



Les chutes chez les personnes âgées en pages **8 à 10**

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 / GARO

Assuétudes : les experts ont tiré leur plan!

Voici quelques mois, la Communauté française et la Région wallonne¹, bientôt rejointes par la COCOF de la Région de Bruxelles-Capitale, mettaient en place un groupe de travail qui avait pour tâches, dans le délai très court de 6 mois, de faire un état des lieux, d'établir un inventaire des besoins et de définir des actions prioritaires en matière de gestion des drogues.

Mission accomplie, puisque ce collège a rendu son rapport 'Constats et recommandations en vue d'un plan concerté en matière d'assuétudes' en juin de cette année.

Si le politique suit les recommandations des experts, il lui sera possible d'intégrer leurs idées dans l'élaboration des budgets de 2006.

Impossible de résumer ici ce document très dense de près de 80 pages, qui plaide résolument pour une approche 'promotion santé' des assuétudes, qui affiche une méfiance nette à l'égard des programmes préventifs mis en place par les forces de l'ordre, et souligne comme il se doit tout l'intérêt d'une bonne concertation entre entités fédérées. Le collège des experts a formulé pas moins de 76 recommandations, qui expriment avec conviction les valeurs liées à une approche résolument non stigmatisante et non punitive du phénomène drogue. Il serait dommage que cet excellent travail reste dans les tiroirs, raison pour laquelle nous jugeons utile de vous proposer l'intégralité des propositions du collège d'experts.

Les recommandations

Principes d'une approche 'santé'

1. Les gouvernements des entités fédérées devraient interpeller le Ministre de la Santé du gouvernement fédéral pour connaître le statut actuel de la « Note politique fédérale relative à la problématique de la drogue », ainsi que l'état d'avancement de la création de la "Cellule fédérale Politique en matière de Drogues" prévue par la susdite note.

2. Le Collège d'experts suggère que les entités fédérées s'accordent sur les principes fondateurs d'une politique des drogues à laquelle chacun pourra contribuer.

3. Les experts recommandent aux différents gouvernements de prendre la décision de mener une politique des drogues englobant l'ensemble des substances psycho-actives. Par souci de clarté, il est toujours utile de les spécifier (habituellement, sans être exhaustif : alcool, tabac, drogues illicites et médicaments psycho-actifs).

4. Les experts demandent aux gouvernements de formellement affirmer que la santé constitue la dimension prioritaire comme problème et comme réponse.

5. Le Collège d'experts appelle les gouvernements à privilégier la prévention, à utiliser le terme « prévention » en spécifiant sans équivoque son objet et à s'engager à porter attention à l'évaluation des stratégies de la prévention.

6. Les gouvernements devraient adopter une terminologie qui différencie les situations rencontrées. Les termes d'usages ou de consommations, d'abus, aigus ou chroniques, et de dépendances conviennent à répartir la plupart des situations.

7. Les experts appellent les gouvernements à examiner les besoins à la lumière des données disponibles.

8. Les experts exhortent les gouvernements à définir des priorités claires et des objectifs précis.

9. La stratégie de communication des politiques publiques doit faire l'objet des plus grands soins; l'adhésion du public aux objectifs affichés contribue au succès de cette communication. C'est d'autant plus vrai si des modifications de comportement sont visées.

10. Les experts invitent les gouvernements à accorder une attention particulière à cette étape, qui fait le lien entre les résultats qu'ils espèrent et les décisions très concrètes qu'ils prendront (législations, agréments de services, allocation de ressources).

11. Les experts invitent les gouvernements à s'éclairer et utiliser les ressources fournies par les acteurs de terrain et les lieux de concertation institués.

En matière de promotion de la santé

12. Le Collège rappelle que la création de la « Cellule Générale de Politique en matière de Drogues » (niveau interministériel), attendue depuis janvier 2001, est indispensable pour atteindre ces objectifs de cohérence et de coordination sur le plan de la prévention, notamment. La Communauté française et les Régions bruxelloise et wallonne y feront valoir et respecter la politique commune de prévention qu'elles auront arrêtée.

13. Le Collège rappelle la nécessité de clarification du rôle et des compétences des différentes entités fédérées en matière de prévention pour éviter la confusion sur le terrain et les effets contre-productifs de l'intervention d'acteurs dont les mandats sont par trop différents voire incompatibles. Cette clarification nécessite la reconnaissance de la définition des termes de référence dont celui, central, de « prévention »

que les trois entités (Communauté française, Région bruxelloise, Région wallonne) auront adoptée.

14. Le collège demande que les interventions policières musclées (du style fouille intégrale avec chiens policiers) ou plus sournoises (caméras et souricières par exemple) soient proscrites, car contre-productives, dans l'enceinte scolaire. L'école doit être un lieu où la pédagogie et l'éducation priment sur la prévention de la criminalité et de la délinquance. La médiatisation des opérations sécuritaires est également à proscrire.

15. Pour le Collège, la cohérence et la pertinence des interventions à des fins de prévention et d'éducation à destination du milieu scolaire, notamment, nécessitent de retirer ce type d'intervention des missions des forces de police (séances d'informations, programme MEGA et autres, etc.). Ces interventions (promotion de la santé, prévention, réduction des risques) telles que définies dans ce plan relèvent des secteurs de la santé et de l'éducation.

16. Le Collège demande que la Communauté française et notamment les ministres en charge de l'Enseignement prennent les décisions qui s'imposent pour que la politique décidée par le gouvernement de la Communauté française en matière de prévention des assuétudes (cf. Programme quinquennal de la Communauté française) soit appliquée, respectée et développée dans les écoles à l'exclusion des propositions émanant des forces de police et des institutions non reconnues par la Communauté française (et les Régions).

L'installation d'un climat et de mesures de type sécuritaire dans les établissements scolaires doit être dénoncée par les instances compétentes en matière d'éducation, d'enseignement et de santé afin de faire respecter les missions premières de l'école.

17. Le Collège demande que des moyens soient dégagés (sur les plans décisionnels, des ressources humaines, logistiques et financières) dans les différents secteurs concernés (école, jeunesse, aide à la jeunesse, santé, loisirs et sport) afin de développer une politique de prévention consistante dans les milieux de vie des jeunes et de leur entourage. Ceci afin notamment de faire face aux autres types d'initiatives non souhaitées (sectes, entreprises privées sponsorisant ou menant des programmes de prévention, forces de l'ordre, etc.).

18. Le Collège souligne la nécessité d'assurer une reconnaissance des équipes spécialisées en prévention (et donc promotion de la santé et réduction des risques) afin de garantir leur stabilité (réduire la situation de précarité des

1 Voir l'article de Philippe BASTIN 'Assuétudes : les experts tirent leur plan', dans Education Santé n° 200, avril 2005.



Photo © Isopix / Alix



Photo © Isopix / Innamorati / Sintesi / Sipa



Photo © Isopix / Condoso / Bsp

travailleurs), garantir l'investissement des deniers publics (efficience – maintenir le personnel compétent et expérimenté dans les équipes et garantir la continuité du travail sur le terrain) et dégager ces peu nombreux services de l'obligation de rentrer des dossiers annuels de demandes de subvention. Cette reconnaissance pourrait être portée à 5 ans comme c'est le cas dans les régions.

19. Le Collège rappelle que les équipes spécialisées en prévention (et donc promotion de la santé et réduction des risques) comptent aussi des travailleurs sous statut ORBEM (ACS), FOREM (APE), Maribel social, etc. Des moyens sont demandés aux pouvoirs publics afin de couvrir les frais de fonctionnement ainsi que les dépassements d'enveloppe salariale non compris dans ces types de contrats (par exemple, reconnaissance de certaines anciennetés). Il est également demandé que ces frais supplémentaires puissent être couverts par les subventions lorsque cela est possible pour le service.

20. Le Collège recommande aux représentants des entités fédérées auprès du gouvernement fédéral de tout mettre en œuvre pour que l'accord de coopération concernant le fonds Tabac soit effectif et mis en application sans délai.

21. Dans le cadre d'une approche globale des substances, le Collège recommande le développement de stratégies de réduction des risques en matière d'usage de tabac, à côté des stratégies visant l'abstinence et l'arrêt de l'usage, de manière à élargir le spectre des stratégies développées.

22. Le Collège recommande le financement d'études destinées à évaluer les effets des politiques menées en matière de tabac. Ceci afin de prévenir dès que possible les effets particulièrement néfastes de certaines mesures légales, économiques, sanitaires, etc.

23. En parallèle à l'approche globale des assuétudes – incluant donc l'alcool – le Collège recommande de soutenir les initiatives plus spécifiques relatives à l'alcool telles que décrites dans ce plan, et notamment les partenariats et autres actions intersectoriels susceptibles de permettre

aux jeunes de mieux maîtriser leur rapport à l'alcool.

24. Le Collège insiste pour que ces actions, qu'elles soient de l'ordre de la promotion de la santé, de la prévention ou de la réduction des risques, s'inscrivent dans les principes et l'éthique de la promotion de la santé.

25. Le Collège souligne que des moyens accrus et des collaborations transversales doivent permettre le développement de projets de prévention et de promotion de la santé cohérents et durables. Ces projets ne sauraient être développés que sur le long terme. Les mesures à prendre doivent donc être structurelles afin de diminuer progressivement le sentiment d'impuissance de toutes les parties.

De même, l'aspect « intégré » de cette politique ne doit pas être un vain mot : il implique l'établissement du dialogue entre tous les partenaires, afin que les initiatives soient portées par tous, en tant que sujets de l'action, et pas seulement objets de l'aide ou des mesures.

26. Le Collège recommande que la « mutualisation » des financements des équipes spécialisées soit valorisée et ne fasse pas l'objet de tiraillements entre ministères dont les institutions et leurs travailleurs sont les otages. A cette fin, le Collège recommande la mise en place d'un dispositif interministériel pour l'examen et le suivi des projets transversaux recouvrant diverses compétences ministérielles (RW, CF, COCOF).

27. Le Collège souligne la nécessité de trouver des lieux permettant le rassemblement des acteurs de première ligne les plus divers, concernés et confrontés à la problématique des assuétudes sur le plan locorégional. Une étude devrait être menée afin de trouver le type de structure optimale permettant la rencontre, l'échange et la concertation entre ces intervenants.

En matière de réduction des risques

28. Le Collège insiste pour que les entités fédérées affirment leurs compétences en matière de réduction des risques sanitaires liés à l'usage des drogues.



Photo © Isopix / Jockmans

29. Le Collège demande un soutien politique de la part des entités fédérées aux acteurs de la réduction des risques afin de leur permettre d'atteindre les objectifs de santé qui leur sont confiés et de développer de nouvelles initiatives. Ce soutien est nécessaire de manière urgente auprès de la Ministre de la Justice afin d'assurer la bonne marche des programmes d'échange de seringues et des actions de réduction des risques en milieu festif et en particulier pour permettre la mise en place d'un projet expérimental avec testing de pilules pour usagers de nouvelles drogues de synthèse.

30. Le Collège recommande de négocier des normes en terme de présence d'équipes de réduction des risques dans certains lieux festifs à risque, comme c'est le cas pour la présence de la Croix-Rouge lors de rassemblements publics.

31. Le Collège demande aux autorités fédérées d'assurer que leur cadre législatif permette le financement de projets de réduction des risques en reconnaissant la spécificité de ce travail.

32. Le Collège demande que les autorités fédérées assurent un financement adéquat tant en terme de ressources humaines que de matériel pour les dispositifs d'échange de seringues afin de couvrir les besoins de la population concernée.

33. Le Collège insiste pour que l'accès au dépistage (VIH, hépatites) et l'accès aux vaccins (hépatite B) soient facilités.

34. Le Collège recommande que des moyens soient mis à disposition pour permettre le développement de projets pilotes tels que les salles d'injection et la délivrance contrôlée d'héroïne.

35. Le Collège insiste pour que la coopération soit effective avec le ministère de la Justice afin que les détenus puissent comme tout citoyen bénéficier des programmes de prévention et de réduction des risques mais aussi de traitements adéquats.

En matière de milieu de vie des jeunes/Enseignement

36. Le Collège recommande la promotion d'une approche positive de la santé au sein de l'école en associant tous les acteurs concernés et en s'appuyant sur les initiatives locales.

37. Le Collège invite à favoriser et à soutenir les passerelles entre le secteur promotion de la santé et le secteur de l'enseignement.

38. Le Collège estime qu'il faut développer et favoriser le travail en réseau et la mise en place de partenariats au niveau local. Il s'agit en effet de favoriser des expériences pilotes axées sur une vision positive de la santé et qui concernent tous les acteurs de l'école, voire des projets "santé" inter-établissements. Ces projets devraient être accompagnés par les professionnels du secteur promotion de la santé et ceux des P.M.S. et des P.S.E.

Par ailleurs, le "Contrat stratégique pour l'éducation" fait référence à l'approche territoriale par "bassins scolaires". Si la définition semble encore floue, cela ouvre peut-être un contexte nouveau pouvant servir d'appui à des initiatives locales. La question reste ouverte!

39. Le Collège invite l'autorité à se positionner clairement, que des directives précises soient données :

- en matière de collaboration, en particulier avec les organismes de formation;
- en matière de recommandation aux P.S.E. et P.M.S.;
- en matière de suivi et d'évaluation.

40. Le Collège invite les autorités de l'Enseignement et de la Promotion de la santé à prendre des mesures structurelles pour dégager des moyens vers les écoles et les services spécialisés.

41. Le Collège rappelle la nécessité de travailler l'interface entre P.M.S., P.S.E. et services spécialisés.

42. Le Collège recommande que soit rendu possible l'accès des enseignants à des offres de formations et/ou d'accompagnements de projets de prévention des assuétudes liées à un projet d'établissement et/ou intersectorielles.

43. Des programmes de promotion de la santé, incluant la problématique des assuétudes, doivent impérativement toucher tous les futurs acteurs de première ligne auprès des jeunes, tous réseaux confondus et ce du fondamental à l'université. Sans oublier d'accorder une attention particulière aux internats.

44. Il faut associer et sensibiliser les parents. Des directives claires devraient être adressées aux deux fédérations des associations de parents (UFAPEC, FAPEO) pour sensibiliser et informer les différentes associations rattachées aux établissements scolaires sur la place de la promotion de la santé à l'école et l'existence des services spécialisés auxquels ils peuvent s'adresser (individuellement et/ou collectivement).

45. Le Collège recommande de procéder à l'évaluation des différents outils existants et de soutenir leur diffusion.

En matière de milieu de vie des jeunes/Jeunesse et Aide à la Jeunesse

46. Sur base de consultations et concertations avec les différents organismes (privés et publics) des secteurs de l'aide à la jeunesse et de la promotion de la santé, un repérage des besoins et des meilleures opportunités d'offres de formation et/ou d'accompagnement de projets devrait en priorité être effectué.

47. Le Collège estime qu'il faut développer des passerelles entre le secteur promotion de la santé et le secteur de l'aide à la jeunesse en stimulant l'accès à la thématique "assuétudes" et en tenant compte des spécificités locales et institutionnelles.

