétanos et diphtérie

En Belgique, grâce à la vaccination généralisée contre le tétanos et la diphtérie (mise en place en 1959), ces deux maladies ont pratiquement disparu. Le tétanos ne s'observe plus qu'occasionnellement, mais encore trop souvent, principalement chez des personnes âgées ayant négligé les rappels de vaccin. Selon plusieurs études, la protection contre le tétanos et la diphtérie décroît avec l'âge. Au-delà de 40 ans, plus de la moitié de la population ne posséderait plus



d'immunité satisfaisante contre la diphtérie. Or le risque d'épidémie réapparaît lorsqu'un tiers de la population n'est plus protégé. C'est pourquoi les rappels de vaccination, actuellement administrés à l'aide d'un vaccin combiné contre le tétanos et la diphtérie, sont recommandés tous les dix ans, à partir de l'âge de 15-16 ans.

Campagne de sensibilisation

Une brochure scientifique sera diffusée à 9000 exemplaires, principalement aux médecins généralistes.

Une affiche sera diffusée aux médecins généralistes, aux hôpitaux, communes et CPAS, aux pharmaciens, aux services sociaux et culturels s'adressant plus spécifiquement aux personnes de 65 ans et plus, aux mutualités. Plus de 110.000 dépliants seront diffusés via ces divers partenaires. Le site www.vacc.info, accessible depuis 2004, met de nombreuses informations en matière de vaccination à la disposition du public.

La ministre souhaite, grâce à la collaboration des médecins généralistes, accroître le taux de couverture vaccinale des plus de 65 ans et des professionnels de la santé. L'information et la proximité sont les maîtres mots de cette campagne lancée pour l'automne.

La campagne « Il n'y a pas de vaccin contre l'hiver. Il existe un vaccin contre la grippe » est coordonnée par le SCPS - asbl Question Santé, avec la participation de la Société scientifique de médecine générale et de Provac, avec la collaboration de l'Ophaco, de l'Association pharmaceutique belge, du Journal du Médecin, des Mutualités chrétiennes, des Mutualités socialistes, des Mutualités libres, des Mutualités neutres et des Mutualités libérales (sauf erreur de notre part, cette participation des cinq organismes assureurs belges est une première – ndlr).

Bon à savoir : après la parution du matériel d'information, un arrêté ministériel est paru qui étend à tout le monde le remboursement partiel du vaccin pour la saison 2005-2006, du 1^{er} octobre au 1^{er} avril 2006.

D'après un communiqué de la Ministre Catherine Fonck

Les jeunes et le tabagisme

Le début de l'adolescence est l'âge où un pourcentage élevé de jeunes commencent à expérimenter les produits du tabac. L'enquête "Health Behaviour in School-Aged Children" réalisée dans 35 pays, destinée entre autres à analyser les comportements d'adolescents face à la consommation de tabac, révèle une augmentation spectaculaire du nombre de jeunes déclarant avoir goûté au tabac entre 11 et 15 ans.

Le tabagisme pose un sérieux problème dans nombre de nouveaux Etats membres de l'Union européenne : la Lituanie, la Lettonie, l'Estonie, la République tchèque, la Pologne et la Hongrie figurent parmi les 12 pays affichant les taux de tabagisme les plus élevés parmi les jeunes. Ces résultats sont particulièrement alarmants lorsque l'on sait que le fait de commencer à fumer très jeune est l'un des principaux indices non seulement d'une consommation ultérieure de tabac mais aussi d'une consommation plus intense.

Garçons et filles

La proportion de jeunes fumeuses ne cesse d'augmenter dans un certain nombre de pays et de régions, et l'on décèle une certaine répartition géographique dans les différences de comportements liés au tabagisme en fonction du sexe, en particulier dans le groupe de jeunes plus âgés :

- plus de garçons que de filles fument dans les pays de l'Est;
- les différences entre les sexes sont minimales dans les pays d'Europe centrale et méridionale;
- plus de filles que de garçons fument dans de nombreux pays d'Europe occidentale et septentrionale;
- les garçons sont susceptibles de commencer à fumer plus jeunes que les filles.

Les premiers symptômes de dépendance peuvent se déclarer quelques semaines à peine après une consommation occasionnelle de tabac chez les adolescents. Il existe des indications selon lesquelles les filles développent plus vite des symptômes de dépendance à la nicotine que les garçons.

Facteurs favorisant la consommation de tabac chez les jeunes

Les raisons pour lesquelles une personne commence ou arrête de fumer sont multiples :

Amis, parents, famille

L'expérimentation du tabac intervient pendant la jeune adolescence.

La consommation de tabac commence souvent comme une activité sociale, les premières ciga-

rettes étant offertes par des amis. L'approbation ou la désapprobation parentale à propos de la consommation de tabac en général revêt une importance capitale, tout comme l'influence des amis et des frères et sœurs. Les jeunes qui comptent des fumeurs parmi leurs amis et les membres de leur famille sont plus susceptibles de commencer à fumer à leur tour.

Esprit de rébellion

Le fait de fumer représente également un acte symbolique de rébellion, une tentative de transmettre le message que l'on est suffisamment âgé et dur. Les enfants attirés par cette assertion adolescente de la perception de l'âge adulte ou de l'esprit de rébellion semblent surtout issus de milieux connaissant un taux élevé de consommation de tabac parmi les parents, les frères et sœurs et l'entourage, et fréquentent des écoles où la consommation de tabac est courante. Les enfants susceptibles de commencer à fumer ont également tendance à avoir peu d'amour-propre, à obtenir de faibles résultats scolaires et à souffrir d'un manque de bien-être social.

Economie et publicité

La facilité d'accès au tabac, l'exposition à la publicité et la faiblesse des efforts de contrôle du tabac sont autant de facteurs encourageant les jeunes à commencer à fumer.

Que faire ? La "Smoke Free Class Competition"

L'augmentation du prix des cigarettes est particulièrement efficace pour empêcher les jeunes de commencer à fumer et pour réduire le nombre de cigarettes fumées par les fumeurs. Les interdictions de vendre du tabac à des mineurs et les politiques de restriction de l'usage du tabac dans les écoles ou tout autre bâtiment public et sur le lieu de travail semblent également avoir prouvé leur efficacité.

Peut-être les plus importantes de toutes, les interdictions frappant la publicité pour le tabac – qui doivent couvrir tous les types de promotion du tabac – des cendriers portant la marque – qui doivent couvrir tous les types de promotion du tabac – des cendriers portant la marque aux panneaux d'affichage – constituent un moyen particulièrement efficace d'aider les jeunes à éviter le tabac.

La majorité des jeunes veulent arrêter de fumer et pensent qu'ils peuvent le faire seuls, mais peu y arrivent. Bien que les filles soient plus enclines à essayer d'arrêter de fumer que les garçons, ceux-ci ont plus de chances d'y parvenir.

Les jeunes fumeurs requièrent des méthodes de sevrage adaptées à leurs besoins. Il ne suffit pas de simplement appliquer aux jeunes les techniques de sevrage conçues pour les adultes. Elles doivent être modifiées et adaptées à l'âge,

à la culture, et probablement aussi au sexe.

Des programmes de prévention s'imposent qui commenceraient très tôt (à l'école maternelle / primaire) et qui seraient poursuivis tout au long du cycle d'enseignement. Ces programmes devraient, en outre, comporter des éléments spécifiques selon le sexe. Les adolescentes devraient faire l'objet d'une attention particulière car le taux de consommation assidue de tabac croît plus vite chez les filles que chez les garçons et pourrait engendrer des effets sur la santé spécifiques à la population féminine.

À titre d'exemple de programme intéressant, citons la "Smoke Free Class Competition" (SFC; www.smokefreeclass.info). La SFC est un concours de classes non-fumeurs organisé dans les écoles à l'échelon européen. Les classes s'engagent à ne pas fumer pendant une certaine période allant jusqu'à 6 mois et celles qui réussissent peuvent gagner différents prix, le premier étant un voyage dans l'un des autres pays participants. Le programme a été mis en œuvre dans 17 pays, recueillant la participation de plus de 28 000 classes pendant l'année scolaire 2004/2005.

Les études destinées à évaluer l'efficacité du programme révèlent un effet à court terme consistant à différer le moment où les élèves commencent à fumer. Ce projet est financé par l'Union européenne.

Le plus grand bénéfice pour la santé publique

La prévention auprès des jeunes visant à les empêcher de commencer à fumer apporterait le plus grand bénéfice à la santé publique malgré la complexité des raisons pour lesquelles les jeunes se mettent à fumer.

Quoique de nombreuses leçons aient pu être tirées sur les diverses influences exercées sur les comportements des adolescents en matière de consommation de tabac, nombre de questions fondamentales restent sans réponse, telles que la raison pour laquelle certains jeunes expérimentent le tabac mais arrêtent rapidement de fumer alors que d'autres y goûtent et développent progressivement une dépendance à la nicotine.

Tous nos efforts devraient se concentrer sur la réponse à apporter à ces questions et sur l'approche du problème de la consommation de tabac chez les jeunes.

D'après un communiqué de presse du programme 'Help', soutenu par l'Union européenne ("Les opinions publiées ne peuvent en aucun cas être considérées comme l'expression d'une position officielle adoptée par la Commission européenne").

Un vaccin contre le cancer du col

L'histoire de cet exploit vaut d'être contée. Elle remonte à plus d'un demi-siècle. Vers 1950, le biologiste américain **Peyton Rous** est intrigué par le comportement anormal d'une tumeur du poulet. Ce sarcome se développe à une vitesse surprenante. Or dans les cancers que l'on connaît, il y a à l'origine une cellule mutée, qui a acquis le pouvoir d'une prolifération anormale, et le transmet verticalement à sa descendance. Il faut le temps de nombreuses générations pour que la tumeur atteigne une taille détectable. Mais dans le cas du sarcome de Rous, chaque cellule crache une bouffée de virus qui va induire la transformation tumorale dans les cellules avoisinantes. Rous introduit la notion de *virus cancérogène*.

Sa découverte intéressera plus les biologistes que les cliniciens, car dans le monde animal et humain, presque aucun cancer ne présente les caractéristiques de celui de Rous.

Toutefois, l'intérêt pour les virus cancérogènes renaît lorsque des épidémiologistes suggèrent que le cancer du col utérin est une maladie sexuellement transmissible. Elle est fréquente chez les prostituées, et exceptionnelle chez les religieuses. Aux Etats-Unis, un homme qui divorce quatre ou cinq fois, apporte à ses femmes successives un risque de cancer du col. Il le fait en toute innocence, car au moment où il se marie une deuxième ou troisième fois, sa première femme n'a pas encore de cancer. Il lui a transmis un « germe » de cancer qui met longtemps à « fabriquer » la tumeur.

Un virus ? Les laboratoires de virologie se lancent sur la piste pour le capter – y compris mon laboratoire, à l'Institut Pasteur. Or, la mode est au virus de l'herpès génital. En effet, avant l'apparition du sida, ce virus profite déjà de la libération sexuelle pour se répandre. Des cloques apparaissent sur le pénis ou sur la muqueuse vaginale sous forme de crises récurrentes, comme dans le cas de l'herpès labial. Entre deux poussés, le virus reste latent. Heureusement, disent cyniquement les médecins, ces cloques sont douloureuses : ainsi les crises d'herpès diminuent l'envie de faire l'amour aux moments où l'on est contagieux. Une carte pour le 14 février porte le vœu suivant : « Je te souhaite un Valentin sans herpès. »

Nous voici donc, les virologues, à rechercher le virus de l'herpès génital dans les frottis de col effectués en routine avec le test de Papanicolaou. Nous partons de l'hypothèse qu'une sorte de variant aurait pu acquérir la propriété d'un virus cancérogène. Mais nos recherches nous laissent bredouilles. Nous ne trouvons pas trace de ce virus dans les cancers du col. Ni

même dans une lignée de cellules obtenue par **Gey**, à partir du cancer du col d'une noire américaine du nom d'Helen Lane, d'où le nom de cellules HeLa.

