



Pour une meilleure prise en charge des troubles de l'attention en p. 3 à 5

Pour une meilleure prise en charge des troubles de l'attention chez l'enfant

Une collaboration indispensable

On parle encore trop souvent, et à tort, d'hyperactivité chez les enfants atteints de TDA/H (trouble déficitaire de l'attention, avec ou sans hyperactivité). Ce qui signifie en réalité que les enfants que l'on connaît hyperkinétiques, ne sont pas nécessairement les enfants turbulents que l'on imagine.

Cela ne facilite pas le diagnostic, voire la suspicion pour les médecins scolaires ou les enseignants... Pourtant, il est possible pour ceux-ci de reconnaître assez facilement des enfants TDA/H. Oubliez le mot « hyperactif » ou « hyperkinétique » pour désigner les enfants atteints de troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité. Et l'on pourrait ajouter, avec ou sans impulsivité, autre symptôme que l'on retrouve souvent. Car ces enfants, ou ces adultes TDA/H (on n'en parle pas suffisamment, mais des adultes aussi sont atteints de TDA/H) ne sont pas nécessairement très agités. Tout comme les enfants turbulents ne sont pas nécessairement atteints de TDA/H. « Il faut arrêter de confondre les enfants turbulents avec les enfants qui souffrent d'une hyperactivité pathologique. Et de l'autre côté, il peut y avoir des enfants qui souffrent d'une hyperactivité essentiellement cérébrale qui ne se voit pas dans leur comportement », explique **Pascale De Coster**, Présidente de l'association TDA/H Belgique.

Il faut dire que l'appellation française de ce trouble – le terme « hyperactivité » – fausse déjà sa perception, comme le confirme le **D' Xavier Schlogel**, neuropédiatre aux Cliniques St-Luc à Bruxelles : « Dans les pays anglo-saxons, on parle plus justement d'ADHD, à savoir de trouble du déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité, avec ou sans impulsivité; en français, on a réduit la pathologie à l'hyperactivité. Or, si quasiment tous les enfants qui souffrent d'hyperactivité présentent des troubles de l'attention, l'inverse n'est pas vrai. Parmi quelque 6000 enfants TDA/H qui ont consulté notre service, 40% présentaient un déficit de l'attention sans hyperactivité. » Mal nommer le trouble a donc un corollaire: le diagnostic erroné. On peut passer à côté d'enfants atteints de TDA/H parce qu'ils n'ont pas cette composante « hyperactive », tout comme on peut surdiagnostiquer des enfants qui ne sont absolument pas atteints... Des « surdiagnostics » qui sont largement dénoncés, tant par les médias que par les spécialistes. « Aujourd'hui, les neurologues s'accordent pour dire que 3 à 4% des enfants sont hyperactifs et 6 à 8% souffrent de déficit de

l'attention », explique le **D' Schlogel**. Des chiffres qui ne semblent pas évoluer dans le temps... « Globalement, on peut dire que l'hyperactivité est sur-diagnostiquée en Flandre et sous-diagnostiquée en Wallonie, mais que les déficits de l'attention sont partout sous-diagnostiqués. La situation de la Wallonie serait due au fait que beaucoup de psychiatres francophones refusent le fait qu'il s'agit d'un trouble qui est organique au départ. » Une autre raison du sous-diagnostic est celui qui frappe les filles : parce qu'elles sont moins turbulentes, on soupçonne encore plus difficilement chez elles le TDA/H.

Enseignants et parents aux premières loges

Les premiers qui sont en contact avec ces enfants TDA/H, ce sont les parents, bien évidemment. Et ils savent combien vivre avec un tel enfant est difficile, surtout pour ceux qui sont en plus hyperactifs ou impulsifs... Pire : ils se heurtent à une véritable incompréhension et ce, à tout moment de l'évolution de l'enfant : « Avant le diagnostic, le comportement de l'enfant dérange l'entourage proche ou les enseignants, que ce soit du fait de l'hyperactivité ou du manque d'attention. L'entourage, les enseignants, la société portent un jugement. Ensuite, vient le moment du diagnostic, qui est également jugé, mis en doute. Ce qui n'est pas justifié, essentiellement chez nous puisqu'il est posé par des professionnels de différentes disciplines, avec des tests fiables d'évaluation. Enfin, si un traitement est prescrit, les gens nous jugent parce que nous donnons un médicament à notre enfant ou que nous l'emmenons chez un psy. Bref, ces culpabilisations à tous les niveaux n'aident ni les parents, ni les enfants », témoigne **Pascale De Coster**, qui a deux enfants atteints de TDA/H, et qui l'est elle-même ainsi que son mari.