48. Il faut favoriser le travail en réseau et la mise en place de partenariats au niveau local tels que prévus par le Décret wallon en matière d'assuétudes et y intégrer les organismes de promotion de la santé tels les CLPS. Rappelons à cet effet l'intérêt d'instituer des lieux de coordination des actions locales.

49. En matière d'offre de formation, le Collège estime que des propositions d'actions sont avancées et devraient être validées en concertation avec les principaux intéressés. Il s'agirait de :

- faire offre de formations et/ou, plus largement, d'accompagnement de projets vers le secteur jeunesse (Maisons de jeunes, organisations de

jeunesse, qui sont les vraies premières lignes) et les A.M.O. (services non-mandatés, qui sont les premières lignes de l'aide spécialisée);

- faire offre de formations et d'accompagnement au secteur mandaté sur les questions institutionnelles, pédagogiques, les aspects légaux, les questions relatives aux produits, etc.;

- privilégier des offres de formations transversales et locales entre secteurs privé et public de l'Aide à la Jeunesse, si l'opportunité se dégage.

50. Il faut mettre à disposition du secteur de l'Aide à la jeunesse des moyens budgétaires pour répondre aux besoins de formations plus spécifiques intra ou intersectorielles. Le Collège propose des cofinancements venant de différents départements ministériels des entités fédérées, en fonction de procédures communes à déterminer. Le Collège rappelle qu'il faut renforcer les équipes des services spécialisés existants car, en l'absence de collaborations structurelles, les réponses ponctuelles à des demandes ne permettent pas d'avoir une politique stable en matière de personnel (difficulté d'engagement et de maintien).

En matière de soins, d'assistance et d'accompagnement

51. Le Collège encourage une réévaluation de la confection et de l'usage des catégories usuelles dans le domaine de l'action publique. Des distinctions à orientation nettement plus pragmatique pourraient être une alternative : primo-consommations, usages occasionnels ou récréatifs, usages aigus, usages chroniques, assuétudes proprement dites, usages occasionnels mais accompagnés de troubles psychiatriques patents, etc.; par exemple aussi : intervention centrée sur le consommateur, sur sa communauté éducative dans le cas de mineurs, sur l'environnement professionnel, sur les normes et les valeurs collectives, etc.

52. Le Collège propose de compléter l'offre par l'adjonction des maillons manquant régionalement; à cet effet les réseaux prévus par le Décret wallon en matière d'assuétudes seront d'une aide appréciable afin de déterminer le manque pour chaque zone.

53. Au vu de l'évolution du public bénéficiaire (augmentation de l'âge, présence féminine accrue, parentalité des patients consommateurs...), le Collège propose que l'outil "Centres de jour" soit plus et mieux utilisé de par son caractère moins désinsérant et la souplesse d'adaptation qu'il offre particulièrement en terme d'insertion socio-professionnelle.

54. Le Collège encourage les coopérations au sein de réseaux de manière à ce que la diversité de l'offre soit cliniquement concertée en garantissant la place centrale des bénéficiaires comme acteurs et/ou co-acteurs de leur avenir.

55. Le Collège recommande que le temps de prestations non curatives effectuées par les

médecins généralistes indépendants au sein d'équipes pluridisciplinaires, principalement les temps d'interventions, de réunion ou de travail en réseau, puisse être rémunéré et que ce financement soit prévu dans les subventions.

56. Le Collège recommande que le temps d'intervention et de formation consacré par les médecins généralistes indépendants dans le cadre des exigences de « l'Arrêté royal sur les traitements de substitution » bénéficie d'un financement ou de l'accréditation.

57. Le Collège recommande que les activités de formation, de supervision et de recherche soient encouragées et que des budgets soient prévus à cet effet dans les subventions aux associations.

58. Le Collège insiste afin que des avancées soient réalisées en vue de garantir à tous les détenus des formules d'aide similaires à celles disponibles en dehors des murs des prisons. Ceci suppose :

- de clarifier les compétences respectives et une implication forte des ministres de la Santé des entités fédérées dans les aspects de la politique en matière de soins qui relèvent de leur compétence. En particulier le principe d'équivalence d'accès à des soins et assistance de même qualité pour les personnes détenues et non détenues doit être assuré;
- de même, d'assurer l'accès des acteurs d'organismes extérieurs dans des conditions qui permettent un travail de qualité;
- de renforcer des programmes de formation vers les agents pénitentiaires et personnel de santé des établissements pénitentiaires;
- d'assurer un accès au vaccin contre l'hépatite B pour les personnes détenues;
- de renforcer l'accessibilité aux informations de réduction des risques notamment par la généralisation des opérations boule-de-neige en prison;
- de développer l'accès aux moyens de réduire ces risques, notamment le matériel d'injection;
- d'assurer un accès aux traitements de substitution pendant toute la détention et pour tous les détenus dépendants aux opiacés qui le nécessitent ou le demandent.

59. Le Collège recommande la mise en place d'un groupe de travail réunissant des représentants des secteurs de l'Aide à la Jeunesse (Conseillers d'arrondissement de l'Aide à la Jeunesse), assuétudes (Fédito), et hospitalier (pédopsychiatres). Ce groupe de travail aurait pour mission :

- d'évaluer les besoins réels concernant les mineurs dépendants;
- d'évaluer les ressources actuellement existantes tant ambulatoires que résidentielles;
- de réfléchir aux orientations les plus à même de répondre aux besoins, entre d'une part l'option consistant à optimiser les ressources existantes (en terme de formation, complément de personnel qualifié), et d'autre part

celle consistant à élaborer un projet expérimental de lieu d'accueil spécifique pour mineurs dépendants. Ces deux options ne s'excluent pas nécessairement.

60. Le Collège recommande que les Services d'aide à la jeunesse aient accès aux formations organisées par le réseau spécialisé afin d'améliorer leurs capacités à gérer les situations d'assuétudes et de développer le travail en réseau avec les structures d'aide et de soins. Un budget devrait être mis à la disposition des institutions d'Aide à la Jeunesse afin de permettre la participation à ces formations.

61. Le Collège recommande la mise en place d'un dispositif interministériel qui permette l'agrément, l'accompagnement et le financement de projets transversaux regroupant les diverses compétences impliquées dans la prise en charge des parents toxico-dépendants.

Les parents de personnes consommatrices ou toxico-dépendantes

62. Le Collège préconise une meilleure identification de la population des parents d'usagers consultant les centres spécialisés, mais aussi les Services de santé mentale « généralistes » et les centres de planning familial, permettant d'évaluer l'ampleur de la demande au moyen d'études à caractère épidémiologique.

Il recommande un inventaire des équipes, projets et initiatives (lieux d'accueil spécifiques, groupes) permettant d'évaluer les réponses données.

63. Le Collège préconise l'élaboration d'une stratégie d'information concernant les ressources d'aide auprès des parents, par l'intermédiaire d'acteurs de terrain confrontés à des situations de crise : commissariats, services sociaux, CPAS, services d'accueil des victimes, médiation pénale, associations de parents, services d'urgence hospitaliers, notamment psychiatriques, maisons médicales...

64. Le Collège recommande le soutien conjoint par la Région wallonne et la Communauté française aux initiatives d'information ou de soutien aux parents.

65. Etant donné l'aspect pluridimensionnel de ce type d'initiatives, le Collège préconise une approche conjointe Régions/Communauté française tant au niveau de l'accompagnement des projets qu'au niveau du financement.

En matière d'insertion

66. Le Collège insiste pour que le secteur **hébergement-logement** soit intégré, si pas aux réseaux de soins proprement dit, du moins aux lieux de concertation "assuétude" à l'exemple de ce qui se fait à Liège et Charleroi dans le cadre des Relais sociaux.

67. Le Collège invite à stimuler la mise en place d'équipes spécialisées soit au sein des structures existantes, soit en dehors. Ces équipes se situe-

raient à l'intersection des réseaux "assuétude" et "sociaux".

68. Le Collège invite à stimuler la formation du secteur "hébergement-logement" de manière à augmenter sa capacité à gérer les situations problématiques générées par l'usage de drogues et pour ce faire, renforcer sensiblement les normes d'encadrement pour faire face à l'accueil.

69. Le Collège encourage particulièrement les initiatives du type "appartement supervisé et/ou de transition" permettant aux bénéficiaires des services d'aide et de soins, soit d'expérimenter leurs capacités à vivre seul et en autonomie, soit d'utiliser cette période de maturation avant d'orienter leurs démarches futures vers des structures de soins et/ou d'assistance.

70. Là où cela s'avère nécessaire, le Collège recommande de développer des projets pilotes « d'hôtels sociaux ». Le public concerné, plus large que celui des seuls toxicomanes, y trouverait un encadrement social permanent. Cette solution pourrait s'inscrire dans le processus d'insertion sociale là où des relais sociaux sont en place.

71. Le Collège insiste pour que les secteurs "**aide à l'emploi**" et "**formation professionnelle**" soient intégrés, si pas au réseau de soins proprement dit, du moins aux lieux de concertation "assuétude".

72. Le Collège recommande de stimuler la formation des secteurs "aide à l'emploi" et "formation professionnelle" de manière à augmenter leur capacité à gérer les situations problématiques, générées par l'usage de drogues, qui se présenteraient à eux.

73. Le Collège propose de stimuler la mise en place d'équipes spécialisées, soit au sein de structures existantes, soit en dehors, équipes qui se situeraient à l'intersection du réseau "assuétude" et des réseaux "aide à l'emploi" et "formation professionnelle".

74. Le Collège propose de créer une offre spécifique permettant de remédier aux carences en adaptation comportementale, compétences et capacités et ce de manière à pouvoir répondre aux exigences du marché de l'emploi.

Collecte de données

75. Le Collège insiste pour que des données fiables puissent être récoltées et diffusées de manière à mieux orienter les politiques en matière d'assuétudes et de manière aussi à mieux documenter les acteurs du terrain.

76. Le Collège recommande de renforcer les organismes de recueil de données et de renforcer Eurotox dans sa mission de mise en cohérence des dites données et ce dans la perspective de ses missions en rapport avec le point focal belge et l'OEDT.

Informations fournies par **Philippe Bastin**, Infor-Drogues

RRO, le retour...

En 1997 un spot de sensibilisation à la vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) était créé. Cet outil médiatique était destiné à soutenir l'introduction dans le calendrier vaccinal d'une deuxième dose de vaccin RRO, à administrer aux enfants à l'âge de 11-12 ans.

Depuis, l'eau a coulé sous les ponts... Une initiative du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé a réveillé cette année l'intérêt pour cet outil resté sous-utilisé. En 2005, ce spot a été rediffusé à l'occasion d'une Semaine européenne de la vaccination du 17 au 23 octobre. L'initiative était, en 1997, le fruit d'un partenariat de Question Santé, Provac et de la Société scientifique de médecine générale.

La conception du spot s'appuyait sur un double constat.

D'une part, les parents, et souvent aussi les médecins, banalisent les 3 affections (rougeole, oreillons et rubéole), qui sont considérées comme des maladies d'enfant inévitables, mais sans gravité. Cette représentation lénifiante est pourtant relativisée lorsqu'on examine les données scientifiques présentées au tableau 1, qui illustre la fréquence des complications liées aux

Tableau 1 - Les complications des maladies et de la vaccination

	Complications	Liées à la maladie	Post-vaccination
Rougeole (pays industrialisés)	- Pneumonie	3,8-7,3 %	0
	- Convulsions	0,3-0,5 %	0,02-190/100.000
	- Encéphalite	0,5-1/1.000	1/1.000.000
	- Panencéphalite sclérosante subaiguë	0,5-2/100.000	0,05-0,1/1.000.000
Oreillons	- Décès	1/10.000 à 1/4.000	0
	- Méningo-encéphalite	18-25/100.000	0
	- Méningite	0,25 % (clinique) à 15/100 (subclinique)	0 (avec souche Jeryl-Lynn actuellement utilisée)
Rubéole	- Orchite	20-30 % (après puberté)	0
	- Décès	1,6 à 3,4/10.000	0
	Syndrome de rubéole congénitale	1/14.000	0

3 maladies et introduit une comparaison avec les effets indésirables du vaccin RRO.

Elle fait fi aussi de la douleur importante occasionnée par les oreillons et du malaise général parfois intense lié à la rougeole.

D'autre part, beaucoup de jeunes adultes, qu'ils soient parents ou professionnels de santé, n'ont plus eu l'occasion de rencontrer des personnes atteintes de ces maladies. En effet, l'incidence a fortement diminué au cours des 20-25 dernières années, précisément en raison de l'introduction progressive de la vaccination des bébés (voir l'en-

cadre sur l'objectif d'élimination de la rougeole). Dès lors, le choix a été fait d'attirer, via un spot télévisé, l'attention des parents, des enfants et (pré)adolescents, et des professionnels sur le passé épidémique de ces maladies et la vaccination qui permet de les éviter (voir encadré).

Évaluation de l'impact de la campagne de 1997

La campagne a bénéficié du dispositif légal permettant l'accès pour des campagnes d'éducation pour la santé à des espaces gratuits de télédiffusion. Il est passé sur les antennes de la RTBF et de RTL-TVI du 1 au 15/9/97, puis du 10 au 17/11/97 et enfin du 10 au 17/1/98 (soit 4 semaines au total). Pour évaluer l'impact de cette campagne, une enquête par appels téléphoniques a été réalisée par Inra Marketing Unit en février 1998. Cinq cents personnes représentatives de la population nationale de 25 à 55 ans y ont répondu.

La *vzw Omtrent Gezondheid* a mené durant l'automne 1997 une campagne dont les caractéristiques étaient semblables à celle organisée en Communauté française, à une exception près : le nombre de passages du spot télévisé était beaucoup plus important en Communauté française. Nous disposons donc d'une possibilité de comparaison intéressante entre les Communautés. Notons néanmoins que l'implication de la médecine scolaire dans l'implantation de la deuxième dose RRO à 11-12 ans avait été plus précoce en Communauté flamande qu'en Communauté française. Une question de l'enquête s'intéressait au **souvenir de la campagne télévisée**.

Il y avait nettement plus de personnes se souvenant avoir vu le spot RRO à Bruxelles (43 %) et en Wallonie (51 %) qu'en Flandre (12 %). Globalement (chiffres nationaux), on constatait que le spot avait été plus mémorisé par les femmes et par les personnes âgées de 25 à 34 ans (33 %, contre 25 % des 35-44 ans et 20 % des 45-55 ans). Le spot avait également été mieux mémo-

L'objectif d'élimination de la rougeole

On attribue à la rougeole, annuellement, près d'un million de décès dans le monde. La grande majorité de ces décès survient dans les pays en voie de développement. L'incidence de la maladie en Belgique a été suivie par un Réseau de médecins vigies, représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes belges, de 1979 à 1980 et de 1982 à 2000. L'incidence obtenue via ce système de surveillance était nettement sous-estimée, mais constituait néanmoins un indicateur utile de l'évolution annuelle de l'infection. L'incidence rapportée a décliné de 998 par 100.000 en 1982 à 6 par 100.000 en 1999. La surveillance via le Réseau a été considérée comme non pertinente dès 2000, en raison de l'incidence devenue trop faible. Pour répondre aux recommandations de l'OMS, un « Comité pour l'élimination de la rougeole » a été mis en place en Belgique. Le rôle du Comité est l'élaboration d'un plan national d'action et le suivi de son implantation. La composition de ce Comité a été approuvée en mai 2003 par le Gouvernement fédéral. Les membres sont des repré-

sentants des ministres ayant la santé dans leurs compétences (au niveau fédéral, des Communautés et de la Région de Bruxelles-Capitale), des représentants d'associations de pédiatres et de médecins généralistes, des virologues et des épidémiologistes. L'objectif du plan est d'obtenir l'élimination de la rougeole en 2010. Ce ne sera possible que si la couverture vaccinale atteint 95 %, aussi bien pour la première que pour la deuxième dose du vaccin contre la rougeole. L'objectif précis est d'atteindre plus de 85 % fin 2007, 90 % fin 2008 et de dépasser 95 % fin 2009. Le plan prévoit également la mise en place de nouveaux systèmes de surveillance. En effet, lorsqu'on arrive à obtenir des couvertures vaccinales de l'ordre de 90 %, les cas de rougeole deviennent plus rares, mais des épidémies locales restent possibles. La mise en place d'un système de surveillance adapté est nécessaire afin de suivre l'épidémiologie de la maladie. Le plan vise à disposer de données épidémiologiques minimales fiables pour 80 % des cas suspects fin 2008.