Une réaction immunitaire sur la piste d'un vaccin

A l'écart, modeste, doué, persévérant et charmant, le virologue allemand **Harald zur Hausen** étudie les virus de papillomes dénommés HPV, pour Human Papilloma Virus. Les plus courants sont étiquetés HPV 1,2,3... dans l'ordre de leur découverte. Ils sont responsables des verrues dites vulgaires, qui sont très contagieuses mais bénignes, régressant spontanément. Harald en arrive ainsi à HPV 16 et 18, et c'est dans les frottis du col utérin qu'il les trouve. Et dans les cellules HeLa se cache le HPV 18, qui se trouvait-là à notre barbe ! Helen Lane était morte d'une infection par HPV 18 !

De nombreuses études vont faire apparaître que :

- toute infection par HPV 16 ou 18 ne conduit pas nécessairement à un cancer ;
- mais presque tous les cancers du col hébergent l'un de ces virus : ils apparaissent donc comme une cause nécessaire mais non suffisante pour le déroulement vers le cancer ;
- l'infection initiale par ces virus se guérit le plus souvent d'elle-même, grâce à une réaction immunitaire. Ce point met la puce à l'oreille et suggère que l'on pourrait susciter une telle réaction au moyen d'une vaccination.

On savait, avant la découverte de l'étiologie virale du cancer du col, que celui-ci survenait après une étape intermédiaire. La première, appelée maintenant lésion de bas grade, guérit souvent d'elle-même. Sinon elle évolue vers les lésions de haut grade, véritables cancers avec risque de métastases et décès en absence de traitement.

Pour pousser les lésions de bas grade vers un cancer, un cofacteur doit intervenir. Qui donc aide le virus dans son œuvre de cancérisation ? Les soupçons vont d'abord vers les hormones contenues dans les pilules contraceptives. Des enquêtes sur ce point donnent des résultats peu probants. Seules les anciennes formules de pilules à dosage hormonal élevé ont peut-être joué un rôle favorisant.

Avec des gynécologues de la région bruxelloise, nous avons suivi le parcours de femmes testées pour la présence de HPV 16 ou 18 dans le col utérin. Après une contamination sexuelle, le virus disparaît en général en quelques semaines. S'il persiste, des lésions de bas grade apparaissent endéans les quelques mois.

Beaucoup de ces lésions régressent mais pas toutes. Quels événements de la vie d'une femme empêchent cette régression, et font courir la lésion vers le cancer ? Dans notre étude, qui portait essentiellement sur un rôle éventuel de la composition des diverses pilules contraceptives, aucune influence statistiquement significative ne fut mise à jour.

J'allais refermer le dossier, lorsque mon œil s'accrocha sur une colonne des tableaux : tabagisme. Mais oui, c'est vrai : les gynécologues avaient accepté de s'enquérir du nombre de cigarettes fumées et de la durée de la consommation (bien que poser cette question ne leur avait pas beaucoup plu). Alors, nous retravaillons tous les chiffres et repérons que la cigarette n'empêche pas le HPV de déclencher des lésions de bas grade, mais empêche celles-ci de régresser. Il en résulte donc un nombre de cancers plus élevé.

Loufoque, cette insinuation que des produits du tabac puissent atteindre le col utérin ? Pas tellement : chez la femme qui a fumé dans les 24 heures précédentes, on retrouve dans le mucus vaginal un dérivé de la nicotine !

Un vaccin disponible dans deux ans ?

Grâce à des astuces remarquables, deux firmes ont réussi à préparer un vaccin efficace. Celui conçu en Belgique par GSK a été testé aux USA, au Canada et au Brésil. Les résultats de l'essai clinique phase 2 ont été publiés dans la revue *The Lancet* du 13 novembre 2004. Le dossier d'enregistrement devrait être déposé en 2006, et le vaccin pourrait être prescrit en 2007.

L'essai clinique porta sur 1100 participantes et s'étendit sur deux ans et demi. Fait remarquable, les femmes ont participé activement à l'enquête, dans la mesure où elles étaient invitées à pratiquer elles-mêmes le frottis du col. Une étude antérieure avait montré que ce procédé donnait de meilleurs résultats qu'une intervention du gynécologue. Moins crispée, la femme promène mieux la petite brosse sur le col. A l'issue de l'essai clinique, des lésions liées au HPV 16 ou 18 étaient apparues chez 2,5 % des femmes ayant reçu le placebo, et chez aucune des vaccinées.

S'il est appliqué dans le monde, ce vaccin pourrait sauver du décès 270.000 femmes, par an, dont plus de 80 % dans les pays en voie de développement. Le couronnement d'une belle histoire pour Harald zur Hausen. Un prix Nobel mérité ?

Lise Thiry

La Conférence européenne de l'UIPES 2005

La 6^e Conférence européenne de l'Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé (<http://www.uhpe.org>) s'est tenue à Stockholm du 1^{er} au 4 juin 2005. Intitulée «**Meilleures pratiques pour une meilleure santé**», la rencontre était consacrée à l'efficacité, à la qualité et aux évidences de la promotion de la santé pour la pratique. C'est dans ce cadre général que la contribution de l'ULB-PROMES à l'évaluation de la formation des services PSE a été présentée.

L'Institut national suédois de santé publique, organisateur de cet événement, a rendu accessible l'ensemble des communications orales sur le site <http://www.bestpractice2005.se>. Il est possible de télécharger les documents en anglais en cliquant sur *documentation* et ensuite sur le *nom de l'auteur*.

Outre les exposés en plénière relatifs à l'intégration des évidences de la promotion de la santé dans la pratique, dans la recherche et dans les législations, les panels ont abordé l'évidence en médecine du travail, dans les systèmes de soins et dans les communautés.

Les questions d'équité ont également été débattues en plénière. Les points de vue politiques des responsables de l'Union européenne et de l'Organisation mondiale de la santé sur l'amélioration de la santé des citoyens ont fait l'objet de vifs débats par exemple autour du glissement de la promotion de la santé vers la médecine préventive notamment en matière de lutte contre l'obésité.

Concernant la promotion de la santé à l'école, nous avons pointé divers travaux dont ceux dévolus à l'approche psychosociale positive pour encourager la participation des enseignants dans les programmes (Viig N.); à la promotion de la santé mentale dans les écoles (Franze M.); aux programmes de prévention de l'alcoolisme et de l'abus de drogues chez les adolescents pour les parents (Bremberg S.); aux standards nationaux américains d'éducation pour la santé (Smith S.); à la qualité, à l'équité et à l'efficacité des services de médecine scolaire (Kivimaki H.M) et au nouveau rôle de l'infirmière scolaire (Bourène H.K) et enfin à la comparaison des approches

« comportements de santé » et « compétences générales » (Guldbrandsson K. et Bremberg S.). Des présentations de ces travaux sont disponibles sur le site de la conférence (cf. supra).

Une mention toute particulière et un coup de cœur pour la présentation en atelier de l'évaluation d'un programme de promotion de la santé d'éducation parentale, par **Maître Ribeiro Campos**, avocate au Barreau de Rio de Janeiro qui tente de réinsérer des familles dépourvues de tout et condamnées par les tribunaux de la Jeunesse locaux.

Grande leçon d'humanité d'une dame qui se demandait ce qu'elle venait faire au sein de spécialistes de la santé publique. Son témoignage nous a montré l'étendue des ressources humaines de la promotion de la santé quand elle est utilisée par ce que j'ai envie de nommer des « justes ».

Geneviève Houioux, Chercheur ULB-PROMES

D'autres infos PSE sur

<http://www.ulb.ac.be/esp/promes/pse>

RÉFLEXIONS

Les programmes locaux et régionaux de santé : impressions québécoises

Il y a un an, le 2^e Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé rassemblait, dans la très jolie ville de Québec, quelque 700 personnes venues de 46 pays. Tout ce petit monde s'est rassemblé autour d'environ 300 conférences et présentations. C'est dire la richesse des propos tenus... et la difficulté d'en faire une synthèse. Education Santé était sur place et a épinglé pour vous quelques éléments dignes d'intérêt.

Donner la parole au terrain

Un des grands objectifs du colloque était bien de donner la parole aux acteurs, qu'ils interviennent sur le plan local, le plan régional ou le plan national, qu'ils soient praticiens, chercheurs ou décideurs politiques.

Sur le terrain, les acteurs sont tous les jours confrontés à l'application des concepts théoriques et validés de la prévention et de la promotion de la santé. Or, force est de constater qu'un écart existe bien entre ce qui est connu et validé, et ce qui peut être mis en appli-

cation, faute notamment de financements, mais pour d'autres raisons aussi.

Par ailleurs, des écarts peuvent également exister entre les différents niveaux d'action, du micro au macro, notamment parce que la perception du temps n'est pas la même : pour certains, la visibilité rapide est nécessaire; pour d'autres, l'action demande tout un temps de maturation. En matière de santé, nous savons que les choix individuels sont déterminés par une foule de choses : à nous, acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, à quelque niveau que ce soit, de rendre les choix des comportements de santé naturels, durables et conviviaux pour les gens. Ce défi, que ce soit au Canada, en France, en Tunisie ou en Belgique, c'est-à-dire dans des contextes différents, tous, nous y sommes confrontés d'une manière ou d'une autre.

Faire le lien entre les différents niveaux d'action, mais aussi entre la recherche et les programmes concrets était bien l'un des enjeux du colloque. De même que créer un lieu où des personnes peuvent échanger et essayer d'avancer ensemble.

« Penser globalement, agir localement »

Le thème du colloque était « Renforcer l'intégration de la promotion et la prévention dans les systèmes de santé ». Pour ce faire, **Jacques Bury**, membre du comité scientifique, nous a rappelé l'importance d'agir sur le local, c'est-à-dire là où ça marche, là où il y a le pouvoir et la volonté d'agir. De multiples exposés nous ont donné l'occasion de prendre connaissance d'expériences locales originales. Mais, cette action locale est à mener en pensant globalement, c'est-à-dire dans une perspective articulée, et sur base de données probantes qui nécessitent des méthodes d'évaluation pertinentes.

Le colloque a mis en évidence l'intérêt d'organiser les relations entre les niveaux local, régional, national et international. Il s'agit d'organiser des échanges dans les deux sens, à tous les niveaux, de formaliser des partenariats et d'apprendre à définir les rôles respectifs de chacun.

Pour avoir une meilleure décentralisation, il faut renforcer les compétences centrales. Le changement qui reste local tend à être éphémère. Et au

niveau central, il ne faut pas vouloir organiser et contraindre le local mais proposer des engagements crédibles et des plates-formes d'échanges de méthodes, d'outils et de concertation. L'intersectorialité au palier central oblige au partenariat local et produit des innovations structurantes. Pour une meilleure intégration de la prévention et de la promotion de la santé dans nos systèmes de santé publique, il s'agit donc bien de renforcer les réseaux horizontaux et verticaux.