Les enseignants, qui sont les autres personnes en contact avec ces enfants durant de longues périodes de la journée, pâtissent également de leurs comportements. Et trop souvent, parce qu'ils sont mal informés, ils peuvent rapidement tomber dans une spirale négative avec cet enfant dit « turbulent » ou « tête en l'air »... « Trop d'enseignants vont se plaindre aux parents que leur enfant est 'lent' ou 'paresseux' ou vont leur dire 'Madame, si vous saviez comme il nous en fait voir, votre enfant'. Il n'est pas admissible que des professionnels de l'encadrement de l'enfant formulent ces critiques si aucun bilan neurologique et psychologique approfondi n'a été réalisé par un spécialiste », s'insurge le **D' Schlogel**.

Et l'incompréhension est aussi importante face à des enfants qui présentent la composante hyperactive de leur trouble : notes dans le journal de classe, punitions, retenues, exclusions sont le lot quotidien des enfants et parents. Des brimades qui ne sont pas en phase avec la manière adéquate d'élever un enfant atteint de TDA/H : « L'une des caractéristiques de ces enfants est le manque de confiance en eux, une dévalorisation : surtout lorsque malgré leurs efforts, les résultats scolaires restent mauvais. Ces enfants ont besoin d'une attitude plus constructive. Ils fonctionnent tout particulièrement à la récompense, à la valorisation des choses positives qu'ils font. C'est essentiel pour eux. Mais lorsqu'ils font quelque chose de mal, les punitions doivent être constructives, comme réparer les erreurs commises ou donner des tâches utiles à exécuter. L'enfant ne le fait pas exprès, mais il faut le faire réfléchir à ses actes » enchaîne **Pascale De Coster**. L'enfant TDA/H a besoin, plus que n'importe quel autre enfant, de balises fortes, de règles immuables. Et il est vrai que faire respecter ces limites en per-

Comment reconnaître un enfant atteint de TDA/H ?

Le syndrome d'hyperactivité et de manque d'attention (TDA/H) se compose de trois syndromes qui peuvent être associés :

Le trouble de l'attention : difficulté, voire incapacité, à se concentrer, tendance à être distrait par tout et n'importe quoi, difficulté à terminer un travail ou même un jeu, oublis permanents et distraction.

L'hyperactivité motrice : l'enfant bouge sans arrêt, est incapable de tenir en place quelques minutes, a des activités désorganisées, non constructives et mal coordonnées. Il court et

grimpe partout, s'agite en permanence, souvent de façon joyeuse. Il ne peut jouer seul et prend fréquemment des risques.

L'impulsivité : il s'agit de la nécessité impérieuse d'exécuter un acte, sans réfléchir aux conséquences, avec impatience, voire avec brusquerie. L'enfant n'est pas capable d'attendre son tour et se précipite, interrompt les autres en classe, abandonne vite une activité pour reprendre immédiatement une autre, ne peut organiser son travail. Et puis, il ne supporte pas les ordres.

manence, l'enfant cherchant plus qu'un autre à les faire vaciller, est un travail éreintant, que les enseignants ne sont pas toujours en mesure de faire, face à des classes de 20 enfants au mieux, sinon 30, qui demandent tous autant d'attention! Mais que l'on ne s'y trompe pas : Pascale De Coster ne prône certainement pas la compréhension à sens unique, tant de la part des enseignants que des parents. C'est ainsi que certains peuvent avoir tendance à tout excuser par le TDA/H. « C'est un panneau dans lequel il ne faut pas tomber. L'enfant TDA/H est responsable de ses actes, il faut l'éduquer comme tout enfant, mais en mettant de fortes structures, des limites et surtout toujours recommencer, en étant cohérent, structuré, posé. Le TDA/H ne doit jamais rien excuser. » Le TDA/H a des composantes neurologiques, cognitives, mais aussi d'éducation, sociales, familiales, psychologiques (lire encadré)... Il est donc important de jouer sur tous les tableaux de façon adaptée. Et si l'on parle de plus en plus de ce trouble, c'est probablement parce que les barrières sont de moins en moins claires dans l'éducation des enfants, que ce soit au sein de la famille ou de l'école. De telles carences, si elles sont néfastes dans l'éducation de tous les enfants, le sont encore davantage chez ceux qui, comme les enfants TDA/H, en ont encore davantage besoin!