Tableau 2 - Quel est le contenu du spot ?
(question posée aux personnes se souvenant du spot)

	Flandre	Bruxelles et Wallonie
Rougeole et/ou rubéole et/ou oreillons	3 %	31 %
Vaccin	8 %	23 %
Maladies	22 %	9 %
Vaccination des enfants de 11/12 ans	3 %	9 %
Ecole, classe	9 % confondu	
Autres	25 %	16 %
NSP/SR	47 %	28 %

risé par les personnes ayant des enfants (32 % contre 22 % des personnes n'ayant pas d'enfant). La mémorisation était similaire entre les personnes de catégories sociales supérieure (27 %) et inférieure (29 %) : ce constat confirme une bonne intelligibilité du spot.

Aux personnes qui se souvenaient avoir vu le spot était posée la question de son contenu (de quoi parlait ce spot ?).

On constatait un taux plus important de non-réponses (ne se souviennent pas/ ne savent pas répondre) en Communauté Flamande (47 %) qu'en Communauté française (28 %). Ceci illustre l'importance de la répétition du message : les spécialistes admettent généralement qu'une campagne doit permettre à un téléspectateur de visualiser un spot au minimum à trois reprises, pour lui permettre une mémorisation du contenu¹.

Le souvenir était globalement beaucoup plus précis en Communauté française : 31 % des personnes interrogées ayant vu le spot ont mémorisé comme sujet la rougeole, la rubéole ou les oreillons, 23 % le vaccin et 9 % la vaccination des enfants de 11-12 ans (voir tableau 2).

On remarque que l'âge (11/12 ans) ciblé lors

du spot a été de façon générale moins perçu par le public.

Cinquante-quatre pourcents des personnes interrogées déclaraient avoir un ou plusieurs enfants de moins de 13 ans. Ces personnes ont dû aussi répondre à une question sur le comportement ou l'intention de vaccination : « Allez-vous le(s) faire vacciner ou l'avez-vous déjà fait ? ». Nonante-deux pourcents répondaient positivement : ceci confirme que peu de parents ont une opposition franche à la vaccination RRO (voir aussi plus bas l'encadré sur l'enquête 2003 de PROVAC).

Pourquoi une campagne en 2005 ?

Le Bureau régional de l'OMS organisait dans quelques pays une semaine européenne de la vaccination, du 17 au 23 octobre 2005. PROVAC a proposé à Madame la Ministre Catherine Fonck une participation de la Communauté française, axée sur la problématique de l'élimination de la rougeole.

PROVAC, en collaboration avec la Direction générale de la santé, a ainsi organisé un intéressant colloque « Elimination de la rougeole

oreillons est de 90 à 92%».

L'enquête s'est également intéressée aux raisons de non-vaccination des enfants, notamment pour le vaccin trivalent contre la rubéole, la rougeole et les oreillons. PROVAC relève que 10,8 % des parents pensent que l'on vaccine les enfants contre des maladies qui ne sont pas graves.

Dans ce cas, les parents citent en général plusieurs vaccins. La rougeole est la maladie la plus souvent citée, viennent ensuite la rubéole et les oreillons. On constate que les hypothèses de travail posées en 1997 sont toujours d'actualité : il y a encore des efforts à faire pour modifier cette perception de maladies d'enfant banalisées...

² Couverture vaccinale en Communauté française, Vax Info n° 42 septembre 2005.

Le scénario du spot dessin animé

La première scène du spot, en coloris sépia, se déroule dans une classe presque vide, dans un décor des années 50.

Texte : "... Après la rougeole et la rubéole, nos écoliers sont décimés par une épidémie d'oreillons. Le pays paie un lourd tribut à ces maladies inévitables..."



Dans la deuxième scène du spot, on découvre une classe colorée, pleine d'élèves, dans un décor contemporain.

Texte : "... Aujourd'hui on peut éviter ces trois maladies."



Le slogan final énonce "A 12 mois comme à 11-12 ans, un seul vaccin protège contre la rougeole, la rubéole et les oreillons."

Les couvertures vaccinales en Communauté française

La 6^e enquête de couverture vaccinale a été réalisée par PROVAC en 2003, en Communauté française, Bruxelles excepté.

PROVAC constate que le vaccin contre le RRO n'a pas vu sa couverture vaccinale augmenter depuis l'enquête précédente de 1999, puisqu'elle plafonne toujours à 83%. Dans un article récemment publié², le Dr Béatrice Swennen qualifie ce résultat de « médiocre » et souligne « qu'aucun seuil critique d'immunité n'est atteint pour ces trois valences.

Idéalement, pour la rubéole, 85-87% de la population devrait être vaccinée.

Etant donné la contagiosité et le petit nombre de sujets vaccinés qui n'acquiescent pas d'immunité contre la rougeole, la couverture à atteindre est plus élevée, soit 92-95%.

Et enfin le taux idéal à atteindre pour les

pour 2010 en Europe. Mise en place de stratégies en Communauté française ».

Par ailleurs, pour sensibiliser le public à l'intérêt de la vaccination contre la rougeole, le spot RRO est rediffusé dans la deuxième quinzaine d'octobre et la première quinzaine de décembre.

Patrick Trefois, SCPS - Question Santé

Adresse de l'auteur : Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles.

Courriel : question.sante@skynet.be.

Internet : www.questionsante.org

¹ Un indice technique appelé OTS (« opportunity to see ») reflète cette notion : il chiffre le nombre moyen d'occasions que les personnes du public visé ont eu de voir le spot. En combinant cet indice avec l'audience, c.à.d. le pourcentage de personnes du public visé ayant vu le spot au moins une fois, on obtient un indice calculé qui reflète l'impact d'un spot : c'est le GRP (« gross rating point »).

Une enquête sur les chutes à domicile

A tout moment, une chute peut se produire sans crier gare et les proches ne sont pas toujours présents. Le système de télé-assistance aide à résoudre cette situation angoissante et permet à de très nombreuses personnes âgées de vivre chez elles dans de bonnes conditions de sécurité. En effet, via ce système, la personne peut appeler à l'aide 24 heures sur 24 où qu'elle soit (maison et jardin) et signaler un malaise, une chute ou toute autre demande d'urgence. La centrale dont elle dépend se charge d'appeler les intervenants (famille, voisins, médecin, ambulance...) et reste en contact avec la personne en difficulté jusqu'à leur arrivée sur place.

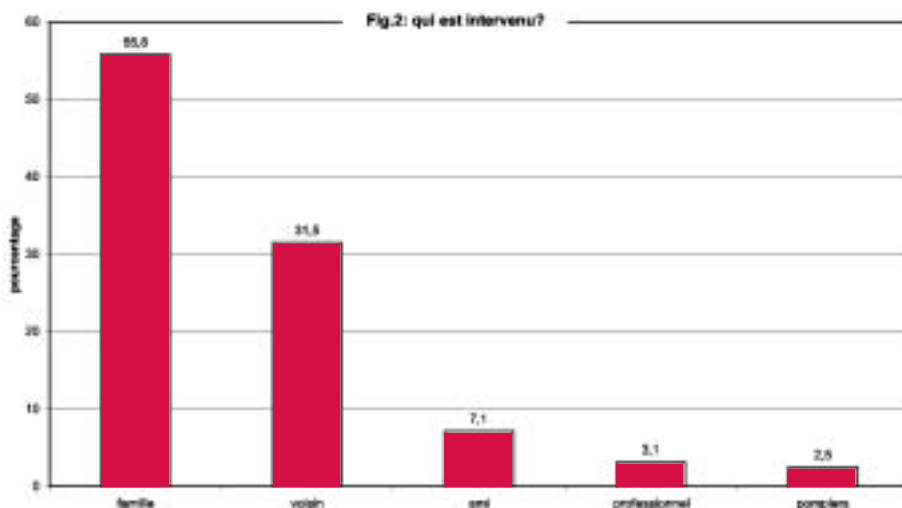
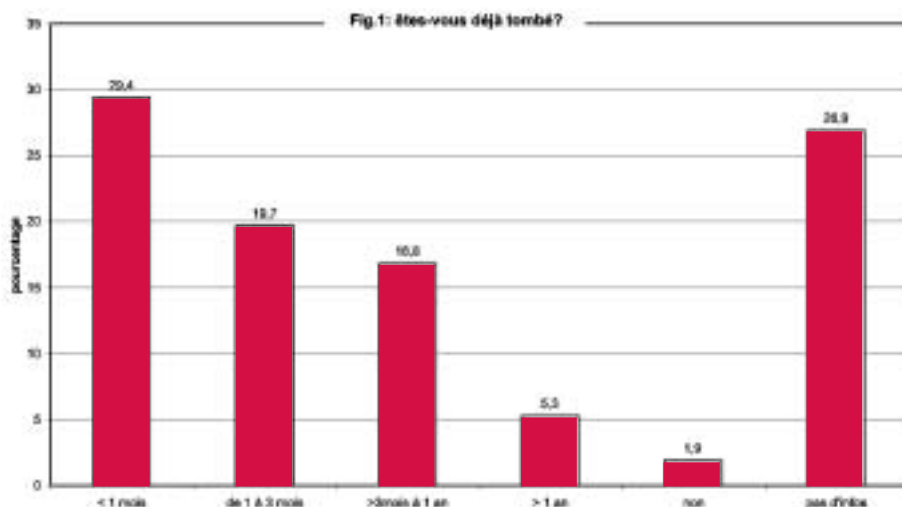
L'asbl Permanence Soins à Domicile (P.S.D.) existe depuis 14 ans et compte près de 6500 affiliés au système de télé-assistance. Pour l'année 2004, plus de 63.000 appels ont été traités. Les appels pour cause de chute représentent 4,2 % du total, la majorité des appels sont des essais du client (32,1 %), des appels involontaires (22,3 %) et des appels techniques (23,4 %). Ce faible pourcentage signifie néanmoins que chaque année la centrale intervient dans plus de 2600 chutes à domicile, soit une moyenne de plus de 7 chutes par jour. Cette expérience nous permet d'avoir un regard particulier sur cet événement, première cause d'accident domestique chez les personnes de plus de 65 ans.

Pour en savoir plus, nous avons mené une enquête téléphonique auprès d'un échantillon de nos affiliés ayant fait une chute. Voici quelques informations plus précises sur ce qui s'est passé pour eux.

Qui chute ?

La moitié (50,2 %) des personnes qui sont tombées ont entre 80 et 89 ans. Près d'une personne sur trois a entre 70 et 79 ans. Mais il y a également des personnes plus jeunes (2,8 % ont entre 50 et 59 ans) ou plus âgées (14,4 % ont entre 90 et 99 ans et une personne a plus de 100 ans!).

En Belgique, la proportion homme/femme pour la population de 80 ans et plus est d'environ 25 % d'hommes et 75 % de femmes. Notre population d'affiliés quant à elle comprend 85,8 % de femmes pour 14,2 % d'hommes. Parmi les personnes enquêtées, nous avons trouvé un pourcentage légèrement plus important d'hommes par rapport aux femmes (soit 83,1 % de femmes pour 16,9 % d'hommes).



Est-ce un accident isolé ou plutôt répété ?

Nos affiliés présentent peut-être un risque de chute plus important que la population en général car très souvent, une personne s'affilie à la télé-assistance parce qu'elle est déjà tombée. Parmi les personnes interviewées, 29,4 % sont tombées dans le mois qui précède, 19,1 % dans le trimestre et 16,8 % dans l'année. Pour plus du quart de notre échantillon, nous ne disposons pas de cette information. Cela signifie que certaines personnes tombent très souvent.

Quand risque-t-on le plus de tomber ?

La personne âgée tombe le plus souvent lors d'un déplacement pour une activité de la vie quotidienne : sortir du lit, se lever du fauteuil, aller d'une pièce à l'autre. Donc tous les moments de la journée où la personne se déplace peuvent

être à risque.

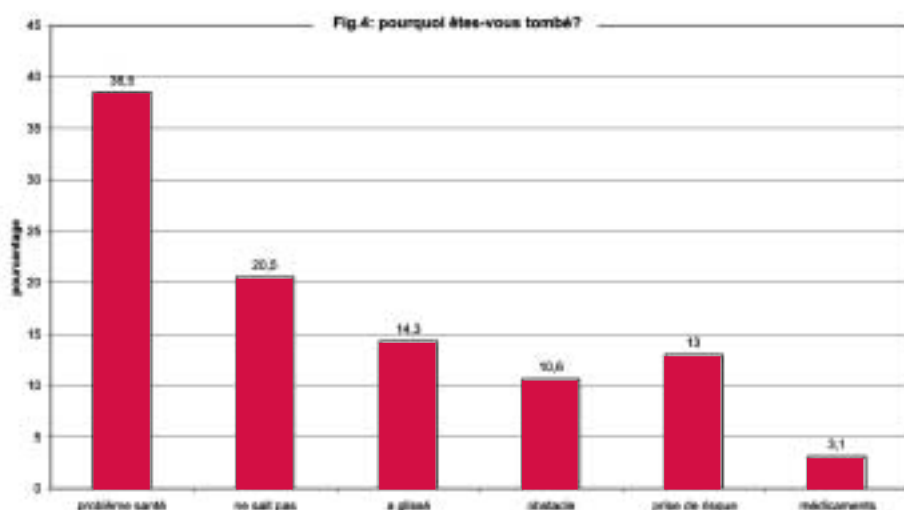
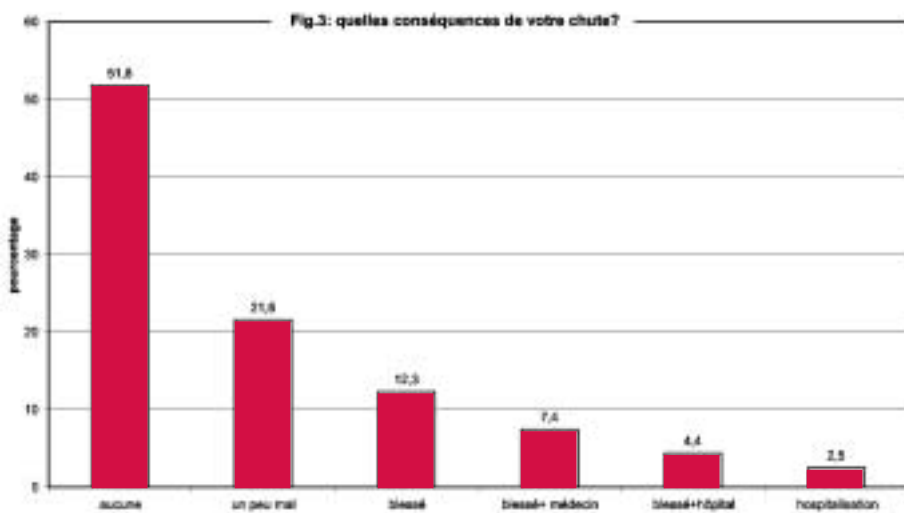
En divisant la journée en 8 tranches horaire de 3 heures, nous remarquons que la période la plus calme est celle de minuit à 3 heures du matin. Les périodes où le risque de chute semble le plus important, sont la matinée (de 9 à 12h) et le début de soirée (de 18 à 21h).