« Ça réseaute »

Sans pouvoir assister à l'ensemble des exposés, l'intérêt d'un colloque tel que celui-là était sans aucun doute la possibilité qu'il offrait de rencontrer des personnes et associations très diverses ayant toutes des expériences de travail fort intéressantes. Dans les dialogues entamés à chaque table, on a pu assister à des échanges interrégionaux ou internationaux. Quand dans deux systèmes, on se met à travailler sur les mêmes objectifs, il est intéressant de pouvoir confronter ses méthodes de travail, ses modes d'évaluation, ses résultats et la manière dont se structurent les acteurs.

Et les participants ne se sont donc pas privés de « réseauter » selon le vocabulaire québécois. Ainsi en témoigne une chercheuse canadienne intéressée à la base par les actions auprès de personnes avec une déficience intellectuelle. Au fur et à mesure du colloque, elle s'est intéressée à d'autres pistes qu'elle a pu finalement mettre en relation avec ses centres d'intérêt : « J'ai beaucoup entendu parler de préoccupations qui touchaient à l'environnement, qui touchaient les dynamiques politiques. J'ai senti qu'il y avait des initiatives de mises en réseau et il me semble que c'est gagnant. »

Au cours de la table ronde finale, il a été mis en avant qu'apprendre à travailler en réseau était une nécessité pour travailler efficacement en promotion de la santé.

Mais nous sommes là face à un beau défi : développer ses capacités de gestion de réseau ne fait actuellement pas partie des formations existantes. Et il est difficile de l'enseigner car il s'agirait plus d'un art que d'une science. Le milieu des affaires, construit souvent sur du « réseautage », aurait-il quelque chose à nous apprendre ? Le réseau est bien cette mise en relation des gens pour faire émerger des ressources. Creuser ce concept est une des pistes soulevées par le colloque, avec notamment l'articulation de deux visions du réseautage : le réseau orienté vers un but spécifique, ou le réseau entretenu pour mieux gérer nos relations.

Une présence très vivante de la Communauté française

Autant dans le nombre de participants que dans le nombre de présentations retenues, la Communauté française était bien représentée. Une quarantaine de Belges se sont retrouvés à Québec et une bonne vingtaine de présentations ont pu



De gauche à droite : Maurice B. Mittelmark (président de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé), Sylvie Stachenko (Santé Canada), Fran Baum (Département Santé publique de l'Université Flinders d'Adélaïde) et Luc Berghmans (Observatoire de la santé du Hainaut) à la tribune du colloque

être faites. **Luc Berghmans**, directeur de l'Observatoire de la Santé du Hainaut et vice-président du comité scientifique du colloque, est heureux de le souligner : « J'ai participé à la sélection des communications qui s'est faite de manière assez rigoureuse. Un certain nombre de propositions ont malheureusement dû être refusées. Le fait d'avoir été accepté pour des présentations, c'est la preuve qu'il y a une certaine qualité d'expression de ce qui se fait sur les terrains locaux en Communauté française. » L'apport de la Communauté française était donc assez impressionnant. Pour ceux qui ont eu l'occasion de présenter leur projet, comme **Elise Malevé**, du CLPS de Liège, « c'était surtout intéressant de se remettre les idées en place, de réfléchir par exemple à ce que le partenariat va apporter au projet, question que je n'avais pas pris le temps de me poser. » Chacun a ainsi pu se confronter aux questions et réactions de personnes évoluant dans toutes sortes de contextes.

Une chaleureuse ambiance québécoise

Le contact humain et la découverte conviviale étaient au centre de l'organisation : d'une disposition en tables rondes pour les conférences aux pauses santé, d'une soirée animée sous forme de souper-spectacle à un salon d'exposants très convivial, d'un cocktail de bienvenue par les organisateurs canadiens à un walking dinner « entre Belges » sur invitation de **Pierre Ansay**, Délégué Wallonie-Bruxelles à Québec, d'une visite du vieux Québec ô combien charmant à une excursion aux chutes de Montmorency ou à l'île d'Orléans, tout était mis en place pour vivre ces quelques jours dans une ambiance particulièrement agréable et propice aux échanges. Il est un peu étonnant de devoir aller si loin pour finalement rencontrer beaucoup de compatriotes et nourrir avec eux des échanges très constructifs!

En route vers un prochain colloque

La Déclaration de Québec est claire : l'objectif est bien de tenir un 3^e colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé, sur base des modèles développés à Amiens et à Québec. Gageons que celui-ci permettra autant de « réseautage », de participation active de la Communauté française de Belgique et de richesses entre des expériences de terrain et des réflexions théoriques. D'autres idées sont aussi à l'étude comme des circuits de conférences.

Ce qui est certain, selon Luc Berghmans, c'est que non seulement la notion de réseau d'acteurs locaux est intéressante, mais celle de réseaux internationaux est très riche aussi. « On pourrait créer des réseaux – et il faut le faire – au niveau de la Communauté française, mais finalement, le fait de pouvoir se comparer, travailler avec des situations et des contextes différents, c'est fort enrichissant. On espère, par exemple au niveau du Réfips (Réseau francophone international en promotion de la santé) continuer à enrichir non seulement les aspects d'échanges très pratiques mais aussi réellement des aspects de recherche. » En route donc vers de meilleures pratiques : comme le rappelle **Alain Poirier**, Directeur de la santé publique du Québec, l'action de prévention restera un défi! Dans ce cadre, la question du sens et de l'organisation des partenariats est cruciale.

Anne Avaux, Mutualité chrétienne – Education Santé

Pour en savoir plus, le site www.colloquequebec2004.com propose diverses informations ainsi que l'ensemble des résumés des présentations et certains exposés dans leur intégralité. Un moteur de recherche permet d'introduire des mots-clés, un thème ou un auteur.

La promotion de la santé et les acteurs loco-régionaux : enseignements d'un colloque

Le hiatus entre les acquis scientifiques et leur traduction concrète en amélioration de la qualité de vie des gens est bien connu. Il suffit de rappeler les problématiques du tabac, de l'alimentation déséquilibrée, de la sédentarité, du cancer du sein, voire dans certaines parties du monde de l'accès à la vaccination ou même à l'eau potable pour mesurer l'ampleur du déficit d'appropriation sociale des acquis en promotion de la santé. Et l'on sait que le degré et la vitesse d'appropriation sont très largement dépendants du statut social et économique des bénéficiaires potentiels et de leur degré d'insertion dans des réseaux sociaux.

La question est d'importance : comment faire bénéficier le plus grand nombre des progrès de nos connaissances et de nos pratiques en matière de prévention et de promotion de la santé ? L'enjeu de la diffusion et de l'implantation des acquis préventifs peut faire l'objet de recherche et de discussion suivant différentes perspectives : thématique, sociologique, économique, politique, éthique et bien sûr aussi dans le cadre plus classique d'une évaluation globale des interventions de santé publique et de promotion de la santé.

L'angle d'attaque choisi pour les colloques d'Amiens et de Québec est spécifique. Il s'agit d'examiner les atouts dont disposent les acteurs locaux et régionaux pour faire progresser dans le vécu des populations, les apports potentiels de la prévention et de la promotion de la santé, dans une perspective de développement du bien-être individuel et collectif.

Plus fondamentalement, il s'agit de définir au mieux les responsabilités et les pratiques des acteurs intermédiaires entre la population, dont ils sont proches, et le niveau central, porteur désigné de savoirs, de recommandations, d'orientations politiques et dans une large mesure, du porte-monnaie commun.

La richesse des échanges qui a marqué le colloque montre que, pour particulière qu'elle est, l'approche loco-régionale n'en suscite pas moins un intérêt croissant, parmi les opérateurs professionnels de terrain, les administrateurs de santé publique, le monde académique et dans une certaine mesure les représentants de la société civile. Notons que l'on retrouve cet intérêt pour le loco-régional dans d'autres secteurs comme celui de la culture, du développement économique, des médias et de l'organisation de la

démocratie représentative ou de la participation. L'objectif de cet article est de faire le point sur les enjeux liés à l'intégration de la promotion de la santé et de la prévention dans les programmes locaux et régionaux de santé, à la lumière de l'ensemble des discussions qui se sont tenues dans le cadre du Colloque de Québec.

Cette synthèse repose principalement sur le travail des rapporteurs et présidents d'ateliers actifs au cours de toutes les séances de présentation orale. Ainsi chaque séance a fait l'objet d'un bref rapport qui, selon le format proposé par le comité scientifique, soulignait les acquis, les défis à relever et les questions qui demeurent encore en quête de réponse et interpellent la recherche. De plus, les participants à la discussion plénière de synthèse ont débattu un certain nombre d'idées maîtresses et transversales à l'ensemble des thèmes, idées que nous avons reprises comme architecture de ce bilan.

Le réseau, un outil qui a la cote

Dans presque tous les ateliers et séances de présentations on a abordé, d'une façon ou d'une autre, le travail en réseau. Interdisciplinaire, entre professionnels de santé ou entre professionnels tout court, multisectoriel touchant plusieurs secteurs de la société, passerelle entre le monde associatif et l'univers professionnel et institutionnel, entre le préventif, le curatif et la réhabilitation, local, très local même (par exemple, dans le centre de grandes villes), régional, interrégional, dans un même pays ou entre régions de différents pays, le réseau est devenu outil de référence pour l'action de santé loco-régionale.

Outil, pas panacée. L'accumulation d'expériences et d'avancées, de déceptions et d'échecs aussi, permet de dégager, avec pragmatisme, les facteurs favorisant une bonne production des réseaux. Clarté des objectifs communs et des engagements de chaque partenaire, relation de confiance (et multisectorialité faisant, on avance parfois en terrain inconnu), convivialité, respect des mandats de base des institutions ou groupes participants semblent être les maîtres-mots d'une recette de bon fonctionnement d'un réseau. Recette qui n'existe pas d'ailleurs. Chaque réseau est tissé dans un contexte institutionnel et social particulier et s'active pour une finalité définie dans ce contexte. Cette flexibilité de l'outil explique peut-être son succès auprès d'opérateurs soucieux de coller aux réalités de leur terrain local et obligés, dans bien des cas, d'être très imaginatifs sur le plan de la mobilisation des ressources. A ce niveau, on reconnaît au réseau

la capacité de générer des plus-values mais au prix d'un investissement pour la gestion même des partenariats et la coordination des actions. Et se pose donc la question de la pérennisation de ce pot commun gestionnaire/animateur et par delà, celle du réseau lui-même.

Quelle durée de vie pour un réseau, quelles transitions imaginer vers d'autres formes d'organisations, faut-il institutionnaliser la gestion des réseaux ? Ces interrogations, parmi d'autres, apparaissent en filigrane des présentations de cas et les débats n'ont pas apporté de réponses définitives. Il a été souligné que les professionnels de terrain n'ont que très rarement la formation nécessaire pour susciter et maintenir de tels réseaux.

L'outil est prometteur certes ; restent cependant des espaces de façonnage que beaucoup de participants au colloque semblent prêts à investir malgré le peu d'attention qu'apportent en général les systèmes de santé à la gestion au quotidien des réseaux.

Planification participative et démocratie sanitaire, des concepts émergents

Fin des années soixante-dix, l'acteur de santé local un peu débrouillard pouvait s'appuyer dans son travail balbutiant de programmation sur des guides de planification qui avaient le mérite de la simplicité à défaut de coller vraiment à la réalité. Allez de la situation A à la situation désirée B en prenant l'autoroute stratégique (pas de temps à perdre, il fallait arriver avant l'an 2000), décrite en deux, trois pages. Souvent, le porteur de projet ne se retrouvait pas vraiment dans la situation A et l'autoroute n'existait que sur la carte. Restait à rêver du point B.