Un diagnostic précoce essentiel

Toutes les personnes qui gravitent dans le quotidien de l'enfant encore non diagnostiqué doivent s'interroger sur les troubles rencontrés par un enfant et alerter qui un médecin, qui un ser-

vice psycho-médico-social. Mais pour cela, encore faut-il disposer de moyens pour soupçonner un tel trouble. Une difficulté d'autant plus grande que, comme on l'a dit, le TDA/H est trop souvent cantonné dans sa composante d'hyperactivité. Et donc, face à un enfant qui souffre de troubles de l'attention, on se borne encore à se dire qu'il est « tête en l'air »...

Le D^r Schlogel prône un diagnostic précoce, dès 3 ans. Mais cela ne signifie pas que le TDA/H se manifeste automatiquement dès le plus jeune âge : « Nous rencontrons des enfants qui n'ont jamais présenté de difficultés en maternelle ou en primaire, mais chutent dès l'entrée en secondaire. Comme tous les enfants qui franchissent ce cap, ils peuvent présenter un problème d'adaptation. En effet, les capacités d'attention sont nettement plus mises à contribution : prise de notes, changements de professeurs, nouvelle organisation et planification du travail... Mais chez ces enfants, les problèmes peuvent persister et être toujours présents à la fin de la deuxième année. Aussi, une mise au point n'est pas superflue ici non plus, car un tiers de ces enfants en difficulté présentent des déficits neuro-psychologiques sans hyperactivité. »

Premier signe qu'il faut observer à tout âge : les résultats à l'école, comme le conseille le D^r Schlogel : « Face à un enfant qui a des problèmes scolaires, l'enseignant devrait rechercher la présence de troubles de l'attention associés par exemple à une dyslexie ou à une dysphasie, même en l'absence d'hyperactivité. C'est très simple, mais ces signes sont les plus souvent retrouvés chez les enfants TDA/H. » Après une telle constatation, il n'est donc pas inutile de prévenir les

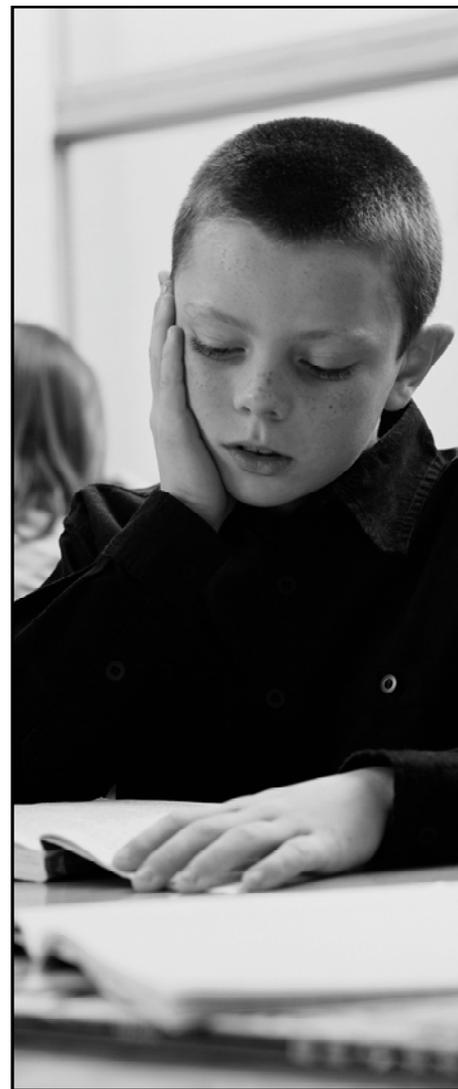


Photo © Isopix

Un dysfonctionnement du cerveau

L'hyperactivité est une maladie héréditaire affectant le comportement : perte d'attention, hypermotricité, impulsivité, etc.). « Les personnes atteintes de TDA/H vivent avec un dysfonctionnement majeur du cerveau. S'il ne les rend pas moins intelligents, il les met face à de réelles difficultés, notamment lorsqu'il s'agit de mener à bien un travail intellectuel. Concrètement, le ralentissement de leur cerveau dû à un dysfonctionnement des neuromédiateurs, comme la dopamine, qui gère l'attention, le contrôle de leurs mouvements et de leurs émotions, la capacité à opérer un choix etc., les empêche de se concentrer sur une tâche, même la plus anodine qui soit. Le TDA/H est une maladie biologique, non un trait de caractère ou une erreur d'éducation », précise Pascale De Coster. « Les facteurs psychosociaux ne sont donc pas considérés comme la cause du TDA/H mais plutôt comme des facteurs potentiellement exacerbants. Aussi, il ne