Où risque-t-on le plus de tomber ?

Le système de télé-assistance fonctionne uniquement au domicile de la personne et aux abords proches comme le jardin par exemple. La chute survient dans les pièces les plus fréquentées : la chambre, le salon, la cuisine.

Qui est intervenu pour aider la personne à se relever ?

La famille intervient dans la majorité des situations (55,8 %) mais aussi les voisins (31,5 %).



Le pourcentage relativement important d'intervention des pompiers (2,5 %) est dû au fait que, lorsqu'aucun des intervenants renseignés par l'affilié n'est disponible, la centrale doit faire appel aux services de secours c'est-à-dire essentiellement aux pompiers. Les professionnels de santé et d'aide aux familles quant à eux interviennent rarement dans ces situations (3,1 %).

Quelles sont les conséquences de la chute ?

Heureusement, pour 51,8 % des personnes ayant chuté, il n'y a pas de conséquence : « Tout va bien, je ne me suis pas fait mal... ». Bref, la chute n'est qu'un souvenir parmi d'autres. Mais cela signifie que pour l'autre moitié des personnes, la chute a provoqué des dégâts : quelques bleus ou bosses, des courbatures pour 21,6 %, des contusions un peu plus lourdes pour 12,3 %, des blessures ou douleurs ayant nécessité la visite du médecin pour 7,4 %, un passage à l'hôpital (pour une suture, une radio et parfois une fracture confirmée pour 4,4 %) et enfin une hospitalisation pour 2,5 %.

Ces chiffres témoignent du fait que pour une personne âgée, la chute reste un événement à haut risque. Même si la télé-assistance permet d'être très rapidement secouru, elle n'empêche ni de tomber ni de se faire mal... Et la chute entraîne souvent des douleurs et courbatures qui rendent la marche et les déplacements plus difficiles qu'avant... et donc, qui augmentent le risque de chuter à nouveau !

Mais pourquoi ces personnes sont-elles tombées ? Qu'en disent-elles ?

38,5 % incriminent un problème de santé (problèmes d'équilibre ou de circulation, problème de tension artérielle, genou défaillant...). 20,5 % ne savent pas expliquer pourquoi elles sont tombées : « C'est arrivé comme ça, je me suis retrouvée par terre. »

14,3 % disent avoir glissé : à cause d'un tapis, d'un parquet trop bien ciré, d'une chaussure mal ajustée.

5,2 % parlent d'un obstacle comme un pavement inégal, le pied d'une chaise...

15,4 % disent avoir pris des 'risques': « Le téléphone sonnait, j'ai voulu aller décrocher mais je me suis levée trop vite » ou encore « J'ai voulu ramasser mon journal par terre mais je n'ai plus su me redresser, je me suis laissé glisser ».

3,1 % parlent des effets de médicaments : « J'avais pris un cachet pour dormir, j'évite d'en prendre maintenant. »

La télé-assistance, une aide précieuse

Lors d'une chute, l'attente et l'inquiétude sont quasi inexistantes. En effet, le système de télé-assistance permet de rester aux côtés de la personne en difficulté jusqu'à l'arrivée de l'aide. Cette présence s'exprime par un petit mot d'encouragement, quelques questions pour rassurer et vérifier que la personne reste confiante et consciente. Si besoin, la centraliste peut appeler des secours en plus des intervenants : médecin traitant, service 100. Lors de notre enquête, les personnes (et leur entourage) étaient unanimement satisfaites de l'aide apportée par la télé-assistance.

En fait, ce système permet d'organiser un réseau d'aide essentiellement bénévole autour de cha-

Témoignage de M^{me} J., 71 ans

C'était lundi soir, j'étais dans ma cuisine pour préparer mon souper. Et puis j'ai eu une "tournoiole" et je n'ai pas su me rattraper. J'ai été fort malade et c'est vrai que je suis plus fragile, je ne sais presque plus marcher. Heureusement que j'avais l'émetteur. J'ai appuyé dessus et tout de suite quelqu'un m'a appelée. J'ai pu dire que j'étais tombée et la personne de la centrale m'a demandé si ça allait. Elle m'a dit de ne pas m'inquiéter, elle allait appeler quelqu'un pour m'aider à me relever. Deux minutes plus tard, la personne de la centrale avait su joindre ma fille et elle me prévenait que celle-ci arrivait tout de suite. Régulièrement en attendant ma fille, la centraliste me demandait si ça allait, si je n'avais pas trop mal. Ma fille est arrivée et m'a aidée à me relever. Nous avons pu dire à la centraliste que tout allait bien, que tout était en ordre. Et nous nous sommes souhaité une bonne soirée ! C'est vrai qu'il y avait très longtemps que cela ne m'était plus arrivé de tomber, plus de 4 ans... Mais heureusement que j'avais mon émetteur sur moi ; avec ça, je me sens rassurée, le moindre problème et je peux appeler à l'aide. En fait, je ne me sens jamais seule.

cun des 6500 affiliés. Imaginez-vous plus de 20.000 personnes appelables et prêtes à aider la personne si celle-ci est en difficulté. Quel réseau de solidarité discret mais impressionnant!

Et le rôle des professionnels du domicile ?

Si les professionnels du domicile interviennent très rarement lors de la chute pour aider la personne à se relever, ils ont cependant un rôle primordial dans la prévention et le suivi. En effet, en rencontrant la personne dans son lieu de vie, le professionnel peut identifier ce qui risque de provoquer une chute, que cela concerne l'aménagement du lieu de vie, les problèmes de santé ou les comportements de la personne. Il peut alors aider la personne à limiter ces risques et lui faire connaître le système de télé-assistance. Quand il y a chute et surtout chutes à répétition, c'est souvent l'indicateur d'un problème particulier : un problème de santé qui s'aggrave, une mauvaise adaptation de l'environnement... et l'intervenant à domicile doit alors intervenir plus précisément en informant le médecin traitant, en adaptant l'environnement... Régulièrement,

Témoignage de la fille de M^{me} B., 82 ans

C'était dimanche matin, maman était assise à table, dans la cuisine, elle prenait son petit déjeuner. Maman a voulu reculer sa chaise pour se lever et sortir de table mais la chaise a basculé et elle est tombée par terre. La centrale m'a appelée et je suis arrivée 20 minutes plus tard, le temps de m'habiller et d'arriver chez elle. Pendant ce temps-là, Maman n'a pas paniqué, elle a beaucoup apprécié que la personne de la centrale demande régulièrement de ses nouvelles en attendant que j'arrive. Quand je suis arrivée, elle avait mal mais elle était tranquille, pas du tout angoissée. La personne de la centrale nous a demandé si tout allait bien, j'ai dit que j'avais pu aider maman à se mettre dans son fauteuil

mais qu'elle avait fort mal au bras, la centraliste m'a proposé de contacter elle-même le médecin de maman, ce qu'elle a fait tout de suite. Elle m'a dit que le médecin était prévenu et qu'il allait venir le plus rapidement possible. Et puis elle nous a laissé pour répondre à d'autres appels. Le docteur est venu, il craignait une fracture et il nous a envoyées à l'hôpital pour faire une radio de contrôle. Malheureusement son bras était cassé. Mais quand j'y repense cela aurait pu être plus grave encore. J'étais venue lui rendre visite samedi et je ne pensais pas revenir avant lundi soir. Si elle n'avait pas eu la télé-assistance, elle serait restée par terre pendant plus de 30 heures!

ment, nous renseignons ou nous prenons nous-mêmes contact avec des professionnels du domicile (assistants sociaux, infirmiers, médecins...) proches de la personne pour rechercher des solutions et aider au maintien à domicile.

Bernadette Taeymans, PSD

*Cet article est déjà paru dans la revue Contact n° 103, avril-mai 2005. Adresse de l'auteur : PSD, chée de Louvain 292, 5004 Bouge
Courriel : bernadette.taeymans@psd.skynet.be*

Burundi - une loi pour protéger les sidéens de la discrimination

Le gouvernement burundais vient de voter une loi pour lutter contre la discrimination dont sont victimes les personnes atteintes du sida. Une étape essentielle dans leur difficile combat au quotidien pour faire reconnaître leur droit à vivre comme tout le monde.

C'est un pas important pour la reconnaissance des droits des malades et porteurs du VIH/Sida qui a été franchi par l'Assemblée nationale de transition au Burundi, le 2 mars dernier. Elle a, en effet, adopté à l'unanimité une loi qui protège les sidéens contre la discrimination dont ils sont actuellement victimes. Des amendes de 10.000 Fbu à 100.000 Fbu, des sanctions administratives, disciplinaires et autres sont prévues pour punir ceux qui contreviennent à la loi. C'est une victoire pour **Jeanne Gapiya** et les membres du réseau des personnes vivant avec le virus, qui ont fait pression sur le pouvoir législatif pour obtenir ce vote. J. Gapiya a été la première Burundaise à reconnaître publiquement qu'elle avait le sida, un matin de décembre 1985, choisissant ainsi d'affronter les regards, les critiques et le mépris. Refusant la fatalité, elle a depuis lors entamé un rude combat qui l'a conduite à fonder, en 1993, une association de soutien aux séropositifs et sidéens. Les

centres *Turiho* ("Nous sommes vivants" en kirundi) accueillent aujourd'hui plusieurs milliers de patients à Bujumbura et à Kirundo. Jeanne fait figure d'héroïne, dans un pays où la stigmatisation des séropositifs et des sidéens reste forte. Qu'il s'agisse de louer une maison ou de trouver un travail, ceux-ci ont, en effet, bien du mal à faire reconnaître leurs droits. Comme cette femme qui s'est vu refuser un appartement à louer lorsqu'elle a avoué avoir le sida. Au quotidien, la discrimination est courante : une autre femme raconte que dans la parcelle où elle habite, les colocataires, sachant qu'elle est porteuse du VIH, montrent ouvertement leur répugnance à utiliser les lieux d'aisance ou la douche commune quand elle en sort. La nouvelle loi reconnaît à ceux qui sont atteints le droit de jouir des mêmes avantages sociaux ou professionnels qu'une personne saine.

Peur du rejet social

Pour tous ceux qui sont touchés par ce fléau, elle est donc porteuse d'espoir. Parmi eux de très nombreuses femmes comme I.C. qui se confie les yeux baissés, d'une voix à peine audible. Elle a appris sa séropositivité il y a près de 5 ans après le décès de son mari lorsque, sur les conseils d'une amie, elle est allée se faire dépister.

Comme bon nombre d'autres femmes porteuses du virus – cultivatrices, enseignantes, fonctionnaires et autres – I.C. a appris à vivre

Il n'y a pas qu'au Burundi...

Un travail de réflexion de longue haleine du secteur de la prévention du sida et autres MST a abouti récemment à la publication d'une plaquette 'Stratégies concertées du secteur de la prévention du sida et des IST en Communauté française'. La réduction des discriminations vis-à-vis des publics vulnérables et plus particulièrement des personnes séropositives est un des trois objectifs transversaux retenus pour les prochaines années, à côté de l'amélioration du recours adéquat et de l'accès aux dépistages et de l'utilisation du préservatif lors de la prise de risques. Une publication de 24 pages est disponible à l'Observatoire du sida et des sexualités, Bd Jardin botanique 43, 1000 Bruxelles. Courriel : observatoire@fusl.ac.be. Le document peut être téléchargé sur le site www.fusl.ac.be/observatoire.

avec son fardeau. Ces femmes viennent régulièrement assister aux séances organisées par une association de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida. De la maladie, elles en parlent entre elles, entre amies, mais surtout pas aux gens de la famille, de peur d'être socialement rejetées. Les discussions sur le sujet, avec les enfants, sont encore plus difficiles. Nombreuses sont d'ailleurs celles qui n'ont pas encore eu le courage de faire dépister leurs enfants préférant continuer à vivre dans l'incer-

titude. À ce niveau, les obstacles d'ordre culturel restent quasiment insurmontables. Selon la loi qui vient d'être votée, le gouvernement doit mettre en place obligatoirement des mécanismes de lutte contre la discrimination de personnes infectées par le VIH et assurer leur prise en charge médicale et psychosociale. Mais son application risque de ne pas être facile. Chaque année, le virus fait de nouvelles victimes. La tendance est à la hausse dans le milieu rural tandis que dans les villes les chiffres se sta-

bilisent. À Bujumbura, la séro-prévalence est de 9,4 %, selon la toute dernière enquête effectuée en 2002. En zone semi-urbaine, le pourcentage atteint les 10,5 % tandis que dans le milieu rural, il n'est que de 2,5 %, mais en très forte hausse. La guerre, les déplacements de populations, la paupérisation et la vie dans des conditions précaires ont favorisé cette augmentation des infections.

Béatrice Ndayizigamiye, InfoSud - Syfia

Les francophones contre le tabac

La deuxième conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac (CIFCOT II) s'est tenue à Paris du 18 au 21 septembre, à la Maison de la Chimie.

Plus de 700 participants d'Europe, du Québec et d'Afrique se sont réunis pendant 3 jours pour partager les connaissances, les expériences et s'approprier encore et toujours plus de compétences pour lutter contre le tabagisme.

Cette conférence internationale était organisée par la Ligue nationale française contre le cancer et l'Alliance française contre le tabac.

En présence du Ministre français de la Santé et de la Solidarité, **Xavier Bertrand**, du Vice-président de l'Assemblée nationale et de nombreuses personnalités nationales et internationales de premier plan, et avec le soutien du Ministère de la Santé et de l'Institut national du cancer, les participants ont pu fédérer les énergies et mutualiser les connaissances dans tous les domaines (scientifiques, médicaux, sociaux, politiques, économiques et écologiques).

En améliorant ainsi l'information et en renforçant l'action à l'échelle mondiale francophone, CIFCOT II a permis à tous les organismes et personnes engagés dans la lutte contre le tabagisme d'opposer un front uni et déterminé à une industrie meurtrière et très organisée.

Le programme de la conférence, très ambitieux, a couvert la quasi-totalité des champs d'action : envahissement de l'Afrique par les cigarettiers, protection des salariés sur leur lieu de travail, médias, économie et aide à l'arrêt.