La Charte d'Ottawa apprend alors à construire les chemins. L'acteur de terrain s'applique. Ses mains grattent péniblement le granit des problèmes de santé solidement ancrés dans la société. Les changements s'esquissent, lentement. On hésite à fixer des délais et des objectifs trop volontaristes. Où en est-on d'après les congressistes ?

C'est le développement des formes de participation à l'exercice de planification qui a été placé au cœur des débats. Participation pour stimuler l'implication dans les programmes des bénéficiaires, ou à défaut et c'est fréquent, les organisations sensées les représenter. Participation aussi pour confronter les représentations des professionnels et celles de la population dans la définition des problèmes et les solutions à mettre en œuvre.

Manifestement, l'échelle locale et régionale se prête bien à l'exercice de participation par le biais de diverses techniques; conférences locales, focus group, ateliers d'écriture. En fait les expériences présentées au colloque couvrent un éventail assez impressionnant d'efforts locaux déployés pour susciter et encadrer la participation d'une diversité d'acteurs, et ce pour une très grande diversité de questions socio-sanitaires.

Les systèmes de santé s'ouvrent donc à cette délégation à la périphérie de responsabilités en planification participative, textes légaux à la clef. On observe aussi des marches arrières, en particulier en période de disette budgétaire, mais la résultante de ces mouvements oscillatoires va plutôt dans le sens de la décentralisation.

Plusieurs expériences confirment l'intérêt de disposer de données locales de santé pour conduire une planification participative. Le terrain souhaite acquérir les compétences pour interpréter et utiliser correctement les données dont il a besoin et qu'il contribue d'ailleurs à générer. La large diffusion de l'information (en dehors de circuits professionnels habituels) et les comparaisons avec d'autres régions, par rapport à la situation nationale sont perçues comme d'importants leviers de sensibilisation et de pré-mobilisation du public. L'outil cartographique s'avère précieux comme moyen de diffusion de l'information.

Ce mouvement de planification participative est cependant trop récent pour faire l'objet de présentations marquantes sur les résultats en termes de bénéfices santé. Les réflexions portent surtout sur les processus. L'approche participative conduit, selon certains témoignages, à accentuer le caractère global et sociétal des interventions. Toutefois, on relève avec réalisme les difficultés d'aboutir aux consensus opérationnels lorsqu'on travaille avec des partenaires aux références variées. Plusieurs citent l'existence des divergences parfois inconciliables quant à la finalité même des actions préventives, divergences en rapport avec les traditions, les cultures, les contextes socio-économiques de groupes de population.

Le rôle du professionnel de santé publique dans ce processus est donc questionné : animateur éclairant par ses savoirs spécifiques, mais ouvert aux autres savoirs ? Garant méthodologique ? Porteur de démocratie sanitaire (le concept tient à cœur, semble-t-il) ? Organisateur de complémentarités ?

Ici aussi les expériences de terrain conduisent certains à mettre en garde les professionnels contre le danger potentiel de manipulation dans l'approche participative. Être proche des gens pour mieux les contrôler; les transferts de petites parcelles de pouvoir ne remettent pas en cause les vrais rapports de force. Tels sont

les arguments le plus souvent avancés. Dans les débats, il en est, dès lors, qui adoptent une position radicalement non interventionniste de peur d'être complice d'une entreprise de contrôle social. Attitude qui procure un certain confort moral mais qui escamote peut-être un peu trop les responsabilités d'une profession face au développement social et à l'équité par rapport à la santé. Le débat est à suivre.

D'aucuns appellent aussi à renforcer le concours d'autres disciplines dans la mise en place de la démocratie sanitaire locale. Les disciplines du social telle la sociologie, l'anthropologie, l'ethnologie et les sciences politiques ont développé des outils conceptuels et pratiques qui supportent la mise en œuvre et la gestion des partenariats qui fondent l'action loco-régionale. La traduction de ces outils pour en promouvoir l'utilisation pour soutenir l'établissement de démocraties sanitaires demeure encore un défi à relever.

De ce foisonnement, il ressort avec force qu'au niveau local et régional on sort résolument d'une vision statique et mécanique de la planification pour mettre en place des dialectiques participatives, complexes par définition mais probablement porteuses de changements à haute valeur sociale ajoutée en terme de démocratie et de qualité de la gestion publique. Logiquement, dans ce contexte d'expérience collective novatrice, l'évaluation, elle aussi participative, est nécessaire et des méthodes adaptées à ces nouvelles pratiques sont à mettre au point.

Les ressources

Sans surprise, la question des ressources se pose pour de nombreux intervenants. Il est vrai que d'une manière générale, les différents systèmes de santé représentés au colloque ne sont guère généreux ni pour l'action de promotion de la santé ni pour le financement en périphérie.

La demande du loco-régional est d'être pourvu de moyens à la hauteur de ses responsabilités, en particulier celles de l'action communautaire et de l'implantation concrète des programmes, grandes consommatrices d'énergie et de temps. La demande porte sur un niveau de ressources approprié, mais aussi et surtout, sur une stabilité de ces ressources. Des réformes de gestion trop fréquentes lorsqu'elles modifient de manière abrupte des financements minent les efforts de pérennisation de l'action locale.

La multisectorialité impose parfois une recherche de financement auprès de plusieurs bailleurs de fonds, ce qui multiplie la lourdeur administrative. Plusieurs avancent l'idée d'un guichet unique pour le financement de projets multisectoriels au niveau loco-régional. Le système d'appel d'offres à projets est quant à lui bien opérationnel. C'est le complément privilégié de la planification participative. Il donne le coup de pouce matériel aux groupes locaux pour

mener à bien leurs interventions dans des axes prioritaires définis ensemble. C'est le niveau régional qui le plus souvent organise ce type de financement mais on le retrouve aussi à un niveau plus local. Des services d'aide à l'écriture de projets sont parfois proposés, ce qui permet aux opérateurs locaux de se familiariser dans la pratique aux principes de la planification de la santé avec un soutien matériel à la clé.

Un niveau central fort... mais différent

Assez paradoxalement, la périphérie plaide pour un niveau central bien organisé, compétent et outillé. Le paradoxe est vite levé parce que dans le même temps, on lui demande de changer, en partie du moins, de raison d'être dans le système. Il faut inverser les logiques. Ce n'est pas le local qui est une "ressource" pour l'exécution de programmes d'origine centrale (refrain bien connu) mais au contraire le central qui doit devenir ressource pour aider le local dans son action communautaire. Cette aide passe, comme on l'a écrit plus haut, par une stabilisation de la donne budgétaire, mais aussi par un soutien qualitatif. Des référentiels de méthodes et documentaires, de la coordination, éventuellement du matériel de diffusion, de l'accompagnement, et aussi, des formes d'évaluation centrées sur l'amélioration des pratiques plutôt que sur les besoins d'imputabilité du niveau central sont autant de fonctions centrales souhaitées par le local. Dans les systèmes fortement décentralisés, ces responsabilités sont d'ailleurs assurées aussi par le niveau régional qui présente l'avantage d'une interface directe avec les intervenants de terrain.

Autre constat du colloque : un plan de santé conçu dans une perspective multisectorielle au niveau national favorise le travail multisectoriel local et inversement.

La recherche et la formation

Bien que des résultats de recherche aient alimenté nos discussions tout au long du colloque, c'est vraiment au cours de la séance de discussion plénière que ces deux questions ont été examinées. Le développement et la gestion des programmes sur une base loco-régionale requiert des compétences multidisciplinaires et des habiletés professionnelles de liaison qui ne font pas partie des cursus traditionnels des professions de la santé. Au problème déjà criant de l'adéquation des effectifs des personnels de santé publique aux niveaux local et régional, s'ajoute celui de leur formation. Il semble que l'ajout dans la formation de base des personnels de santé de modules ad hoc concernant le développement et la gestion de base de programmes locaux ne soit pas une solution.

L'intégration de la promotion et de la prévention dans les programmes locaux et régionaux

de santé commande un ensemble de compétences qui prennent tout leur sens lorsqu'elles sont intégrées dans un cursus professionnel spécifique. Le besoin d'écoles de santé publique et de programmes de formation spécifiques a été souligné à cet égard.

Les immenses besoins de formation continue pour une main-d'œuvre à qui l'on demande continuellement de réinventer sa pratique ont aussi été soulignés, de même que le rôle clé des associations professionnelles de santé publique et des fédérations internationales pour combler ces besoins. En effet ces organisations professionnelles, qui sont souvent en position de créer des passerelles entre les différents niveaux de planification, sont très bien placées pour traduire les nouvelles réalités des programmes loco-régionaux en besoin de formation.

On l'a constaté tout au long du colloque, les besoins de recherche sont immenses et très variés. Les problèmes soulevés par la programmation loco-régionale en matière de prévention et promotion de la santé sont nouveaux en plus d'être nombreux. Le travail en partenariat pour la planification et la mise en œuvre des programmes commande des formes d'évaluations qui respectent ces partenariats. Le développement d'outils qui promeuvent une autonomie locale en matière d'évaluation semble un passage obligé pour réaliser un couplage efficace de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes. L'évaluation des programmes constitue une fonction critique

pour renforcer l'intégration de la promotion et de la prévention.

Enfin, la nécessité d'établir des liens entre l'action locale et les préoccupations globales de développement durable a été soulevée. Sur une planète que les technologies d'information et de communication rend de plus en plus petite, il devient impératif de tisser des liens entre les différents « mondes locaux ». Encore ici, la notion de réseau revient en force, mais à l'échelle planétaire cette fois. Les tensions, les mouvements et les forces de changement qui opèrent au niveau global ont des répercussions locales. La création de solidarités et de liens entre la multitude d'expériences locales semble être une avenue à explorer pour assurer davantage la survie des programmes à base loco-régionale. En ce sens la forte représentation de pays du Sud au colloque de Québec a ouvert la voie au développement de réseaux qui tissent des liens dans une diversité de réalités locales.

En guise de conclusion : les perspectives

Le colloque a croisé avec succès les débats sur l'implantation des programmes de prévention et de promotion de la santé et sur la définition du rôle des acteurs locaux et régionaux dans les systèmes de santé. Les expériences de terrain discutées lors de la rencontre ouvrent des perspectives d'échanges et d'approfondissements dans les champs de l'organisation des systèmes, de la recherche, de la formation et

de l'éthique professionnelle. Les thèmes ouverts à la réflexion par les participants à partir de leur vécu professionnel gravitent autour de l'utilisation de données à l'échelle locale, des formes de participation de la population dans la mise en œuvre de programmes, des techniques d'évaluation, de la spécificité du travail en réseau et des attentes des opérateurs régionaux et locaux par rapport au niveau central et plus globalement par rapport à une nouvelle architecture des systèmes de santé.

Cette réflexion va certainement s'intensifier au travers des multiples réseaux interrégionaux et internationaux générés par la dynamique d'Amiens et de Québec. Rendez-vous donc au 3ème Colloque sur les programmes locaux et régionaux de santé pour faire le point.

Luc Berghmans, Observatoire de la Santé du Hainaut, et **Louise Potvin**, Médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Adresse pour correspondance : Luc Berghmans, observatoire.sante@hainaut.be.

Observatoire de la santé du Hainaut, rue St-Antoine 1, 7021 Havré.

Cet article a déjà été publié dans la Revue Promotion et Education, no hors série 3, 2005, pp 68 – 71 de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (internet : www.iuhpe.org). Il est reproduit avec son aimable autorisation.

LU POUR VOUS

La BD contre le silence : les enfants atteints du VIH/Sida font du bruit!