faut pas confondre les enfants TDA/H avec des enfants présentant des symptômes similaires mais provenant d'autres pathologies psycho-affectives (dépression, maltraitements, carences affectives...). C'est l'ensemble de symptômes – déficit attentionnel, l'aspect évolutif de la maladie, l'impulsivité – qui vont déterminer le diagnostic. » C'est pourquoi il est nécessaire de faire procéder à un examen complet par un spécialiste (neuropédiatre), avant de déclarer que son enfant est « hyperactif » ou non...

Le bilan du neuropédiatre va se baser sur différents examens, dont les principaux sont :

- l'anamnèse : le médecin va discuter avec l'enfant et ses parents, demander les signes, les symptômes, etc ;
- l'échelle de Conners : il s'agit d'un questionnaire pour les parents et pour les enseignants ;
- des tests pour évaluer le niveau d'impulsivité ou de déficit d'attention de l'enfant ;

- le quotient intellectuel ;
- le bilan orthophonique pour voir s'il y a des troubles du langage ;
- l'électroencéphalogramme pour éliminer la présence d'épilepsie ;
- un bilan chez un psychologue.

C'est sur base de ce bilan que le spécialiste décidera du traitement. Celui-ci peut comprendre une prise en charge chez un pédopsychiatre ou un psychologue, un traitement médicamenteux, conjointement ou séparément, qui pourront appuyer une approche éducative (dans la manière d'éduquer l'enfant TDA/H) et environnementale (impliquer l'enfant dans des activités sociales, l'entourer...) indispensables.

Des techniques « parallèles » sont parfois adoptées par certains parents (haptonomie, ergothérapie, kinésiologie, ostéopathie, PNL...), mais il vaut mieux en discuter avec le neuropédiatre : trop de charlatans opèrent dans ces sphères...

parents ainsi que les centres PMS. « *Encore faut-il que ces derniers comptent du personnel formé au diagnostic du TDA/H* », précise le Dr Schlogel. « *Des batteries de tests fiables existent, nécessitant entre 15 et 20 minutes; elles pourraient être utiles à ces services avant d'approfondir le diagnostic chez un neuropédiatre* ».

Néanmoins, selon Pascale De Coster, l'école n'est pas encore un lieu où le TDA/H est bien connu et reconnu, aussi bien au niveau des enseignants que des centres PMS. Le plus souvent par manque d'information et de formation. Un dialogue entre enseignants, organisé par la Fondation Roi Baudouin en juin dernier, a fait état de ce manque d'information, dont se sont plaints les participants quasi unanimement. Et même lorsqu'une formation théorique est organisée, les participants, enseignants ou membres des CPMS, se disent souvent frustrés, car elle leur donne peu ou pas d'outils pratiques pour gérer la situation avec ces enfants. « *On travaille beaucoup par essai et erreur. On apprend plus avec les autres enseignants qu'avec un formateur* », témoigne une enseignante en type 3.

Des classes adaptées

Néanmoins, dans certaines écoles où la prise de conscience s'est produite et où l'information a circulé, un pas a été franchi : « *Mes enfants sont dans une école qui a instauré des classes spéciales pour les enfants qui éprouvent des problèmes scolaires pour diverses raisons. L'enseignement y est plus motivant, avec moins d'élèves et un suivi plus rigoureux. Les résultats pour mon fils cadet qui la fréquente sont très bons!* », témoigne Pascale De Coster.

Mais toutes les écoles ne peuvent pas nécessairement organiser de telles classes passerelles, que ce soit pour des raisons pratiques (manque de locaux, de professeurs) ou quasi philosophique : « *Si vous ne pouvez pas compter sur une équipe enseignante qui s'engage à fond dans un tel projet, il vaut mieux ne pas tenter l'expérience. Dans notre école, les enseignants on pris cela comme un défi, une nouvelle orientation dans leur carrière. Mais cette approche nouvelle demande du temps. L'évaluation différenciée heurte le sentiment d'équité auquel se cramponnent de nombreux profs : chacun est égal*

devant la loi. Or, nous sommes arrivés à la conclusion qu'il n'était précisément pas équitable de vouloir évaluer de la même manière, en fin de parcours, des enfants qui n'avaient pas eu les mêmes chances au départ. C'est tout un changement de mentalité que nous avons dû opérer », explique la directrice d'une école qui a mis sur pied une classe passerelle, dans la brochure publiée en décembre dernier par la Fondation Roi Baudouin.