Pas moins de 180 ateliers et 6 sessions plénières ont animé ces 3 jours et devraient permettre d'envisager de remporter, sinon la guerre au tabac, du moins de grandes batailles.

Comme Fabrice del Dongo le héros de Stendhal du *Rouge et le noir*, qui a assisté à la bataille de Waterloo mais n'a vu que "passer les boulets de canon", nous avons pointé quelques aspects seulement des débats, mais d'un grand intérêt.

Travail

En France, un quart des salariés – 4,6 millions de personnes – restent enfumés sur leur lieu de travail. Dans un sondage rendu public à la conférence, 21 % des salariés déclarent qu'il n'est pas interdit de fumer dans leur entreprise. Et seulement 23 % que la Loi Evin y est appliquée.

Certains sont mieux protégés que d'autres puisque 31 % des ouvriers contre 11 % des cadres travaillent dans une entreprise hors la loi. En revanche quasiment tous (93 %) sont désormais conscients du fait que l'exposition à la fumée des autres ne constitue pas seulement une gêne mais un risque important pour la santé des non-fumeurs. Et 78 % estiment que c'est à

l'employeur de garantir un environnement de travail sans fumée, y compris dans les bars, cafés et restaurants.

Voilà de bonnes nouvelles pour notre Ministre de la santé publique **Rudy Demotte**...

Consommation

Un aspect également mis en exergue a été l'importance du tabagisme en Afrique, étant donné le nombre de morts en plateau dans les pays industrialisés, mais en augmentation dans les pays pauvres, et aussi en Chine, énormes réserves de marché pour l'industrie du tabac. Les conséquences sanitaires et sociales, entrave au développement, altération de l'environnement (le

L'Appel de Paris contre le tabac

Face à une industrie dont la concentration des moyens financiers menace la santé publique et entrave, par la corruption, le développement des pays émergents, désireux de s'ouvrir à la dimension internationale, multiculturelle et plurilinguistique de la lutte contre le tabac, forts de la Déclaration de Montréal, adoptée en 2002 lors de CIFCOT I, les 700 délégués représentant 33 pays de la francophonie réunis à Paris à l'occasion de CIFCOT II adoptent à l'unanimité les deux résolutions suivantes :

La **convention-cadre** de lutte antitabac de l'OMS (CCLAT) doit être ratifiée, transposée et appliquée par les gouvernements des pays de la francophonie.

Les **opinions de ces pays**, en particulier celles des pays d'Afrique, d'Asie, de l'Océan indien... doivent être mobilisées afin de mettre en œuvre un plan d'action comprenant :

- l'interdiction de toute publicité et de toute promotion des produits du tabac sous quelque forme que ce soit;
- l'augmentation significative et répétée

annuellement du prix de vente au détail des produits du tabac;

- la protection totale des non-fumeurs par l'interdiction générale de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail;
- la mise à disposition auprès des fumeurs des méthodes d'arrêt du tabac scientifiquement validées;
- l'information efficace des publics, en particulier des plus démunis, sur les effets du tabagisme sur la santé.

La Conférence mandate les présidents de CIFCOT I, de CIFCOT II, le président et le secrétaire permanent de l'Observatoire du Tabac en Afrique francophone (OTAF) de constituer et de financer un Secrétariat permanent francophone de lutte contre le tabac.

Il est chargé d'élaborer une stratégie francophone et de renforcer la collaboration mondiale face aux agissements de l'industrie du tabac particulièrement dans les pays les plus vulnérables.

CIFCOT II, Paris, le 21 septembre 2005

séchage du tabac est une des premières causes de la déforestation), majoration de la pauvreté, menacent gravement les pays en développement et plus particulièrement l'Afrique.

Un aspect particulier de la lutte en France : le recul du tabagisme marque hélas le pas.

En effet, après la chute historique des ventes de cigarettes au cours de trois dernières années, due à des augmentations significatives du prix, les bureaux de tabac français pensent restaurer leur chiffre d'affaire. Au mois d'août la quantité de cigarettes vendue par Altadis a augmenté de 1,8 % par rapport au même mois de l'an passé. L'entreprise qui approvisionne la quasi-totalité des débiteurs de tabac avait déjà enre-

gistré une hausse de vente de 2,1 % en janvier et 6,9 % en mai!

Autant de signes qui prouvent la fragilité des résultats de la lutte contre le tabagisme selon les associations antitabac.

Convention-cadre

Notons aussi l'approche globale de la lutte contre le tabac, et une mobilisation internationale importante envers le dispositif que la Convention-cadre de l'OMS apportera dans cette lutte.

Relevons à ce propos que pour la Belgique, toutes les entités fédérées ont signé et ratifié cette convention, sauf, à la date du 21 septembre dernier, le Gouvernement flamand. (Ndlr : le Gou-

vernement flamand a effectivement signé et ratifié en date du 14 octobre 2005).

Gageons qu'il ne s'agit que d'un retard administratif. Il serait dommage qu'une non-ratification d'une seule partie empêche la Belgique de participer à la première conférence de suivi de la Convention-cadre qui se tiendra au début 2006 à Genève.

Voilà encore du travail de lobbying à prévoir pour la Coalition nationale de lutte contre le tabagisme...

Michel Pettiaux, FARES asbl

Adresse de l'auteur : FARES, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 512 29 36.

Courriel : michel.pettiaux@fares.be

LOCALES

Les cellules intersectorielles de promotion de la santé : démarche pour une vision globale

Faire évoluer les projets locaux vers plus d'intersectorialité et de participation est le souhait émis par le Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin au travers de la mise en place de cellules intersectorielles de promotion de la santé. Présentation d'une démarche.

Les origines

Dans le cadre des Conférences locales pour des politiques de promotion de la santé réalisées dans l'arrondissement de Charleroi, une identification des attentes, des besoins et des priorités des citoyens en matière de qualité de vie a été menée¹. A la suite de ce travail, nous avons voulu susciter la mise en place d'actions répondant aux objectifs généraux des Conférences locales – démarche intersectorielle, travail en partenariat et participation – tout en respectant les besoins exprimés par les habitants. C'est à ce moment qu'est née l'idée de l'organisation de cellules intersectorielles de promotion de la santé².

Nous nous sommes, au départ, basés sur l'observation suivante : l'action intersectorielle est fondée sur le constat que les principaux déterminants de la santé de la population relèvent de nombreux secteurs autres que celui de la santé.

Seule une action entre les différents secteurs permet d'agir sur les conditions sociales, économiques et environnementales qui déterminent et favorisent la santé et le bien-être de la population. Or, il y a un manque de structures permettant de développer **systematiquement**, dans le cadre de projets de promotion de la santé, les démarches intersectorielles, le travail en partenariat et la participation des habitants. Cette manière d'agir semble en effet se heurter à des habitudes de travail qui poussent les personnes à travailler dans leur secteur et à répondre à leur place aux besoins des habitants. Le travail de promotion de la santé et de santé communautaire remet en question cette manière de faire et bouleverse les rapports entre les individus (partage du pouvoir, gestion du temps de l'action, redéfinition du rôle de chacun...).

Notre motivation est de penser que des structures comme les cellules intersectorielles peuvent faire évoluer les mentalités en permettant aux différents acteurs de se rencontrer, d'échanger et de travailler ensemble. Différentes raisons devraient les pousser dans ce sens : meilleur ancrage des actions, meilleure adhésion des publics concernés par les actions, possibilité accrue de maintenir les actions dans le temps, économies d'échelle grâce à la mutualisation des ressources (humaines, financières, logistiques...), etc.

Les cellules intersectorielles

Nous avons défini les cellules intersectorielles de promotion de la santé comme des lieux de rencontre où les personnes travaillant sur un projet de promotion de la santé peuvent bénéficier d'un regard extérieur sur leurs idées. Ces cellules réunissent un promoteur de projet autour de différents acteurs – élus, professionnels et habitants – dont les activités couvrent différentes thématiques : l'environnement, le social, l'économique et la culture.

Les cellules intersectorielles sont donc des groupes de personnes qui partagent pour un moment leurs connaissances, leurs préoccupations et leurs recherches de solutions.

Pour les membres d'une cellule intersectorielle, la participation aux échanges permet de développer leurs connaissances, par :

- l'accès à un stock de savoirs alimenté par chaque membre : vision d'un domaine, compréhension d'une problématique, savoir-faire, vocabulaire, logique d'analyse...
- l'analyse de ces savoirs : en pouvant réfléchir, réagir, contester ou approfondir les connaissances partagées au sein de la cellule ;
- le développement de nouveaux savoirs : en participant, avec d'autres, à la création de nouvelles connaissances, à la mise au point de nouvelles pratiques.

Les objectifs

Les objectifs des cellules intersectorielles sont de 5 ordres :

- stimuler au sein de projets locaux l'intégration des critères de la promotion de la santé

1 A ce propos, lire l'article « Conférences locales pour des politiques de promotion de la santé de Charleroi-Thuin : place aux citoyens » dans Education santé, n° 192, août 2004, pp 15-17.

2 Différents acteurs sont à l'origine de la mise en place des cellules intersectorielles : les partenaires de base qui sont à l'origine de la dynamique instaurée dans le cadre du processus des Conférences locales – le CLPS de Charleroi-Thuin, la Maison Pour Associations, le Centre Régional d'Intégration de Charleroi et l'Unité de Développement Territorial et Local de l'IGEAT-ULB, et le comité de pilotage qui regroupe des acteurs locaux qui s'intéressent aux questions touchant à la santé et au bien-être des habitants.

et du développement local tels que le travail en partenariat, la démarche intersectorielle et la participation des habitants ;

- favoriser l'adéquation entre, d'une part, les intentions des promoteurs de projets locaux et, d'autre part, les attentes et besoins exprimés par les habitants ;
- mutualiser les compétences locales issues des expériences de chacun : échanger des avis, confronter des idées pour apprendre en approfondissant des projets ou des éléments de projets, permettre une réflexion plus large en agissant sur les complémentarités de chacun au travers d'une mise en commun d'expériences, d'un partage des points de vue et d'une recherche de cohérence ;
- inscrire les projets locaux dans le contexte local : connaître les ressources locales, les projets existants ;
- enfin permettre de sortir de l'urgence habituelle en offrant un temps d'arrêt et une démarche spécifique pour réfléchir sur son expérience et ses pratiques.

Les sources méthodologiques

Les cellules intersectorielles de promotion de la santé telles que nous les envisageons dans le cadre du processus des Conférences locales, ne semblent pas avoir d'exact équivalent méthodologique mais elles s'inspirent de deux méthodes qui ont fait l'objet d'un travail de conceptualisation : les interventions (démarche permettant au sein d'un groupe la mise au travail de situations qui posent questions aux professionnels et cela dans la perspective de développer des compétences professionnelles et de construire collectivement des repères pour l'action³) et les communautés de pratiques (groupes de professionnels réunis entre eux de façon informelle par les mêmes préoccupations, par la même recherche de solutions et donnant de cette façon corps à un ensemble de connaissances⁴).

Dans notre démarche, nous faisons cependant une distinction entre les cellules intersectorielles d'une part, les interventions et les communautés de pratiques d'autre part, et ce sur deux points : l'intersectorialité et la durée.

L'intersectorialité

Les interventions et les communautés de pratiques ont pour caractéristique d'être des dispositifs de soutien, d'aide et de partage s'adressant à des professionnels qui pratiquent le même métier ou qui rencontrent des problématiques identiques (au sein de la même institution ou au sein

d'institutions différentes). On retrouve cet aspect dans la définition de ces méthodes.

Par contre, la spécificité des cellules intersectorielles est, comme le nom l'indique, de rassembler des acteurs divers (élus, professionnels et habitants) dont les activités couvrent différentes thématiques (environnement, social, économie, culture). Le souhait est donc bien de mettre en relation des personnes dont l'expérience et les connaissances issues d'horizons variés peuvent, en s'additionnant, élargir le champ d'analyse d'une problématique, faciliter sa compréhension et favoriser la mise en place d'actions cohérentes (grâce à cette analyse globale).

La durée

Une seconde caractéristique des interventions et des communautés de pratiques est d'être des processus qui s'installent dans la durée :

- les interventions réunissent à intervalles réguliers des professionnels qui, au départ d'analyse de différentes situations vécues, réfléchissent à leurs pratiques professionnelles et aux moyens de les améliorer ;
- les communautés de pratiques regroupent des professionnels qui interagissent et apprennent ensemble au travers de leurs différentes rencontres formelles ou informelles. Elles s'organisent de manière progressive, en réponse à une problématique commune à l'ensemble de ses membres.

Les cellules intersectorielles se différencient ici en s'organisant autour d'une rencontre ponctuelle, mettant en relation des acteurs ayant à la base des préoccupations parfois différentes. Si lors de cette rencontre, certains des acteurs se découvrent des intérêts communs, on pourra assister à la mise en place de nouvelles collaborations mais cela déborde alors de l'organisation même de la cellule.

Première phase pilote

Lorsque les partenaires de base et le comité de pilotage ont décidé de mettre en place des cellules intersectorielles, le souhait a été formulé de passer au préalable par l'organisation d'une phase pilote afin de vérifier en quoi cette démarche permet bien de répondre aux objectifs fixés.

Cette phase pilote s'est déroulée de janvier à juin 2005, sur base de l'organisation de trois cellules intersectorielles autour des projets portés par Comme Chez Nous (Charleroi), L'Eveil (Ransart), l'Espace Citoyen (Dampremy) et l'asbl Carolo Prévention Santé.

La constitution des cellules intersectorielles

Après avoir identifié les projets et les questions à débattre, il nous a fallu constituer les cellules intersectorielles en respectant notre volonté de réunir des acteurs issus d'horizons divers. Pour

réaliser cette étape, nous nous sommes basés :

- sur un fichier d'institutions constitué par le CLPS, qui permet de réaliser une recherche sur base de différents mots-clés. Dans le cas présent, nous avons ciblé la recherche sur base de critères identifiant les secteurs d'activités (social, culture, environnement et économie) et/ou le territoire d'action des institutions ;
- sur les connaissances de terrain des partenaires de base et des membres du comité de pilotage ;
- sur les connaissances de terrain des promoteurs de projets, qui étaient sollicités pour prendre contact avec des habitants concernés par leurs projets afin de les inviter à participer à la cellule intersectorielle.

Une fois ces personnes identifiées, des contacts individuels ont été pris pour expliquer la démarche et pour les inviter à y participer. Chaque personne qui acceptait, recevait une confirmation écrite à laquelle était joint le document de description du projet faisant l'objet de la rencontre, et le dépliant de présentation des cellules intersectorielles.

Les objectifs pour la phase pilote

Les objectifs de l'évaluation de la phase pilote sont :

- de vérifier la pertinence de l'organisation de cellules intersectorielles de promotion de la santé par rapport aux objectifs généraux définis ;
- de fournir des indicateurs nous permettant de pouvoir formuler des objectifs plus opérationnels d'une part (précisant les objectifs généraux au travers d'éléments observables et mesurables), et de créer des outils d'analyse (grille d'observation des échanges...) nous permettant de recueillir ces éléments observables et mesurables d'autre part.