L'infection par le VIH/Sida n'épargne pas les enfants... Il n'est pas superflu de répéter qu'aujourd'hui, pas moins de 16 000 nouveaux cas de séropositivité se déclarent chaque jour dans le monde, dont 3 rien qu'en Belgique et que, dans notre pays, 67% des nouveaux cas sont des jeunes de 15 à 24 ans.

La plupart du temps, ceux-ci ont le virus dès leur naissance, et ont été contaminés par leur mère, elle aussi atteinte. En l'absence de traitement, ces enfants vont très vite présenter des signes graves de la maladie, et ont peu de chances de survivre. Le pire est que, bien souvent, la famille de ces enfants (mère, père, frères et sœurs) est aussi atteinte du virus.

Dans ces conditions, il est d'autant plus difficile d'assumer les soins de l'enfant.

Cette maladie est trop souvent stigmatisée à cause de son mode de transmission. Cela a un impact considérable sur le développement de l'enfant, et empêche toute communication autour de la maladie. Le secret quant au diagnostic est maintenu vis-à-vis de l'entourage mais surtout au sein de la famille. L'enfant lui-même est souvent très tardivement informé de la gravité de sa maladie.

Pour prendre en charge ces patients, il est nécessaire de réunir autour d'eux une équipe psycho-médico-sociale, qui devra aborder de façon pluridisciplinaire les différents problèmes auxquels sont confrontés les enfants.



Le traitement du VIH/Sida actuellement...

Depuis près de 10 ans, des médicaments permettant de contrôler efficacement le virus sont disponibles. Ils ne guérissent pas l'infection mais l'empêchent de progresser. Ils ont donc profondément changé l'impact de la maladie et les exigences de la prise en charge.

Le VIH/Sida est devenu une maladie chronique et ses complications sont moins fréquentes et sévères qu'il y a 10 ans. Le traitement est par contre difficile à assumer pour le patient. Il implique la prise quotidienne astreignante de médicaments souvent inadaptés pour l'enfant. Les effets secondaires des traitements sont nombreux et nécessitent une surveillance médicale régulière. Et si la prise n'est pas respectée, le virus infectant le patient peut devenir résistant à ces médicaments!

Face à cela, un des objectifs majeurs des équipes de prise en charge des enfants est de réunir toutes les conditions pour une adhésion optimale de ces derniers au traitement. Les soignants vont devoir donner une information adaptée à l'âge de l'enfant sur la cause et les caractéristiques de sa maladie, sur les principes du traitement, les causes d'échec... Un accompagnement aux aspects pratiques du traitement va aussi être envisagé (comment avaler les comprimés de grande taille, comment gérer son stock de médicaments, etc.). Enfin, la prise en charge des adolescents confrontés aux questions que soulèvent l'infection par le VIH à propos de leur espérance de vie, de leur sexualité, de leur désir de fonder une famille, s'avère indispensable dans cette étape difficile de leur existence.

Ce nouveau système de fonctionnement a ouvert la voie à un dialogue plus libre autour de la maladie, tout en respectant la confidentialité. Ce changement a donc aussi naturellement amené les enfants à vouloir rencontrer d'autres patients atteints de la même affection.

Les enfants et adolescents pris en charge au CHU Saint-Pierre

140 enfants et adolescents atteints par le VIH/Sida sont actuellement suivis dans cette clinique bruxelloise. Pour répondre à leurs besoins, l'équipe du CHU a pris, ces dernières années, quelques initiatives. Des outils didactiques ont été créés et présentés aux jeunes malades.

A côté de cette prise en charge individuelle, l'équipe propose aux enfants d'une même tranche d'âge, ayant une connaissance identique de leur maladie, de participer à des ateliers aux cours desquels se partagent le vécu de la maladie, du secret, des traitements...

C'est ainsi qu'un groupe d'adolescents s'est fixé comme objectif d'expliquer à ses pairs ce que c'est d'être né et de vivre avec le VIH/Sida, et a créé 'La BD contre le silence', parue aux Editions Dupuis¹.

La BD contre le silence

Pour la première fois, des jeunes séropositifs bruxellois ont choisi de s'exprimer avec leurs mots, de manière anonyme, sur leur maladie. En 2002, il a été décidé, au CHU St Pierre, de proposer à une quinzaine d'enfants et adolescents séropositifs de participer à un atelier d'écriture de bande dessinée. Une année durant, une fois par mois, ceux-ci se sont réunis pour inventer des histoires, imaginer des personnages et des gags. Le tout avec l'aide de trois dessinateurs professionnels.

Pour le CHU St Pierre, l'objectif est atteint : les jeunes ont pu parler par l'intermédiaire des héros de BD qu'ils ont imaginés. Cela a donné des planches amusantes, dérangementes, interpellantes. En regard de ces planches, le lecteur trouvera des textes explicatifs, courts et accessibles à un public jeune, rédigé par des spécialistes (psychologues,

médecins). Ces textes expliquent clairement des notions parfois compliquées, dénoncent les idées reçues, etc. Des témoignages d'enfants infectés par le virus parsèment aussi tout l'ouvrage.

Les objectifs de l'album sont multiples. Le premier est de permettre à des enfants et adolescents atteints d'une maladie stigmatisée de s'exprimer, via un outil de communication, avec leurs pairs. Le second est d'améliorer, grâce à la diffusion de cet outil, l'intégration des jeunes séropositifs dans la vie de tous les jours, en sensibilisant des adolescents à la vie de certains de leurs condisciples qui n'ont pas tous la chance d'être en parfaite santé. Et enfin, le dernier est de créer un outil de prévention contre le sida destiné aux jeunes de 12 à 18 ans.

Au final, la BD contre le silence est un formidable outil d'éducation pour la santé, original et poignant par ses témoignages; un outil qui fait tomber les préjugés et qui permet de se rendre compte de ce que vivent ces enfants, pas seulement à cause de leur maladie, mais surtout à cause du regard des autres, du secret qui leur pèse...

Cette BD permettra aux professionnels de l'éducation et de la santé de faire passer aux jeunes, avec le sourire, un message de prévention toujours d'actualité!

Un travail de sensibilisation a débuté auprès des acteurs du monde éducatif, politique, mais aussi auprès des instances publiques et privées concernées par la santé des jeunes, afin qu'ils puissent, selon leurs besoins, faire usage de cet album et répondre aux attentes des adolescents dans les mois qui viennent.

Carole Feulien

La BD contre le silence, une initiative d'Anne Linet, Jack Levy et Thierry Tinlot, avec les dessinateurs Salma, Geerts et Mauricet, un album de 48 pages paru chez Dupuis. Il est possible d'acquérir la BD au prix de 12 € en la commandant sur le site www.labdcontrelesilence.com.

DONNÉES

Santé des jeunes d'âge scolaire (9) Difficile de rationaliser l'amour...

Alors que l'âge de la première expérience amoureuse et sexuelle avance, les tendances montrent que la connaissance des moyens de se préserver des conséquences de ces relations sexuelles, comme les infections sexuellement transmissibles (IST, dont le sida) ou les

grossesses non désirées pourrait être meilleure. Une tendance qui est confirmée par l'enquête ULB-PROMES, tout particulièrement pour ce qui concerne le sida. Marlène Alvarez, du SIPS, le centre de planning familial de l'Université de Liège, nous en donne son analyse.

« Prévention et jeunes, cela ne va pas ensemble parce qu'ils vivent en groupe, sont dans le champ des émotions et aiment le risque », explique d'emblée Marlène Alvarez. Une phrase qui, on s'en doute, est tempérée par la suite, mais qui démontre bien la complexité de la tâche qui attend les personnes impliquées dans la prévention auprès d'un public

jeune. « *Chaque jour ou presque, nous nous demandons comment concilier un message de prévention et de risque avec le désir, l'amour, la sensualité...* »

Une oreille de moins en moins attentive

Les premières campagnes contre le sida ont porté leurs fruits : la « génération capote » a bien intégré la prévention et le battage médiatique a joué son rôle. Mais depuis quelques années, les jeunes d'aujourd'hui, trop jeunes à cette époque pour se sentir concernés, ont baissé la garde : les IST sont en recrudescence et le sida en fait partie. « *Aujourd'hui, les discours généraux ne suffisent plus. Il faut atteindre les jeunes dans leur personnalité. Au début, quand nous parlions de préservatifs, les jeunes riaient. Puis il y a eu le sida et ils ne riaient plus, ils l'ont utilisé. Aujourd'hui, il est considéré comme un élément qui implique la méfiance alors que la relation est faite de confiance. Il arrive souvent qu'au moment d'avoir des relations, ils en aient sur eux mais n'osent pas l'utiliser. Il faut donc les aider à l'introduire dans leur pratique sexuelle et amoureuse, pour qu'ils ne s'en passent pas.* »

Alors faut-il intégrer les préservatifs dans l'environnement des jeunes, comme n'importe quel objet banal ? « *Placer des distributeurs de préservatifs partout peut gêner ceux qui n'ont pas encore de vie sexuelle ou qui ne veulent pas l'intégrer, par exemple comme dans certaines cultures. En distribuer gratuitement n'est pas non plus une solution : cela ne responsabilise pas suffisamment les jeunes qui, s'ils n'en ont plus, ne voudront pas nécessairement payer pour en obtenir.* »

L'étude ULB-PROMES démontre par ailleurs que le niveau de connaissance sur les modes de transmission du sida est moindre chez les jeunes qui suivent un enseignement professionnel ou technique. Faut-il dès lors prévoir des campagnes plus spécifiques pour ce public ? « *Je ne suis pas certaine. D'après notre expérience, ces jeunes se montrent moins intéressés, plus résistants à une information sur le sida. Très vite, il est difficile de continuer à discuter sur le sujet. Pourtant, ces jeunes commencent une vie sexuelle plus tôt, ont plus souvent des partenaires multiples... Ils se sentent valorisés par leur vie sexuelle, la valorisation par le statut social étant minime. C'est comme un rituel de passage pour devenir un homme : ils ne sont pas attachés à la fille, mais sont plus intéressés par l'image de leur virilité qu'ils vont pouvoir montrer. Ils considèrent trop souvent que le préservatif est synonyme de perte de virilité. Alors échafauder une campagne spécifique ne peut que les stigmatiser. Il faut selon moi être à leur écoute sans jugement, leur donner l'occasion d'avoir des lieux d'échange et de reconnaissance.* »

La pilule : difficile à avaler...

Autre phénomène : les grossesses non désirées ou leur crainte a fait augmenter la prescription

des pilules du lendemain. La prise de pilule contraceptive est en baisse chez certaines filles, excepté celles de l'enseignement professionnel : « *Ces filles ont compris que la pilule pouvait les aider dans un projet de vie en évitant une grossesse non désirée qui va le contrecarrer. Elles ont un projet d'étude, de vie professionnelle nettement plus clair et veulent accueillir l'enfant dans les meilleures conditions possible* » explique Marlène Alvarez. Un cheminement qui n'est pas fait par toutes les filles pour qui prise de pilule équivaut à une relation stable et durable, un engagement dont elles n'ont pas nécessairement envie dans l'immédiat et qu'elles rejettent temporairement.

Notons que le degré de connaissance sur la pilule est très lié à ce que disent les mères. Et des raisonnements comme « *Puisque ma mère est tombée enceinte alors qu'elle prenait la pilule, je ne la prendrai pas* » ou « *Ma mère m'a dit qu'elle n'a pas pu avoir d'autres enfants parce qu'elle a pris la pilule trop longtemps* » ne sont pas rares...