Résultats

Les différents éléments recueillis au travers des questionnaires d'évaluation montrent que les cellules intersectorielles ont permis de progresser en direction des objectifs généraux définis initialement.

De manière générale, il semble que les cellules intersectorielles ont généré de nouveaux questionnements sur les projets :

- au niveau du partenariat : pas de concrétisation directe de partenariats mais beaucoup de déclarations d'intention plus ou moins précises ;
- au niveau de la démarche intersectorielle : mise en avant de la découverte d'autres secteurs (décloisonnement) et des points de convergence possibles entre ceux-ci ;
- au niveau de la participation des habitants : beaucoup de discussions autour de cette question de la participation (points positifs et négatifs, difficultés rencontrées et solutions apportées, impact de la participation sur le projet...).

Différents points positifs ont été relevés. Ils peuvent être regroupés en deux catégories.

3 Quand l'échange de savoirs élargit le champ des possibles, dans *Travailler le social*, Gembloux, 2003, n° 34-35, p 112.

4 PAROT S., TALHI F., MONIN J.-M., SEBAL T., *Livre Blanc. Les communautés de pratique. Analyse d'une nouvelle forme d'organisation et panorama des bonnes pratiques*, réalisé en partenariat par Knowings et le Pôle Productique Rhône-Alpes, novembre 2004, p 19.

Au niveau de la méthode

Les points positifs tournent autour de différents mots clés :

- échange et partage : d'idées, d'expériences, de points de vue;
- production et stimulation : d'idées, de nouvelles pistes;
- complémentarité : réflexion commune portée par des personnes issues de différents secteurs, analyse de concepts en fonction des différents points de vue;
- ambiance : respect des points de vue, écoute, convivialité.

Au niveau de l'impact

Différents éléments semblent ressortir de l'organisation des cellules :

- en terme de partenariat : ébauche, élargissement du réseau...
- intersectorialité : découverte d'autres secteurs et des points de convergence entre ceux-ci;
- en terme de méthode et de perception commune : évolution des opinions, meilleure perception de concepts (participation...).

Différents **points négatifs** ont également été exprimés et mettent en avant les points faibles auxquels il faudra remédier pour améliorer l'organisation des futures cellules intersectorielles :

- composition des cellules : garantir une intersectorialité réelle et équilibrée entre les différents secteurs d'activités (social, culture, environnement et économie);
- membres des cellules : faire en sorte qu'ils aient une expérience ou une capacité à éclairer le projet qui fait l'objet de la cellule (connaissance du public, de la problématique, du territoire...);
- veiller à bien définir certains concepts propres à certains secteurs et peut-être méconnus par d'autres, afin d'éviter toutes incompréhensions ou malentendus (exemple : définition de la santé).

Perspectives

Au regard des informations issues de l'évaluation, deux éléments paraissent essentiels :

L'intérêt soulevé par la démarche : l'organisation des cellules intersectorielles semble répondre aux objectifs généraux définis. Ces cellules ont recueilli un accueil favorable de la part des acteurs de terrain.

L'importance d'apporter des éléments d'amélioration :

- en ce qui concerne la méthode : représentation équilibrée des différents secteurs, reca-

drage de certains concepts, formulation des objectifs opérationnels précisant les objectifs généraux tels que définis actuellement...

- en ce qui concerne l'évaluation : création d'outils qui devront permettre d'affiner l'analyse de l'impact des cellules intersectorielles.

En fonction de ces éléments, il paraît maintenant opportun de réaliser une seconde phase pilote qui permettra :

- de définir des objectifs opérationnels (observables et mesurables);
- d'évaluer, à moyen terme, l'impact des cellules intersectorielles sur les projets locaux de promotion de la santé;
- de déterminer en quoi les cellules intersectorielles peuvent renforcer la qualité de ces projets;
- de renforcer les contacts avec les acteurs du secteur économique;
- de perfectionner les éléments de méthodologie de l'organisation des cellules intersectorielles.

Philippe Mouyart, chargé de projets au CLPS de Charleroi-Thuin

Adresse de l'auteur : CLPS de Charleroi-Thuin, av. Général-Michel 1B, 6000 Charleroi.

Courriel : philippe.mouyart@clpsct.org

Organiser une cellule intersectorielle : une démarche en quatre temps

Temps 1

Rencontre avec le promoteur de projet

Avant l'organisation d'une cellule intersectorielle de promotion de la santé, il est important de rencontrer le promoteur de projet pour :

- analyser le projet au travers d'une fiche d'identification. Cette étape permet de mieux situer le projet et les attentes du promoteur;
- présenter les objectifs et le déroulement des cellules intersectorielles;
- présenter le rôle de chacun;
- présenter le cadre et les règles de fonctionnement;
- présenter les bénéfices que les cellules intersectorielles peuvent apporter.

Temps 2

Constitution des cellules

Pour constituer les cellules intersectorielles, il est nécessaire de sélectionner les personnes à contacter, de rencontrer chacune de ces personnes et de garder le groupe ouvert.

La **sélection des membres** potentiels se fait sur base des critères suivants :

- représentation des 4 thématiques : sociale, culturelle, environnementale et économique;
- représentation des 4 types d'acteurs : sec-

teur public, secteur privé, secteur associatif et habitants;

- territoire d'action du projet.

Il est ensuite important d'avoir un **contact direct** avec chaque membre potentiel, afin de :

- présenter brièvement le projet au travers de la fiche d'identification;
- présenter les objectifs et le déroulement des cellules;
- présenter le rôle de chacun;
- présenter le cadre et les règles de fonctionnement;
- présenter les bénéfices que les cellules intersectorielles peuvent apporter.

Ouverture démocratique. Au-delà des personnes contactées en direct, il est intéressant d'élargir les invitations à participer, via le réseau de relations des membres qui vont constituer la cellule. Cette démarche permet d'ouvrir les échanges et d'élargir la cellule en y retrouvant des personnes auxquelles, a priori, on ne pensait pas.

Temps 3

Organisation de la cellule intersectorielle

Aspect pratique:

- durée : environ 2 heures;
- lieu : à choisir en fonction de la localisation territoriale du projet.

Déroulement

Introduction et présentation du cadre

Présentation du projet (environ 30 minutes).

Ce qui doit retenir l'attention c'est la récolte de données pour tenter de percevoir le plus clairement possible les éléments du projet.

Echange d'idées et analyse. Ce moment permet de dégager les différents points de vue, de mettre en commun les informations et les réflexions suscitées par la présentation du projet.

Ce qui sous-tend ici la démarche des cellules intersectorielles, c'est l'idée que l'échange d'informations peut aider les participants à réfléchir et à tirer des enseignements qui dépassent le projet présenté. Ce moment d'analyse permet de mettre en relation les divers éléments des actions et des informations rassemblées, de les mettre en ordre et d'en interpréter les interactions.

Conclusion et synthèse. Ensemble, on examine les facteurs en lien avec le projet et la question analysée, ainsi que les pistes issues des différents échanges.

Temps 4

Evaluation de la cellule intersectorielle

Une évaluation est réalisée au moyen d'un questionnaire :

- auprès du promoteur de projet;
- auprès des participants de la cellule.

L'accès à la contraception

Faut-il le rappeler? L'accès à la contraception est une question de santé publique. C'est aussi évidemment une question de démocratie et un chemin nécessaire vers l'égalité hommes-femmes. Pouvoir mener une vie sexuelle libre et responsable, pouvoir choisir d'avoir ou non un enfant. Il s'agit d'un droit gagné par les femmes il n'y a pas si longtemps.

Et même si on pourrait croire que tout est acquis en matière de contraception, c'est loin d'être le cas et les enjeux en la matière restent pleinement d'actualité. Non tout n'est pas gagné! Trois facteurs apparaissent déterminants.

L'information : diffuser de manière large et au grand public une information simple et concrète sur la contraception : c'est l'objet des deux brochures que la Fédération laïque de centres de planning familial (FLCPF) vient de sortir (voir plus bas).

La sensibilisation : la contraception n'est pas uniquement une question de méthode, elle prend place au sein d'une (ou de) relation(s) sexuelle(s) et affective(s). Dès lors, pouvoir informer, sensibiliser et accompagner les questionnements de chacun et chacune, sur l'ensemble des aspects qui relèvent de la vie sexuelle et affective, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, paraît essentiel (question du respect, de l'identité sexuelle, du genre...).

Les centres de planning familial sont certes spécialistes de ces questions, mais il est indispensable d'élargir l'éducation à la vie affective et sexuelle (EVAS) à l'ensemble de la société, y compris au milieu scolaire, en collaboration avec les centres PMS et PSE. Il y a là des responsabilités politiques importantes : quelle place les pouvoirs publics sont-ils prêts à donner à l'EVAS à l'école ? Sur quel types d'acteurs veulent-ils s'appuyer ? Comment reconnaître davantage l'expertise et les compétences spécifiques des centres de planning familial ? Quel projet de société voulons-nous ou veulent-ils défendre ?

D'autres acteurs incontournables sont, bien entendu, les médecins généralistes. Ce sont les plus grands prescripteurs de contraceptifs, et ils sont par ailleurs des relais potentiels importants en matière d'éducation à la vie sexuelle et affective.

L'accessibilité financière : on ne peut parler d'accès à la contraception sans parler du coût qu'elle représente pour ses utilisateurs. Dans une société où une frange grandissante de la population se paupérise d'année en année, il s'agit là d'un réel frein. La mesure 'Demotte' qui permet une forte réduction sur le prix des pilules pour les jeunes de moins de 21 ans est intéres-

sante et évidemment à soutenir. Mais dans la réalité c'est encore vraiment insuffisant.

Nous en appelons à ce que les responsables politiques se penchent rapidement sur la situation particulièrement difficile en la matière des plus démunis(e)s de notre société. Si la contraception contribue à l'égalité entre les hommes et les femmes, à l'inverse, la pauvreté qui met en difficulté l'accès financier à la contraception pénalise bien plus fortement les femmes.

Quelle information ?

Rappelons d'emblée que la publicité sur la contraception n'est autorisée en Belgique que depuis une trentaine d'années. En 1973, l'affaire Peers (du nom du médecin emprisonné pour pratique de l'avortement) suscite l'émoi de l'opinion publique et provoque l'abrogation de la loi de 1923 interdisant la publicité sur la contraception. Des années auparavant déjà, des militants – médecins, enseignants, travailleurs sociaux, juristes, d'autres encore – se sont réunis pour confronter leurs idées et agir en créant des centres de planning familial. Le but initial était d'informer les femmes et les couples sur les méthodes disponibles pour limiter et espacer les naissances. Les progrès scientifiques et techniques combinés à l'évolution des mœurs et à la libéralisation sexuelle ont influencé le développement des centres de planning familial qui sont devenus de réels espaces interdisciplinaires offrant écoute, information et accès réel à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse.

La contraception semble aujourd'hui être totalement entrée dans les mœurs et dans les habitudes des femmes et des couples. On peut penser également qu'à l'heure des médias omniprésents et du développement d'Internet, une information grand public traditionnelle n'est plus nécessaire. Le travail sur le terrain et les recommandations de différentes commissions d'experts nous prouvent le contraire.

Ainsi les professionnels des centres rencontrent encore fréquemment des personnes ignorantes du fonctionnement de leur corps et qui, même si elles ont connaissance de l'existence de moyens permettant d'éviter une grossesse non désirée, n'ont pas intégré leur accès et leur utilisation.

Le rapport d'un Groupe de travail interministériel « *Contraception chez les jeunes* »¹ en 2001 recommandait l'édition de brochures d'information sur la contraception et la fécondité. Il suggérait également une large diffusion de ces documents auprès des centres de planning familial, des pharmacies, des médecins généralistes, des médecins scolaires, des écoles et des organisations de jeunesse.



Tous les deux ans, le rapport de la Commission d'évaluation de la loi sur l'interruption de grossesse² insiste également sur une meilleure information continue du public quant aux moyens de contraception performants.

La FLCPF met à la disposition du public depuis plus de 20 ans un centre de documentation et d'information sur la vie affective et sexuelle : le CEDIF. Dans le cadre de sa mission d'éducation permanente, le CEDIF propose aux professionnels des outils pour leur travail de prévention, et aux citoyens une information pertinente et fiable.

Les deux publications présentées ici sont toutes deux destinées au grand public dans le but de permettre aux femmes et aux couples un choix informé et responsable.

Les méthodes contraceptives offre un aperçu des différentes méthodes disponibles et *La pilule contraceptive* répond aux questions le plus fréquemment posées sur cette méthode. Elles ont été réalisées avec le soutien du Ministère de la Santé de la Région wallonne et du Service Education permanente de la Communauté française et elles sont disponibles gratuitement au CEDIF³. Le soutien des pouvoirs publics à ce type de publications est essentiel au moment où ne sont plus disponibles dans ce domaine que des informations émanant de firmes pharmaceutiques!

Quelle accessibilité financière ?

Depuis le 1^{er} janvier 2003, l'application d'une convention INAMI a permis de rendre l'IVG et son accompagnement pratiquement gratuit pour les personnes bénéficiant d'une couverture sociale. Cela permet à une majorité de femmes de choisir à l'abri de toute contrainte financière.

Par contre, ces dernières années, l'accessibilité à la contraception, à l'exception de la mesure concernant les jeunes filles de moins de 21 ans, a peu progressé. Même si l'offre de méthodes contraceptives s'est élargie, paradoxalement, l'accessibilité financière, elle, s'est dégradée.

En effet, les contraceptifs les plus récents sont chers et ne sont pas remboursés. La contraccep-

1 Ministère fédéral des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement. Conférence interministérielle Santé publique – Groupe de travail interministériel « Contraception chez les jeunes ». Bruxelles, 11 décembre 2001, (16p.).

2 Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse. Rapport à l'attention du Parlement 1 janvier 2002-31 décembre 2003. Bruxelles, août 2004, 64p.

3 Les frais d'envoi éventuels sont à charge du destinataire.

tion reste du domaine du médicament de confort alors que, pour une partie grandissante de la population, le prix est et restera un frein. Fin de l'année dernière, les firmes pharmaceutiques, au mépris des impératifs de santé publique, avaient demandé unilatéralement la sortie du système de remboursement de la plupart des pilules contraceptives encore soumises à celui-ci. Sous la pression de l'opinion publique et de différents acteurs de terrain, elles ont finalement réintroduit une demande de remboursement.

Cette affaire démontre la fragilité du système qui devrait permettre à chacun d'avoir accès à des solutions contraceptives à un prix abordable. Ayant pour seul objectif de maximiser leur profit, ces firmes font peu de cas des priorités des femmes pour lesquelles la contraception et la planification des naissances est un gage d'épanouissement, personnel, social, professionnel, sans parler des bénéfices en terme de santé, physique et mentale. La FLCPF réaffirme son soutien à toutes déci-

sions politiques qui viseraient à limiter l'ingérence de firmes privées dans ce qui doit rester un choix de société, et à toute initiative qui favorisera l'accès à des méthodes contraceptives financièrement acceptables.

D'après un dossier de presse de la FLCPF
FLCPF, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02 502 82 03. Fax : 02 502 68 00.
Courriel : flcpf@planningfamilial.net.
Internet : www.planningfamilial.net.

Généralistes et contraception

Oui, la médecine générale est intéressée par ce qui peut soutenir son action quotidienne d'information des patients dans tous les domaines qui font la qualité de la vie, et donc en particulier, le domaine affectif, relationnel et sexuel. Tous nos contacts thérapeutiques sont irrémédiablement traversés par cette composante relationnelle, malheureusement encore trop peu reconnue et gérée avec compétence parce que trop peu enseignée. Ce qui se passe pour les médecins est d'ailleurs à l'image de ce qui se passe dans la société en général... J'en veux pour preuve la pauvreté de l'enseignement dans les écoles secondaires dans ce domaine, tant sur le plan médical, physique que sur le plan de l'éthique relationnelle... Phénomène déjà dénoncé il y a 20 ans ou plus!

Comme si aucun problème n'existait... ou lorsque le problème est reconnu, il n'est pas identifié comme un réel problème de société devant être géré collectivement.

La porte du cabinet de médecine générale est la première que l'on pousse, la plus accessible, la plus proche de chez soi. Le médecin généraliste est celui qu'on a connu au moment des premières otites, des premiers vaccins, des soucis d'adolescence. Ce rapport privilégié est un atout pour aborder avec l'adolescent les sujets sensibles que sont le rapport au corps, à la sexualité, le rapport à l'autre qui pourra devenir partenaire dans une relation sexuée et sexuelle.

Mais ce rapport privilégié peut aussi devenir un obstacle, suscitant la peur du jugement, la peur d'une éventuelle rupture de la confidentialité par rapport aux parents parce que le médecin généraliste est aussi le médecin de toute la famille.

Les jeunes choisissent de consulter en centre de planning familial, espérant y trouver une approche plus libre que celle pressentie chez le médecin de famille, une confidentialité absolue et parfois plus de compétences dans ce domaine particulier.

Ils n'ont pas tort. En effet, les généralistes en médecine de première ligne souffrent d'un manque récurrent de temps (les honoraires rétribuent singulièrement mal le temps consacré aux questions sensibles et délicates, à la prévention). De plus, leur formation universitaire et continuée s'est relativement peu penchée sur la question de l'éducation sexuelle et affective et sur les difficultés que rencontrent les jeunes à vivre la liberté que la contraception leur permet mais que les maladies sexuellement transmissibles leur confisquent. Cette éducation sexuelle qui devrait pouvoir interpeller les jeunes et leur permettre de vivre mieux leur sexualité, en restaurant les deux corollaires indissociables à la liberté : la responsabilité et la solidarité. En tant que médecins de terrain, nous assistons, inquiets, aux conséquences parfois dramatiques de comportements qui font fi d'une de ces trois valeurs : ces conséquences sont, entre autres, les grossesses non désirées et les difficultés à les assumer, les MST avec leurs conséquences à long terme, parfois dramatiques.

Une violence latente, larvée ou exprimée s'installe dans les relations interpersonnelles, avec des conséquences personnelles et collectives. Violence qui nous interpelle aussi parce qu'elle émane parfois de la marchandisation de la liberté que les jeunes vivent : l'envahissement de leur environnement par la pornographie en est l'expression la plus spectaculaire.

En tant que médecins généralistes, nous sommes consultés par les jeunes filles et les femmes pour les contrôles gynécologiques, à l'occasion de prescriptions de contraceptifs ou à l'occasion de plaintes (problèmes infectieux par exemple).

Par contre, nous sommes très peu consultés, proportionnellement, par les jeunes hommes. Leurs préoccupations sont peu préventives, ils consultent quand un problème se pose : infections, troubles d'érection... La prévention, et même le curatif quand les symptômes ne sont pas visibles, sont difficiles à faire passer chez de nombreux hommes.

Une attention particulière devrait aussi être accordée aux jeunes hommes immigrés, confrontés à une société d'accueil qui vit la liberté sexuelle sans trop bien la gérer et parfois très éloignée de leurs repères culturels. Quelle collaboration envisager entre la médecine générale et la FLCPF ? Pourquoi s'adresser aux représentants syndicaux de la médecine générale ? En tant que syndicat, nous avons inlassablement tenté de situer le rôle du généraliste au centre de l'organisation des soins de santé. Ce thème-ci n'y échappe pas. Il nous semble indispensable que la Fédération puisse jeter des ponts vers les centres universitaires de médecine générale (CUMG) et vers la société scientifique de médecine générale (SSMG) pour collaborer à l'élaboration de la formation des soignants dans ce domaine : comment expliquer pourquoi la prévention des maladies cardio-vasculaires a acquis ses lettres de noblesse en médecine générale et si peu la prévention des difficultés liées aux rencontres interpersonnelles, particulièrement à travers la sexualité ? Il nous semble intéressant de favoriser le rôle plus collectif de la Fédération : publications, supports éducatifs, supports informatifs... Par exemple, il serait intéressant de réaliser des brochures destinées spécifiquement aux garçons et aux hommes, sur les méthodes contraceptives, les MST, les problèmes d'impuissance... pour ne pas confiner l'information aux femmes.

Je ne peux qu'encourager la FLCPF à frapper inlassablement aux portes de nos représentants démocratiques pour qu'ils implantent d'urgence, en milieu scolaire, des cours d'éducation sexuelle et affective au travers des différentes disciplines enseignées. Sujet majeur dans le développement des jeunes, qui ne doit pas rester entre les seules mains des médecins et des psychologues.

Anne Gillet-Verhaegen, vice-présidente du Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO)

« Bidon Futé à l'école »

L'obésité semble être le 'mal du siècle' de ce début de troisième millénaire. La carie quant à elle continue de faire des dégâts chez certains enfants. Au-delà des excès alimentaires, les boissons sucrées ont leur part de responsabilité dans les problèmes de santé. Elles augmentent les apports caloriques et attaquent les dents. Toute boisson autre que de l'eau pure n'est plus une boisson mais un aliment liquide! Beaucoup d'enfants ne boivent même plus un seul verre d'eau... Dans leur esprit, l'eau du robinet n'est pas faite pour être consommée. C'est la publicité et le marketing qui dirigent leur consommation. Un beau gâchis quand on sait qu'en termes de qualité, nous disposons d'une des meilleures eaux de distribution et que celle-ci coûte 150 à 600 fois moins cher que l'eau en bouteille!

C'est sur cette réflexion qu'a débuté en 2002 la campagne « Robinet-fontaine », initiée par la Maison de l'Eau et de la Vie (MEV), la Région de Bruxelles-Capitale et l'Intercommunale bruxelloise de distribution d'eau (IBDE). Le but de la campagne était de promouvoir la consommation d'eau de distribution comme eau de boisson. Une centaine de robinets-fontaines avaient d'ailleurs été installés dans les établissements de Bruxelles¹.

L'IBDE remet ça avec sa nouvelle campagne « Bidon futé ». Depuis le début de l'année, la société propose l'eau gratuitement aux écoles de la région de Bruxelles, à raison d'un litre par enfant et par jour. Par cette action, l'IBDE souhaite sensibiliser les enfants à la valeur de l'eau et à sa bonne utilisation, mais aussi les inviter à participer activement à la protection de leur santé en buvant de l'eau plutôt que des boissons sucrées, et enfin, éveiller chez eux une réflexion sur la quantité de déchets produite par les emballages des boissons sucrées. En septembre, une campagne de distribution de gourdes dans les écoles primaires bruxelloises a commencé. Plus de 76.000 gourdes ont été demandées à ce jour. En plus de cela, l'IBDE propose un accompagnement pédagogique à 30 écoles parmi les 368 qui ont répondu à l'appel. En parallèle, la Fondation pour la santé dentaire avait lancé en 2004 la campagne « Sourire pour

tous », conjointement à l'action Denti-Pass² qui a permis à 15 000 enfants de familles précarisées de bénéficier gratuitement de soins dentaires. La campagne visait à donner des conseils à travers différents supports. Un kit pédagogique avait été envoyé à toutes les classes de 1^{re} et 2^e années afin de permettre aux enseignants de travailler la thématique de la santé dentaire à long terme.

Aujourd'hui, la Fondation pour la santé dentaire continue sur sa lancée en proposant aux écoles un projet passionnant. Découvrons-le ensemble...

L'eau comme boisson à l'école

Entre janvier 2004 et juin 2005, l'équipe de « Sourire pour tous » a rencontré 76 écoles primaires en « discrimination positive » pour leur proposer des expériences-pilotes d'une durée d'un mois et en faire ensuite une évaluation.

Quand on sait qu'une canette de cola par jour pendant un an équivaut à plus de 2500 morceaux de sucre (16 kg!), et qu'à cela s'ajoutent souvent des céréales sucrées le matin, un encas comme du chocolat à 10 heures, un goûter de type gaufre ou crème, on peut facilement imaginer la quantité de sucre consommée par certains enfants. L'école étant un endroit où l'enfant passe une grande partie de son temps, il est inutile de souligner l'importance d'y mener un projet qui permettra peut-être de changer ses habitudes quotidiennes, et par conséquent de lui épargner de futurs problèmes de santé. Le projet consiste à proposer aux élèves de primaire d'observer leurs habitudes de consommation de boissons. Au moment de la collation, l'enseignant rassemble ce qui est bu en classe. Ils en analysent ensemble les différents composants, la teneur en sucre, l'acidité... Cela promet des exercices de calculs bien intéressants...

Ensuite, l'enseignant propose aux enfants de relever un défi : pendant un mois, ils s'engagent à boire de l'eau, rien que de l'eau à l'école. Ils pourront disposer d'une bouteille près d'eux et boire en classe, sans que cela perturbe les autres. Lorsque la bouteille sera vide, ils devront pouvoir la remplir aisément.

Dans ce cadre, la Fondation pour la santé dentaire a donc décidé d'offrir à chaque enfant une petite bouteille d'eau de 33 ou 50 cl dont on peut personnaliser l'étiquette dans un atelier



artistique. Chaque élève est alors inclus dans le projet car on remarque que souvent, l'un des moteurs de celui-ci est l'effet de groupe.

Le mois écoulé, il faut évaluer l'action. De cette évaluation naîtront d'éventuelles nouvelles mesures, des suggestions, comme mettre des carafes d'eau à disposition au réfectoire, installer un robinet-fontaine dans l'école, aller expliquer son expérience dans une autre classe... Cela peut être aussi l'occasion d'analyser le fonctionnement du marketing ou de la publicité. Celle-ci nous dit ce qu'il est bon de boire, ce dont nous avons besoin, mais est-ce vrai, est-ce faux ? Qui nous délivre ces messages et pourquoi ?

La brochure de « Sourire pour tous » donne des pistes pour démarrer le projet en classe, et met d'autres outils à disposition : un tableau reprenant la teneur en sucre de différentes boissons sucrées, un autre comparant le prix des déchets occasionnés par chaque type d'emballage de boisson, des conseils pour consommer l'eau du robinet, mais aussi des sources d'information sur le sujet et des exemples d'exercices à faire en classe.

IBDE, rue aux Laines 70, 1000 Bruxelles.

Tél.: 02 518 88 97. Fax : 02 518 83 04.

Courriel : ibde@ibde.be.

La brochure peut être commandée par courriel à : info@sourirepourtous.be, ou en écrivant à :

Fondation pour la santé dentaire,
avenue de Fré 191, 1180 Bruxelles.

Le site www.sourirepourtous.be fourmille d'informations utiles sous forme de dossiers pédagogiques.

Carole Feulien

Bientôt dans Education Santé : « Bruxelles-Ville maintient l'interdiction des distributeurs automatiques dans ses écoles »

¹ Sylvie Bourguignon, « L'eau du robinet, ça nous plaît », Education Santé n° 178, avril 2003, pp.6 à 9.

² Myriam Marchand, « Sourire, un privilège ? », Education Santé n° 188, mars 2004, pp.2 à 3.

Les troubles du comportement alimentaire

Écrit sur un ton à la fois narratif, didactique et scientifique, cet ouvrage mêle études de cas, témoignages de patients, diagnostics cliniques, modalités de prise en charge et évaluation des pratiques. Les auteurs de cet ouvrage, quatre scientifiques et professionnels de terrain (médecin généraliste, psychothérapeute, diététicienne et thérapeute familial/social) démontrent l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire – centrée sur le malade – des troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale, boulimie et troubles alimentaires atypiques).

Ils se basent entre autres sur l'analyse suivante :

- les troubles alimentaires résultent d'une histoire particulière à chaque individu;
- un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux peuvent prédisposer un individu à de tels troubles. Ceux-ci peuvent surgir dans des moments de plus grande vulnérabilité (l'adolescence par exemple);
- la prise en charge par une équipe partageant une éthique et des principes communs d'action ainsi que la relation médecin-malade sont des éléments essentiels dans la guérison.

La diversité d'approche que présentent les différents chapitres est précieuse car elle permet de revisiter les clichés associés à ces maladies. Le contenu du livre montre, en toute humilité et avec réalité, combien l'humain est complexe et combien la science n'apporte que les réponses qu'elle peut à un moment donné, ce qui encourage la poursuite de recherches à ce sujet. L'approche centrée sur le malade, qui fonde la pratique des auteurs, a le mérite de réconcilier différents aspects de la personne : son mode de fonctionnement, ses idées, ses sentiments, ses attentes.

Plus que jamais, à l'heure de larges campagnes médiatiques – européenne, nationale et communautaires – sur le thème de la prévention de l'obésité, à l'heure de discours généralisés sur l'alimentation équilibrée et l'activité physique, il est d'actualité de s'interroger sur leur impact éventuel (positif et négatif) auprès des populations ainsi davantage sensibilisées et, en particulier, auprès des enfants et jeunes.

Dans le récent rapport du Conseil de l'Europe « L'alimentation à l'école – Faire le choix de la santé »¹, le professeur Léa Maes (Gand) fait état de chiffres interpellants : l'étude de l'OMS concernant la santé des jeunes montre qu'à l'âge de 15 ans, dans les 35 pays d'Europe et d'Amérique du Nord participants, 38 % des filles signalent une pratique de régime, un effort pour perdre du poids ou une conviction qu'elles doivent perdre du poids².

Sans nul doute, ce livre vient à point nommé : il est nécessaire en effet de faire connaître largement de telles pratiques auprès des professionnels de la santé et de les former à des modes de prise en charge multidisciplinaire.

Celles-ci sont d'ailleurs expérimentées également en Belgique dans certaines unités hospitalières et de soins spécialisées à l'attention des enfants, des jeunes ou des adultes présentant ces troubles. Des formations de médecins généralistes, de diététiciens, de thérapeutes et psychologues, de professionnels de la santé scolaire, les rendront sans aucun doute plus aptes à faire face en temps utiles à ces problèmes de santé fréquents dans nos sociétés d'abondance et déroutants par leur multicausalité.

Ces formations permettraient aussi de déceler les différents niveaux de troubles de comportement alimentaire et de référer les situations nécessaires.