« *Quant au prix des contraceptifs oraux, il est nettement trop élevé et n'aide pas les jeunes filles à adopter ce mode de contraception¹. En plus, il faut le coupler au préservatif pour se protéger non pas uniquement contre une grossesse non désirée, mais contre les IST. Il y a dans notre politique de santé des situations illogiques : l'interruption volontaire de grossesse est remboursée par la sécurité sociale alors que les pilules contraceptives ou du lendemain coûtent très cher. Cette politique doit être mieux concertée, sur un plan plus global. Car les jeunes sont très sensibles aux contradictions d'un système; s'ils s'y arrêtent, ils risquent d'abandonner la prévention* », poursuit Marlène Alvarez. Par ailleurs, les pilules contraceptives requièrent la consultation et la prescription par un médecin, ce qui peut freiner certains jeunes qui craignent que leurs parents n'en soient informés...

Que ce soit pour la prévention des IST ou des grossesses non désirées, Marlène Alvarez prône une complémentarité des canaux d'information : « *Les campagnes purement informatives vers le public le plus large possible ont montré leurs limites. On sait que les jeunes ont d'autres sources d'informations : les copains, internet, à côté des brochures ou des séances d'information organisées par les écoles. Il faut que ces moyens, qui peuvent être efficaces et remplir leur rôle, intègrent les valeurs des jeunes et soient utilisés à côté des contacts directs, des rencontres personnelles pour parler de situations particulières. Les uns ne vont pas sans les autres.* »

Et elle se dit épatée à certains moments par la capacité qu'ils ont à réfléchir et s'interroger sur



Photo © Isopix / Pierre Rousseau

la place que notre société laisse aux questionnements des jeunes.

Etre parent, mais pas trop!

Par ailleurs, il est important d'encourager les parents à ne pas avoir peur d'informer leurs enfants sur la sexualité sans pour autant s'immiscer dans la vie privée de leur progéniture : « *La relation entre parents et ados n'est pas facile, les premiers considérant que leur enfant ne les verra jamais comme de bons parents... et vice versa. Et même lorsqu'il y a un dialogue entre les deux parties, il y a une grande attente des uns envers les autres qui ne peut que mener à la frustration. Et lorsque les parents sont trop écoutants et négociants, ils n'acceptent pas toujours que leur enfant ne leur dise pas tout. Or, la conservation d'un jardin secret est essentielle dans la relation parent-enfant. Quant aux parents qui ne s'occupent pas de cet aspect de la vie de leur enfant, par exemple parce qu'ils sont pris dans un rythme de vie trop rempli, ils ne savent plus comment aborder la question... Bref, très souvent les parents démissionnent, mais pas volontairement. Car il est très difficile d'accepter d'être là sans l'être trop, de se mêler de la vie de leur enfant mais seulement quand il le demande et de le laisser fixer les limites, d'encourager l'enfant à parler sans lui donner l'impression de vouloir savoir* », conclut Marlène Alvarez.

Carine Maillard

Référence : D. Piette, F. Parent, Y. Coppieters, D. Favresse, C. Bazelmans, L. Kohn, P. de Smet, *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ?*, ULB PROMES, décembre 2003.

Le document est accessible sur le site www.ulb.ac.be/esp/promes.

¹ Notons quand même que depuis le 1^{er} mai 2004, sur une initiative du Ministre fédéral de la Santé Rudy Demotte, les jeunes filles et jeunes femmes de moins de 21 ans paient 3 euros en moins par mois pour leur contraception (cf. C. De Bock, Un meilleur accès à la contraception pour les jeunes, in Education Santé n° 192, août 2004). Cette mesure est toujours d'application (ndlr).

Sites web respectant les bonnes pratiques en matière d'information sur la sécurité des vaccins

Les vaccins sont l'un des plus grands progrès de la médecine et de la santé publique. Ils permettent d'éviter des souffrances, des incapacités et plus de deux millions de décès par an (2003). Toutefois, en raison des succès de la vaccination, certaines maladies ne sont plus perçues comme des menaces et des groupes remettent même en question l'utilité de vacciner. Ces dernières années, on a vu apparaître sur Internet des sites donnant des informations partiales, trompeuses et alarmantes sur la sécurité des vaccins, rendant plus difficile l'identification des sources fiables d'information.

Reconnaissant ces problèmes et à la demande pressante de gouvernements, de grandes organisations non gouvernementales et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'OMS a mis en place en 2003 le projet "Réseau pour la sécurité des vaccins".

"Ce réseau a été créé pour faciliter l'accès des autorités de santé publique, des professionnels de la santé et du grand public à des informations fiables sur la sécurité des vaccins", explique le

D^r Philippe Duclos, expert médical, qui dirige à l'OMS le *Projet prioritaire pour la sécurité des vaccinations*.

L'un des acteurs essentiels du projet est le *Comité consultatif mondial sur la sécurité des vaccins* (GACVS), créé par l'OMS en 1999 pour intervenir rapidement, efficacement et avec toute la rigueur scientifique voulue en cas de problèmes de sécurité vaccinale d'envergure mondiale.

En ce qui concerne l'information, le Comité consultatif a retenu quatre critères de qualité ayant trait à la crédibilité, au contenu, à l'accessibilité et à la présentation. Pour respecter les critères de crédibilité et de contenu, les sites doivent clairement indiquer leur finalité, qui en est propriétaire, leurs sources d'informations, les sponsors, donner des coordonnées pour les contacter, avoir instauré une politique de protection des données et fournir une quantité suffisante d'informations de qualité.

Depuis le début de l'évaluation des sites en décembre 2003, le Comité a reconnu que 23 sites d'information sur la sécurité des vaccins satisfaisaient aux critères de crédibilité et de

contenu qu'il a définis et les a donc acceptés dans le Réseau pour la sécurité des vaccins. La liste de ces sites est sur : http://www.who.int/immunization_safety/safety_quality/approved_vaccine_safety_websites/en/. On trouvera sur ces sites des informations en anglais, néerlandais, français, allemand, italien et espagnol.

L'inscription d'un site dans cette liste ne signifie pas pour autant que l'OMS en a approuvé le contenu. Les sites commerciaux ne peuvent pas faire partie du Réseau pour la sécurité des vaccins. D'autres sites sont en cours d'examen. Pour atteindre une couverture mondiale, le projet a pour priorité d'intégrer à l'avenir des sites publiant des informations dans d'autres langues que l'anglais et issus de toutes les régions du monde.

Ceux qui souhaitent faire partie du Réseau peuvent prendre contact, au département OMS Vaccination, vaccins et produits biologiques à Genève, avec Philippe Duclos, courriel : duclosp@who.int ou avec Alison Delo, Responsable administrative, courriel : deloa@who.int.

Communiqué de l'OMS du 10 mai 2005

Deux dossiers techniques de RESO

Grâce au financement de la Communauté française de Belgique, l'Unité RESO (UCL) réalise sur demande des "dossiers techniques", revues de littérature sur des sujets ou questions de promotion de la santé.

Ce service est accessible gratuitement à tout organisme belge de promotion de la santé.

Les deux derniers dossiers parus portent l'un sur les déterminants qui influencent la santé mentale des familles et l'autre sur la vaccination contre le pneumocoque.

Santé mentale des familles

Ce dossier a été réalisé en collaboration avec le Centre local de promotion de la santé du Brabant wallon, dans le cadre d'un cycle de conférences sur la santé et le bien-être des familles. Le milieu relationnel de la famille est à la source de la santé mentale de chaque membre de celle-ci. La santé mentale représente une certaine qualité de vie intérieure, relationnelle et sociale, propre à chaque individu et liée à son contexte. Ce dossier aborde principalement la santé mentale dans les dimensions suivantes :

- la famille comme lieu de développement, d'épa-

nouissement et d'acquisition d'attitudes et de comportements favorables à la santé (développement et renforcement de l'estime de soi, de l'efficacité personnelle perçue, de ses compétences mais aussi de la communication individuelle et de la dynamique intra-familiale);

- la famille comme lieu d'écoute et de soutien pour les "personnes fragilisées" (conflits familiaux, parentaux, mal-être, angoisse, anxiété, stress, échec, existence d'une maladie grave et/ou chronique...);
- repérage des structures et projets mis en place pour aider les familles en souffrance.

DOUMONT D., LIBION F., Quels sont les déterminants qui influencent la santé mentale au sein des familles ?, UCL-RESO, décembre 2004, (Série de dossiers techniques; Réf. 04-32), 21 pages.

Vaccination anti-pneumococcique

La vaccination contre le pneumocoque est efficace et recommandée chez les enfants dès l'âge de deux mois. De nombreuses études ont démontré l'intérêt de ce vaccin. Depuis octobre 2004, ce

nouveau vaccin conjugué (contre les 7 souches pneumococciques les plus répandues et les plus résistantes) est disponible sur le marché belge.

Une large campagne de promotion de ce vaccin a été orchestrée par la Société belge de pédiatrie¹. Toutefois, si ce vaccin est disponible, il reste onéreux (68,27 € par dose avec un schéma de vaccination de 4 doses). Il serait souhaitable qu'un remboursement puisse être proposé en Belgique. Le Cabinet de la Ministre de l'enfance, de l'aide à la jeunesse et de la santé **Catherine Fonck** a sollicité le RESO afin de faire un état de la question. C'est l'objet de ce dossier, qui fait le point sur la situation actuelle en Belgique et sur les mesures de santé publique prises dans d'autres pays européens.

DOUMONT D., PELICAND J., STEYAERT M., Vaccination anti-pneumococcique : quelles sont les situations actuelles dans l'Union européenne ? Quels éléments de réponse pour la Belgique ?, UCL-RESO, mars 2005, (Série de dossiers techniques; Réf. 05-33), 30 pages.

¹ Nous avons formulé des réserves sur cette campagne de communication : DE BOECK C., Vaccins : on n'arrête pas le progrès, mais à quel prix ?, Education Santé, n° 201, mai 2005

Les dossiers sont présentés dans leur intégralité et dans un format qui permet de les imprimer facilement sur le site <http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso/dossiers/intro.htm>. Si vous souhaitez néanmoins les commander, une

participation aux frais de 12 € vous sera demandée. Pour une demande de réalisation de dossier, contactez : Dominique Doumont, tél. 02 764 50 76, courriel dominique.doumont@reso.ucl.ac.be

Pour une commande de dossier, contactez Karine Verstraeten, tél. 02 764 50 37, courriel : karine.verstraeten@reso.ucl.ac.be UCL-RESO, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles. Maryse Van Audenhaege

Précarité et santé

Le RESOdoc-UCL publie un nouveau recueil documentaire, réalisé en collaboration avec PROMES (ULB), le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles, le Centre Nadja et Cultures & Santé. Les références sélectionnées pour ce recueil abordent l'impact que la précarité et/ou la pauvreté peuvent avoir sur la santé en général; dans la

mesure du possible, les documents qui abordent des problèmes particuliers de santé n'ont pas été repris. Le volet de l'immigration n'est pas non plus abordé, mais le sera dans un prochain dossier. Les recueils peuvent être acquis moyennant une participation aux frais de reproduction de 13.20 € (frais de port inclus pour la Belgique) par recueil.

Renseignements : RESOdoc-UCL, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles. Les documentalistes : Yvette Gossiaux, tél. 02 764 50 38, courriel gossiaux@reso.ucl.ac.be ou Karine Verstraeten, tél; 02 764 50 37, courriel karine.verstraeten@reso.ucl.ac.be

VU POUR VOUS

“Ciel, un bébé!”