Face à l'anorexie et la boulimie, le travail en équipe des professionnels de différentes disciplines est une nécessité. Il implique également des modes de fonctionnement permettant de croiser des regards clinique, psychologique, nutritionnel, éducatif, psychiatrique. C'est une première étape pour aborder la complexité de la personne et de son environnement social, familial et culturel en lui laissant une place centrale dans la lutte contre sa maladie. Un point encore à souligner au travers de l'ouvrage : la volonté de le rendre accessible pas exclusivement à des médecins mais aussi à des professionnels et personnes intéressées de formation différente; le langage clinique est en effet explicité chaque fois que nécessaire. Les médecins généralistes, diététiciens et spécialistes en santé mentale y trouveront une aide nécessaire et pointue pour faciliter le diagnostic de troubles alimentaires et une prise en charge appropriée. A noter aussi le travail de révision scientifique proposant une sélection récente d'ouvrages francophones de référence actualisant ainsi la bibliographie de l'ouvrage original édité en anglais.

Cristine Deliens

K.M. BERG, D.J. HURLEY, J.A. McSHERRY, N.E. STRANGE, Les troubles du comportement alimentaire, De Boeck, 2005, 320 pages, 19 €.

1 Paru en 2005, ce rapport fait suite au Forum Européen organisé conjointement avec le Bureau Européen de l'OMS en novembre 2003 à Strasbourg.

2 Voir le chapitre concernant l'alimentation dans l'enquête belge HBSC « La santé des jeunes en 2004, Quoi de neuf », Piette D. et al. ULB PROMES, Bruxelles, 2004. D'après les données recueillies, il semblerait que le pourcentage de jeunes Belges francophones présentant un sous poids serait similaire à celui des jeunes présentant un poids et une taille les plaçant dans la catégorie « obèses ».

Communication en santé

Santé conjugée, la revue trimestrielle de la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones, consacre un épais dossier d'une centaine de pages de son numéro 33 (quel heureux hasard!) à la communication et l'information en santé.

Sur une telle longueur, il est possible d'aborder bien des aspects de cette vaste question. Tout d'abord, ce qui se joue dans la relation entre soignant et soigné, les uns et les autres ayant ici droit à la parole. Comment gérer le paradoxe qui veut qu'une société saturée de messages divers (en particulier sur les questions de santé) déplore dans le même temps un déficit chronique de communication pertinente ?

Des éléments de réponse nous sont fournis.

Ensuite, plusieurs auteurs s'interrogent sur les bouleversements imposés au colloque singulier par les nouvelles technologies de l'information (je vous recommande en particulier l'article 'La santé est-elle soluble dans l'internet', écrit d'une plume allègre par Carl Vanwelde).

Quelques textes évoquent aussi des enjeux plus globaux, qu'il s'agisse de publicité et d'information sur les médicaments, ou de programmes éducatifs sponsorisés par de grandes firmes : il est évident qu'ici santé rime avec promotion des ventes, même si les 'émetteurs' s'en défendent avec énergie.

Le dossier fournit aussi des exemples concrets de communication modeste au profit des usagers, pour se terminer par un rapide survol de l'histoire et des théories de la communication, 'Communiquer, tout simplement ?', dû à Axel Hoffman, particulièrement stimulant.

Santé conjugée, FMMCSF, Bd du Midi 25/5, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 514 40 14. Fax : 02 514 40 04. Courriel : fmmcsf@fmm.be. Internet : www.maisonmedicale.org. Abonnement Belgique : 29,75 € (individuel) 54,54 € (institutionnel). Prix au numéro : 8,68 €.

Allaitement

Bruxelles

6 décembre 2005

Le service Infor Santé de la Mutualité Saint-Michel et la Maison de la famille de Saint-Gilles organisent des "Rencontres allaitement" à l'intention des (futurs) mamans souhaitant partager questions, expériences, soucis, avec d'autres mamans, en présence d'une animatrice formée en allaitement maternel. Ces rencontres sont gratuites et ouvertes à toutes les (futurs) mamans, membres ou non-membres de la Mutualité Saint-Michel. Bébés et papas sont les bienvenus. La dernière séance de 2005 aura lieu le 6 décembre à 14h15 à la Maison de la famille, rue de Bosnie 22, 1060 Saint-Gilles.

En 2006, les rencontres auront lieu le premier vendredi de chaque mois à 14h15.

Information et inscription : 02 501 55 19 ou pascale.dupuis@mc.be

Santé mentale

Louvain-la-Neuve

9 décembre 2005

L'Association des psychologues de la santé et des institutions hospitalières et l'Interface pratique recherche en psychologie de la santé organisent une journée de formation destinée aux professionnels de la santé sur le thème "Qualité de vie et horizon temporel dans le vécu de la personne dépressive".

Renseignements sur <http://www.apsih.be> ou <http://wakatepe.com/iprps/>

Suicide

Bruxelles

9 et 12 décembre 2005

Le Centre de prévention du suicide propose un nouveau module de sensibilisation à la prévention du suicide à destination des professionnels de première ligne : « La prévention du suicide : quelle place y prendre ? » Cela se passe à la Place du Châtelain 46, 1050 Bruxelles, le 9/12 de 14 à 17 h et le 12/12 de 10 à 13h. PAF : 10 euros.

Inscriptions : 02 650 08 69.

Drogue

Bruxelles

9 et 16 décembre 2005

L'ASBL Modus Vivendi organise des formations de 2 jours à l'approche de la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Ces formations s'adressent à tout professionnel susceptible de rencontrer des usagers de drogue dans le cadre de sa pratique. Qu'est-ce qu'une drogue ? Quels sont les différents usages de drogues ? Quels sont les risques liés à ces usages ? Comment réduire ces risques ? ... Telles sont, entre autres, les questions qui seront abordées lors de ces journées.

Dates : les 9 et 16 décembre à Bruxelles

Prix : 60 euros/ personne

Renseignements et inscription :

vinciane.saliez@modusvivendi-be.org ou 02/644.22.00.

Midi Santé

Havré

De janvier à juin 2006

L'Observatoire de la santé du Hainaut organise une fois par mois des conférences de midi. Voici le programme des Midi Santé pour le premier semestre 2006.

- Le 19 janvier : "Épuisante la communication avec les personnes âgées ?", avec **Martine Grosjean**, coordinatrice de l'asbl Versailles Seniors.
- Le 16 mars : "L'identité handicapée : quelle problématique ?", avec **Michel Mercier**, Directeur du département de psychologie, Faculté de médecine, Facultés universitaires Notre-Dame de la Paix de Namur.
- Le 27 avril : "Jeunes et alimentation – pratiques, normes et risques", avec **Isabelle Garabeau Moussaoui**, sociologue et anthropologue de la consommation.
- Le 18 mai : "Le respect de la biodiversité est-il compatible avec le progrès technique ?", avec **Arnaud Réveillon**, Point focal national pour la convention sur la biodiversité biologique.
- Le 15 juin : "La santé dentaire", avec **Michel Devriese**, Vice-Président de la Société de médecine dentaire, Fondation pour la santé dentaire.

Lieu : Observatoire de la santé du Hainaut, Espace Rencontres (2^e étage), rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré (12 à 14h).

Pour tout renseignement : 065 87 96 14 ou www.hainaut.be/sante/observatoiresante/

Ménopause

Mars 2006

L'ASBL Femmes et Santé est à l'initiative d'une année d'action et de sensibilisation aux enjeux psycho-socio-culturels et médicaux de la période autour de la ménopause. Ce programme a débuté en octobre 2005 et continuera jusqu'en juin 2006.

Les objectifs sont :

- diffuser une information responsable et indépendante sur les aspects psychosociaux et médicaux de la ménopause ;
- aller à l'encontre d'une représentation sociétale réductrice de la ménopause, qui est souvent en contradiction avec le récit du vécu intime des femmes et qui a conduit à la surmédicalisation de cette période ;
- valoriser les années qui précèdent et qui suivent la ménopause comme un phénomène biologique universel et une période de transition, de maturation et de recherche de nouvelles identités dans la vie de beaucoup de femmes ;
- promouvoir la prévention et l'éducation à la santé, favoriser l'autonomie et la responsabilité de la femme quant à ses choix de vie et à sa santé ;
- affirmer et aider à construire l'identité sociale de la femme autour de la cinquantaine.

Un programme d'information, d'échange et de partage entre femmes a débuté en septembre dernier (7 rencontres).

Un colloque sera organisé en mars 2006 dans le but de sensibiliser le grand public aux multiples enjeux psycho-socio-culturels et médicaux de la ménopause.

Pour tout renseignement : ASBL Femmes et santé, D^r Catherine Markstein. Tél.: 02 734 45 17.

Courriel : femmesetsante@skynet.be.

Charte de Bangkok

Appel à contributions

La Charte de promotion de la santé de Bangkok a été adoptée le 11 août 2005 par les participants à la 6^e Conférence internationale de promotion de la santé. Elle confirme l'importance de la charte d'Ottawa de 1986 et réaffirme ses valeurs, ses principes et son orientation stratégique générale tout en donnant une nouvelle orientation à la promotion de la santé. Sa

rédaction a été motivée par l'importance croissante de la promotion de la santé à un niveau international et par le souhait d'impliquer l'ensemble des décideurs pour que la promotion de la santé soit reconnue comme un élément essentiel pour faire face aux défis du 21^e siècle. Le texte intégral de la Charte de Bangkok est accessible au lien www.who.int/health_promotion/conferences/6gqchp/BCHP_fr.pdf. Le Réseau francophone international de promotion de la santé - section des Amériques sortira au début de l'année prochaine une publication spéciale qui visera la diffusion, l'échange, la discussion et l'analyse critique du contenu de cette Charte au sein de la francophonie. **Nous vous lançons une invitation à nous faire part de votre compréhension et de votre analyse critique de la (nouvelle) Charte de promotion de la santé au regard de votre pratique de terrain.** Des articles de fond seront présentés dans une section intitulée « Réflexions ». De courts articles traitant d'un aspect de la Charte ou d'une question à débattre, seront rassemblés dans la section « Regards ».

Quelques règles de présentation

La langue de publication est le français. Les textes doivent nous parvenir par courrier électronique dans une pièce jointe et en format Word : marie-dominique.charier@refips.org.

N'oubliez pas de joindre à votre texte vos coordonnées (nom et milieu de pratique) ainsi qu'une petite note biographique (5 lignes) vous présentant.

Les textes sur papier sont également acceptés, accompagnés de leur disquette.

Les textes ne doivent pas avoir été publiés antérieurement.

Les articles soumis à la section « Réflexions » comptent au minimum 3 pages, incluant la note biographique et les références. Les articles soumis à la section « Regards » comptent au maximum 2 pages (abordent un aspect de la Charte ou soulèvent une question), incluant la note biographique et les références. Le titre de l'article doit être précis et concis.

Sélection de textes

Un comité de lecture recevra les textes et communiquera avec les auteurs pour leur proposer des révisions éventuelles afin d'améliorer la lisibilité des textes. L'évaluation des textes se fera en fonction des critères suivants : pertinence, clarté, densité du contenu et qualité de la langue. Les opinions exprimées dans les textes engageront uniquement les auteurs.

La date limite pour la réception des textes est fixée au vendredi 13 janvier.

Réfips - section « des Amériques », 1259 rue Berri, Bureau 510, Montréal (Qc) H2L 4C7, Canada. Téléphone : 1 (514) 937-1227. Télécopieur : 1 (514) 382-3474.

Courriel : marie-dominique.charier@refips.org

Brèves

En raison de la parution d'un gros dossier dans *Education Santé* n° 209 de février 2006, la rubrique 'Brèves' ne pourra exceptionnellement pas être publiée ce mois-là.

Toutes les annonces de colloques, conférences, formations, etc., seront néanmoins accessibles sur notre site <http://www.educationsante.be> à la rubrique 'Agenda'.

Bien entendu, si vous nous envoyez vos communiqués d'ici la mi-décembre, vos événements de février pourront être annoncés en janvier.

Boissons alcoolisées et grossesse



Pour le lancement de la Semaine de promotion de la santé du nourrisson et de sa famille, le Centre d'éducation du patient avait organisé, le 1^{er} octobre dernier, une conférence sur le thème de l'alcool durant la grossesse, à l'intention des professionnels de la santé, de la petite enfance, du monde social et du monde éducatif.

Le trimestriel Education du patient & Enjeux de santé consacre son 3^e numéro de l'année à ce même thème, reprenant les différentes interventions de la conférence, complétées par quelques textes inédits. En voici le sommaire : **Editorial**, Nathalie Martin

Le Syndrome d'Alcoolisme foetal, Bernard Dan, Yves Gillerot

Est-il possible de prévenir le Syndrome d'Alcoolisation foetal (S.A.F.)?, Maurice Titran, Brigitte Dumont, Pierre Brice

Le curatif en matière d'éthylisme chez la femme enceinte, Catherine Kestens

Centre Hospitalier Régional du Val de Sambre: Prévention, dépistage, prise en charge.

Comment j'ai été sensibilisée au SAF..., Josiane Greggio

Suivi des enfants porteurs d'un SAF dans notre pratique à Auvelais, Mireille Derasse

Le dépistage de l'alcoolisme chez la femme enceinte : observations et accompagnement, Ewald Goenen

Les centres de planning familial, une équipe pluridisciplinaire à l'écoute des familles et futurs parents, Alexandra De Roest

La consultation préconceptionnelle, Pierre Delvoye

Alcool et grossesse: le rôle important du médecin généraliste dans un programme d'information et de prévention, Patrick Piret-Gérard

Enceinte... je prends une boisson sans alcool, Nathalie Martin, Jean-Luc Collignon

Grossesse et prise de boissons alcoolisées: quels messages et recommandations proposer?, Dominique Doumont, France Libion, Alain Deccache.

Ce numéro du trimestriel Education du patient & Enjeux de santé est disponible au prix de 7,50 € (frais de port non compris) auprès du Centre d'éducation du patient, rue Fond de la Biche 4, 5530 Godinne. Tél. 082 61 46 11. Fax : 082 61 46 25.

Courriel : cep_godinne@skynet.be.

L'abonnement à la revue coûte 22,50 € pour les individuels et 30 € pour les institutions.

Pour s'abonner, il vous suffit d'effectuer le paiement avec la communication 'Abonnement EP&ES':

- pour la Belgique : par virement au compte 796-5303234-18
- pour la France : par chèque bancaire ou postal à l'ordre du Centre d'Education du patient au n° de compte de la Société générale 30003-00581-00037270119-52
- pour les autres pays : par transaction bancaire internationale (frais à votre charge) sur le compte bancaire international IBAN BE50 7965 3032 3418.

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 : 3.000 exemplaires.

Diffusion : 2.800 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.

Sommaire

Initiatives

- Assuétudes : les experts ont tiré leur plan! 2
- RRO, le retour... par Patrick Trefois 6
- Une enquête sur les chutes à domicile, par Bernadette Taeymans 8
- Burundi : protéger les sidéens des discriminations, par Béatrice Ndayizigamiye 10
- Les francophones contre le tabac, par Michel Pettiaux 11

Locale

- Les cellules intersectorielles de promotion de la santé : démarche pour une vision globale, par Philippe Mouyart 12

Matériel

- L'accès à la contraception, par la Fédération laïque de centres de planning familial et Anne Gillet-Verhaegen 15
- "Bidon futé" à l'école, par Carole Feulien 17

Lu pour vous

- Les troubles du comportement alimentaire, par Cristine Deliens 18
- Communication en santé 18

Brèves

19

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, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Charlotte Lonfils,

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.