La naissance est un moment unique merveilleux. Mais... « Comment se passent les premiers contacts avec ce petit être qu'on a porté pendant 9 mois ? Comment s'en occuper ? La vie à trois, c'est quoi ? Que veulent dire tous ces pleurs ? Comment tout assumer en même temps : travail, tâches ménagères... ? Comment préserver son couple ? Et l'allaitement, ça fait mal ? Quel est le rôle du papa dans tout ça ? » On ne devient pas parents du jour au lendemain, et il n'y a pas de mode d'emploi pour le devenir...

C'est pour répondre à ces questions, ces angoisses des parents que la Ministre Catherine Fonck, la commune d'Ixelles et la Fondation Dolto ont soutenu le film de Dominique Volckrick « Ciel, un bébé! », qui s'inscrit parfaitement dans une démarche de prévention. Il s'agit en effet d'un soutien à la parentalité, concept qui s'est quelque peu implanté en Communauté française ces dernières années¹. Son objectif est de d'apprendre aux parents « à être parents ». Les moyens pour l'atteindre sont nombreux : espaces de rencontre et de paroles, structures d'aide et d'accompagnement... Ce DVD en est un autre.

Après le bonheur des premiers jours, les jeunes parents ont toute une série de questions, d'hési-

tations. Souvent, ils se sentent seuls et déboussolés devant des situations crispantes, voire difficiles, mais tout à fait normales et gérables en réalité. Il n'y a pas de solution idéale. Il y a des parents, il y a des enfants, et il faut chercher les réponses adaptées à chaque situation pour pouvoir vivre ensemble. Si la parentalité nécessite beaucoup de temps pour s'installer, elle a aussi besoin de conseils, d'apprentissages.

« Ciel, un bébé! » ne propose pas de réponses « clé sur porte » mais des réflexions permettant à chacun de prendre un peu de recul vis-à-vis de ce qu'il vit. Son but est de permettre aux parents, dès les premiers instants cruciaux du retour à la maison qui sont souvent vécus dans une grande solitude, de profiter de l'expérience d'autres jeunes parents, de retrouver leur propre vécu, de confronter leurs expériences et d'être ainsi confortés dans leur rôle.

« Il va m'appeler 'maman'... comment ça va être ? », « Il y a toute une relation qui se crée jour après jour, c'est merveilleux », « On a l'impression qu'on nous a donné un bébé, et hop! On doit s'en occuper... », « J'ai connu une dépression post-natale... mais ça a été, c'est moins dur que ce que l'on pense finalement », « On est jeunes, mais on l'assume tous les deux ce bébé! », « Pendant la grossesse, j'ai voulu en faire trop, mais je ne suis pas super-woman! », « On doit suivre son rythme maintenant », « Mon mari avait déjà eu des enfants, je pensais qu'il ne pourrait plus vivre un moment aussi intense qu'à la naissance de sa fille, j'étais un peu jalouse, mais finalement, quand notre fils est né, c'était tout aussi intense, car une naissance, c'est unique », « C'est difficile au début

quand il pleure, on ne sait pas trop pourquoi », « Il faut prévoir du temps pour se retrouver, même si c'est difficile »...

Ce sont autant de réflexions et témoignages tantôt tristes, tantôt cocasses qui ponctuent le DVD. Les bonus nous offrent encore quelques témoignages : « quand le bébé est trop petit... », « quel nom de famille quand on naît dans une famille recomposée ? », ou encore « le père absent »... Le mélange donne un outil un peu léger, toutefois fort agréable à découvrir, et à la portée de tous, qui rassurera sans aucun doute beaucoup de jeunes parents dans les moments difficiles. Le DVD est distribué aux « nouveaux parents » dans la commune d'Ixelles.

« Les difficultés rencontrées par les jeunes parents m'ont amené à proposer aux Ixellois un outil qui leur montre que les pouvoirs publics participent à l'aventure dans laquelle ils se sont lancés », explique Olivier Degryse, Echevin de la Famille de la commune d'Ixelles. « Je voulais un outil qui soit accessible au plus grand nombre, peu coûteux à la reproduction, et de qualité », ajoute-t-il. Le challenge est réussi! « Mon but, disait Françoise Dolto, n'est pas de donner des recettes mais d'arriver à ce que les parents comprennent qu'ils ont les moyens de résoudre eux-mêmes leurs difficultés. » C'est tout le sens du projet lancé par la commune d'Ixelles...

Carole Feulien

Ciel, un bébé!, un film de Dominique Volckrick, Production Triangle 7 – Fondation Françoise Dolto – Communauté française, 58' + bonus.

¹ En matière de soutien à la parentalité, de nombreuses initiatives existent mais les besoins sont énormes. La Ministre Fonck a donc lancé un inventaire des pratiques, des lieux et des projets en la matière, ainsi qu'une recherche sur l'identification des besoins non couverts. Son objectif, dit-elle, est de présenter rapidement un décret relatif au soutien à la parentalité.

Lipton Ice Tea light et la réduction des risques



Juste avant les vacances, une campagne publicitaire particulièrement odieuse s'est épanouie sur les abribus et dans les magazines. On y découvre deux « copines » dont l'une verse du sucre dans la boîte de soda « light » de sa voisine pendant que celle-ci détourne le regard. « Prends ça dans tes fesses » ou, dans une autre version, « Ta ligne va déguster » pense-t-elle.

Personne ne s'y trompera, il s'agit d'un exemple de plus de cet humour délicat dont les publicitaires ont le secret. La violence de la compétition inter-individuelle mise en avant dans ce message n'est évidemment pas en total décalage avec une réalité sociale. Faire de mauvais coups à ses copines pour les écraser, c'est « diaboliquement féminin ».

Sympa pour les femmes! Ces images disent donc que tous les moyens sont bons pour éliminer les concurrents.

De plus, parce qu'elles se veulent humoristiques, il faudrait comprendre qu'il est en outre drôle de verser « quelque chose » dans le verre de

son copain/sa copine. On va bien rire quand les effets commenceront à se faire sentir.

Mais verser subrepticement un produit dans le soda de quelqu'un d'autre est aussi une vieille rumeur qui continue de circuler dans le monde de la drogue. Et la rumeur est parfois avérée. « J'ai été drogué malgré moi, on a versé 'quelque chose' dans mon verre ».

Il y a peut-être eu un peu de cela le week-end du 11 et 12 juin à Anvers quand deux copains ont versé une poudre blanche (du speed) dans le verre d'un troisième. Il en est mort. La police aura beau jeu de dire que la drogue tue, la connerie aussi.

On peut rire de tout, mais, dit-on, pas avec n'importe qui et n'importe comment. Une fois encore la publicité nous montre qu'elle est capable de faire du dangereux « n'importe quoi ».

Infor-Drogues (fâchée)

BRÈVES

Santé mentale

Bruxelles

14 novembre 2005

Similes Bruxelles asbl, association d'aide aux personnes atteintes de troubles psychiques, à leurs familles et leurs proches vous invite à la conférence *Psychoses et risque suicidaire*, par le **Prof. I. Pelc** du CHU Brugmann et **A. Geeraerts**, coordinateur du Centre de prévention du suicide.

Cela se passe à 20h30 à l'Auberge de Jeunesse Jacques Brel, rue de la Sablonnière 30, 1000 Bruxelles.

P.A.F.: 5 € / personne – 3 € étudiant(e).

Renseignements et inscriptions (nombre de place limité) : 02 511 99 99 et 02 511 06 19.

Courriel : bruxelles@similes.org

Tabagisme

Louvain-la-Neuve

17 novembre 2005

L'ASBL Univers Santé organise un séminaire intitulé "Respectons les espaces sans fumée... ensemble Ecoles supérieures et universités".

Au programme :

- multiples regards sur la démarche globale menée à l'UCL (campagne pour les étudiants, campagne pour le personnel, conception des affiches, aide à l'arrêt du tabagisme, balises légales);
- travail en atelier, avec l'objectif de confronter cette expérience aux réalités des hautes écoles et universités.

- offre d'accompagnement adapté à chaque institution par Univers Santé et mise à disposition d'outils et de visuels.

L'inscription est gratuite, mais le nombre de places est limité.

Inscription avant le 10 novembre 2005 :

Séminaire *Respectons les espaces sans fumée*, ASBL

Univers Santé, place Galilée 6,

1348 Louvain-la-Neuve.

Courriel : colloque@univers-sante.ucl.ac.be.

Promotion de la santé

Binche

17 novembre 2005

Le Centre de planning familial de Binche organise une matinée de rencontre sur le thème "La promotion de la santé à l'école : rencontre entre le politique et les travailleurs de terrain", animé par **Christine Rigaut**, Cabinet de la ministre Catherine Fonck.

Lieu : CPF de Binche, avenue Ch. Delière 66,

7130 Binche (de 9h30 à 13h). PAF 15 €.

Inscription par téléphone au 064 341 348, par fax au 064 370 325, par courriel binche@la-bulle.be ou sur le site www.la-bulle.be.

Handicap et sexualité

Bruxelles

19 novembre 2005

Le Centre de pathologie sexuelle masculine de l'UCL consacre son 9^e symposium à **Sexualité et handicap**

physique – aspects médicaux, psychologiques et

sociologiques. Cette initiative a pour but de briser des tabous tenaces, avec l'aide d'un panel de thérapeutes et de chercheurs, et de deux patients paraplégiques qui viendront témoigner de la difficulté d'accéder à une sexualité et à une vie affective et relationnelle épanouie.

Ce symposium est ouvert à toute personne à l'écoute des patients handicapés et de leur entourage.

Horaire : de 9 à 13 heures.

Lieu : Auditoire B – Roi Baudouin des Cliniques St-Luc.

PAF : 20 € à verser sur le compte 210-0669243-92 des Cliniques St-Luc avec la mention « Imputation 447.781

– symposium CPSM » (à payer avant le 10/11, sinon paiement sur place le jour-même).

Informations : *M^{me} Stevens*, au 02 764 14 21.

Courriel : cpsm@chex.ulc.ac.be

Alimentation - adolescent

Arlon

22 novembre 2005

Dans le cadre des "Pauses santé", Vie Féminine et la Mutualité chrétienne de la Province du Luxembourg

organisent une conférence sur l'alimentation des adolescents, animée par **Madame Hubert**, diététicienne à la Mutualité chrétienne (de 12h15 à 13h15).

Lieu : Salle polyvalente, rue Netzer 23, 6700 Arlon (entrée par le magasin Solival).

Prix : 3 € la séance.

Inscription auprès de *Vie Féminine*, au 063 22 56 25, minimum 48h à l'avance.

Epilepsie

Bruxelles

26 novembre 2005

La Ligue Belge contre l'Epilepsie fête ses 50 ans d'existence. A cette occasion, elle organise un symposium *Epilepsie en 2005*. Il s'adresse au grand public et aux professionnels, médecins et non médecins. On y abordera les épilepsies sous leurs aspects les plus divers : vie quotidienne, traitements, services proposés par la Ligue, historique en Belgique et perspectives côtoieront des matières hautement scientifiques.

Lieu : Musée du Cinquantenaire, Bruxelles.

PAF : 5 € (pour le lunch : réservation obligatoire).

Demandez le programme ou consultez-le sur

www.ligueepilepsie.be

Renseignements et inscription : M^{me} Discart,

au 02 344 32 63.

Santé publique - méthodologie

Bruxelles

28 novembre 2005

Les Unités de Recherche EPITRAUMAC et BIOSTAT de l'École de Santé Publique de l'ULB organisent mensuellement (le lundi entre 12h30 et 13h30) un atelier méthodologique.

La séance consiste en une présentation d'une (nouvelle) méthode épidémiologique et/ou statistique suivie d'une discussion entre les participants.

Le prochain atelier aura lieu le 28 novembre 2005 sur le thème "Echelles de mesure en santé mentale : comparaison et validité des instruments".

Le programme pour l'année académique 2005-2006 se trouve sur le site de l'Unité EPITRAUMAC

<http://www.ulb.ac.be/esp/epitraumac> à la page [atelier méthode].

Envie de participer ?

Inscrivez-vous en envoyant un courriel à Christelle

Senterre : Christelle.Senterre@ulb.ac.be.

Tél : 02 555 61 64, Fax : 02 555 40 49.

Alimentation

Jusqu'au 30 novembre 2005

Dans le cadre du Plan National Nutrition Santé (PNNS), actuellement en préparation, le Ministre Fédéral de la Santé publique et les Ministres respectifs de la Santé, de l'Enseignement et des Sports des Régions et des Communautés lancent un concours dans les écoles secondaires. L'action est coordonnée par le CRIOC.

Le concours invite les jeunes, par le biais des écoles, à s'approprier le message clé de la campagne, à savoir, "manger équilibré et bouger plus" et à le retranscrire dans un langage (tant graphique que verbal) adapté au public spécifique qu'ils constituent.

Les enseignants sont invités à travailler la thématique de l'alimentation et de l'activité physique avec leurs classes en leur proposant de l'aborder au travers d'activités créatives. Dans le cadre du concours, il sera demandé aux jeunes d'illustrer, par un dessin et un slogan, la page de garde du futur guide spécifique pour les adolescents.

Les projets primés seront utilisés pour la promotion du PNNS auprès des jeunes et des adolescents.

Qui peut participer : toutes les premières, deuxième et troisième classes de l'enseignement secondaire tous types confondus.

Fin des inscriptions : 30 novembre 2005

Les prix : une année de fruits gratuits dans l'école, des stages ADEPS, des chèques pour l'achat d'équipements sportifs...

Toutes les informations utiles sont sur le site

www.move-eat.be.

Représentations de la santé

Bruxelles

12 décembre 2005

L'ASBL Question Santé organise, avec le soutien de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale, une journée de réflexion autour des représentations de la santé et de la maladie.

Professionnels et usagers des soins de santé ont chacun leurs représentations de la maladie et de la santé. Ces représentations sont bien souvent différentes voire contradictoires. Il est essentiel que le soignant décode les représentations de la maladie de son patient pour améliorer l'adhésion de celui-ci au diagnostic et au traitement. Il est tout aussi important qu'il se reconnaisse façonné par des représentations « savantes » et qu'il prête une oreille attentive aux savoirs profanes, qui peuvent contribuer à une meilleure prise en charge de la maladie.

Le programme du jour

9h Accueil

9h30 Sylvie Carbonnelle (anthropologue, chercheur au Centre de diffusion de la culture sanitaire asbl et assistante à l'ULB) préfère parler de « constructions » plutôt que de « représentations » sociales. Elle nous brossera un bref historique de l'évolution de cette notion aujourd'hui cinquantenaire.

10h10 Catherine Le Grand-Séville (maître de conférence en socio-anthropologie de la santé et éthique médicale à la Faculté de Médecine Lille 2) nous proposera à travers des exemples concrets des pistes susceptibles d'améliorer la qualité des relations entre personnel (para)médical et malade¹.

11h30 Isabelle Aujoulat (chercheur à l'Unité d'Éducation pour la santé RESO de l'UCL) a interrogé des patients atteints de maladies chroniques sur les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien dans leur processus d'ajustement psychosocial à la maladie. Elle traitera en particulier de l'ébranlement de la représentation de soi, qui influence la manière dont un patient est capable d'entrer en relation pour gérer sa maladie et son traitement.

12h30 Lunch

¹ Catherine Le Grand-Séville a participé avec Anne Vega aux travaux fondateurs de l'ouvrage *Soignants/Soignés. Pour une approche anthropologique des soins infirmiers* (Ed. De Boeck). Ce livre propose une approche globale du patient et invite à une meilleure compréhension du contexte culturel et social qui parasite bien souvent les relations.

13h15 Etienne Vermeire (médecin généraliste, professeur à l'Université d'Anvers) vient de défendre une thèse de doctorat concernant les problèmes de la compliance des personnes atteintes du diabète de type 2. Il évoquera le cadre d'une consultation qui permet de tenir compte des obstacles au traitement et de négocier les objectifs de celui-ci. Les points de vue du soignant et du soigné sont tous deux pris en considération.

15 h Conclusions de la journée

Adresse du jour : la Maison du Livre, 24-28 rue de Rome à Saint-Gilles (station Parvis de Saint-Gilles).

L'inscription est gratuite mais obligatoire, le nombre de places étant limité. Elle comprend la réservation du repas de midi.

Question santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles.

Tél.: 02 512 41 74. Fax : 02 512 54 36.

Courriel : question.sante@skynet.be

Expression

Bruxelles

13 et 14 décembre 2005

L'expression artistique améliore-t-elle les compétences des gens et leur bien-être ?

Pour répondre à cette question, le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles propose deux journées à l'intention des professionnels de tous secteurs et des artistes, le mardi 13 et le mercredi 14 décembre 2005.

La première journée invite chacun des participants à s'impliquer dans un des huit ateliers artistiques proposés. La deuxième journée aborde cette question en mettant l'accent sur les échanges et en s'interrogeant sur les modalités de l'expression (ouvrir un espace d'expression, est-ce un risque ? Que fait le professionnel ?...).

Ces deux journées ont été travaillées avec des partenaires de différents secteurs. Elles sont une des étapes du processus des conférences locales de la Communauté française soucieuses d'inscrire la question de la participation, de l'intersectorialité et de la réduction des inégalités sociales à l'ordre du jour. Elles visent également à faire émerger des besoins.

Plus d'info sur le site : www.clps-bxl.org.

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

Education affective et sexuelle

Jusque juin 2006

Le programme des formations 2005-2006 de la Fédération laïque des centres de planning familial "Vie affective et sexuelle... parlons-en à l'école" est paru.

Pour l'obtenir : FLCPF, rue de la Tulipe 34, 1060 Bruxelles.

Tél. 02 502 82 03. Fax : 02 503 30 93.

Courriel : flcpf@planningfamilial.net.

Tout renseignement sur www.planningfamilial.net

Emploi - demande

Infirmière spécialisée en soins intensifs et aide médicale urgente, licenciée en Santé publique option éducation pour la santé, souhaite évoluer et développer d'autres aspects de sa formation. Coordonnées : Carole Doijen, avenue Constant Montald 87, 1200 Bruxelles. Tél. 0475 80 36 01.



International

L'alcool dissous dans les sodas menace la Belgique,
Florence Vanderstichelen, Martin de Duve

Dossier - Améliorer la prévention des cancers

Introduction

Mobiliser autour des actions éducatives,
Annick Fayard, Philippe Mourouga

Plan cancer : objectifs et premier bilan

Informers, dépister et travailler sur les comportements,
Philippe Mourouga, Albert Hirsch
Mieux prévenir les cancers évitables, *Pascale Briand*

Stratégies de prévention :

développer les expériences innovantes

Des groupes d'échange pour diminuer la souffrance,
Sandrine Cayrou, Sylvie Dolbeault, Bernard Desclaux
Picardie : des "femmes-relais" en soutien au dépistage
des cancers, *Jeannine Tison, Anne-Claude Marchand*
En Lorraine, promouvoir la santé pour réduire les
addictions, *Lucette Barthélémy*
La nécessaire qualité des actions de prévention,
Anne Stoebner-Delbarre

Information et éducation pour la santé :

l'exemple de la lutte contre le tabagisme

Prévention du tabagisme : les conditions pour avancer,
Albert Hirsch
La Normandie teste l'éducation par les pairs,
Carole Baeza, Catalin Nache
Nord-Pas-de-Calais : la prévention passe
par la formation des professionnels, *Delphine Testard*
L'école ne doit plus être un lieu où l'on apprend
à fumer, *Sylviane Ratte*

La Réunion : un projet global de prévention
chez les jeunes, *Alexandre Magnan, Antonia Dandé*

Information, dépistage : prise en compte des populations précaires et soutien aux professionnels

Accompagner vers le dépistage les femmes en situation
de précarité, *Anne Le Cain, Philippe Mourouga*
Un kit de formation des médecins généralistes
au dépistage des cancers, *Isabelle Vincent*
Qualité des soins dans l'Hexagone : une comparaison
difficile, *Jean-Marc Macé, Philippe Mourouga*

Pour en savoir plus

*Ingrid Aubry, Meriem Bederr, Sophie Cauchy,
Sandra Kerzaret, Catherine Lavielle*

Lectures - outils

Olivier Delmer, Anne Sizaret

La santé en chiffres

Nutrition, activité physique et sédentarité :
portrait des adolescents, *Hélène Perrin-Escalon*

*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, F-93203 Saint-Denis cedex.
Tél. 1 49 33 22 22. Fax 1 49 33 23 90.*

Internet : www.inpes.sante.fr

Sommaire

Initiatives

Une approche communautaire de la
promotion de la santé : le concept de
"communauté sûre",
par *Martine Bantuelle, Vincent Litt
et Jérémie Van Brussel* 2
Nos écoliers en ont plein le dos,
par *Carine Maillard* 4
Pas de vaccin contre l'hiver 6
Les jeunes et le tabagisme 7
Un vaccin contre le cancer du col,
par *Lise Thiry* 8
La Conférence européenne de l'Union
internationale de promotion de la
santé et d'éducation pour la santé,
par *Geneviève Houioux* 9

Réflexions

Les programmes locaux et régionaux
de santé : impressions québécoises,
par *Anne Avaux* 9
La promotion de la santé
et les acteurs loco-régionaux :
enseignements d'un colloque,
par *Luc Berghmans et Louise Potvin* 11

Lu pour vous

La BD contre le silence : les enfants
atteints du VIH/Sida font du bruit!,
par *Carole Feulien* 13

Données

Les jeunes et l'amour,
par *Carine Maillard* 14

Documentation

Certification des sites web consacrés
aux vaccins 16
Trois nouveaux dossiers du RESO-UCL 16
Précarité et santé 17

Vu pour vous

"Ciel, un bébé!", vidéo de soutien à
la parentalité, par *Carole Feulien* 17
Réduction des risques et thé glacé,
par *Infor-Drogues (fâchée)* 18

Brèves

18

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, christian.debock@mc.be).

Secrétaire de rédaction adjoint : Catherine Spieçe
(02-515 05 85, catherine.spieçe@mutsoc.be).

Journalistes : Véronique Janzyk, Carine Maillard.

Rédaction : Maryse Van Audenhaege, Carole Feulien.

Documentation : Maryse Van Audenhaege
(02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

Site internet : Maryse Van Audenhaege.

Contact abonnés : Carole Feulien
(02 246 48 52, carole.feulien@mc.be)

Comité stratégique : Martine Bantuelle, Luc Berghmans,
Benoit Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache,
Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Charlotte Lonfils,

Roger Lonfils, André Lufin, Paul Sonkes,
Catherine Spieçe, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois,
Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorne,
Christian Van Rompaey.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian
De Bock, Jacques Henkinbrant, Véronique Janzyk,
Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.

Editeur responsable : Edouard Descampe,
chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Tirage : 2.900 exemplaires.

Diffusion : 2.700 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

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

Pour tous renseignements complémentaires :
Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Tél.: 02-246 48 52. 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).



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