Le défi est donc de savoir comment permettre à ces enfants de ne pas décrocher complètement, de se retrouver dans des filières qui ne leur conviennent pas. Une pédagogie adaptée, les moments de remédiation, la détection des problèmes à temps, des classes spécifiques : voilà autant de pistes qui peuvent être suivies, si direction, enseignants et parents sont prêts à chercher une solution ensemble.

Et pour ce qui concerne les autorités, ce trouble est-il reconnu ? « *Aujourd'hui, il est clair que du fait du remboursement des traitements médicamenteux, le TDA/H est effectivement reconnu. Néan-*

T.D.A. quoi ?

Les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) expliqués aux parents et aux enseignants

On entend de plus en plus parler d'enfants hyperactifs ou hyperkinétiques. Nombreux sont ceux qui se posent des questions à ce sujet. La Fondation Roi Baudouin publie une brochure qui aborde le sujet de manière claire et accessible à tous¹.

L'agitation ou la distraction d'un enfant ne sont pas nécessairement un problème grave en soi. Mais il arrive que l'enfant comme son entourage se sentent débordés et impuissants. Qu'entend-on par TDA/H ? Qui peut-on consulter ? Quels sont les différents traitements ? Quelle est l'origine du TDA/H ? Voilà autant de questions abordées par cette brochure dans une volonté de clarification du propos mais aussi de rigueur scientifique.

Le plus important n'est pas de donner une étiquette, mais de trouver ensemble ce qui aidera l'enfant à s'épanouir.

Cette brochure est le fruit d'un travail interdisciplinaire et s'adresse à tous ceux, parents, enseignants, animateurs, médecins généralistes ou pédiatres, etc., qui se posent des questions sur le TDA/H. Elle se veut avant tout rassurante et explicative.

La brochure « *T.D.A. quoi* », de **Karin Rondia**, est téléchargeable sur le site <http://www.kbs-frb.be>. Elle peut aussi être demandée par courriel à publi@kbs-frb.be ou par téléphone auprès du centre de contact de la Fondation Roi Baudouin : 070 233 728.



¹ Cette brochure clôture un parcours organisé par la Fondation Roi Baudouin autour de ce thème. Suite à l'appel à projets « Mes neurones et moi : troubles du développement neuro-psychique chez les enfants et les adolescents », 13 projets ont bénéficié d'un soutien financier d'un montant total de 130.000 €. Les informations relatives à ces projets sont disponibles sur le site <http://www.kbs-frb.be>.

Médicalisation des troubles de comportement : instrument de contrôle social

A l'automne 2005, à la veille de ce que les médias français ont appelé la « crise des banlieues », l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) publiait un rapport intitulé « *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent* ». Un certain nombre de comportements y sont considérés comme des symptômes caractérisant le trouble des conduites, lequel aurait des conséquences suffisamment importantes au niveau de l'individu et de la société pour que soit envisagée une politique de prévention axée sur le dépistage et la prise en charge précoce psychothérapeutique et médicamenteuse.

La publication de cette expertise avait suscité un tollé en France; en Belgique aussi, des voix s'étaient élevées contre les propositions qu'elle contenait.

Le service éducation permanente de l'asbl Question Santé a réalisé une brochure qui fait le point sur les propositions du rapport de l'Inserm et sur les réactions qu'il a provoquées. Le but étant de susciter le débat en abordant des questions comme « la bonne ou la mauvaise conduite des enfants peut-elle ou doit-elle être médicalement définie ? », « le médecin ne risque-t-il pas de devenir un instrument de contrôle

social ? », « s'agit-il de 'remettre dans le droit chemin' ou de soigner ? »

La brochure « *Médicalisation des troubles de comportement : instrument de contrôle social* » est téléchargeable à l'adresse <http://www.questionsante.be/outils/medicalisationComportement.html>.

Pour tout renseignement, vous pouvez aussi contacter le service éducation permanente de Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 512 41 74. Fax 02 512 54 36. Courriel : education.permanente@questionsante.be

moins, il y a un problème fondamental : le remboursement est autorisé si la prise en charge est pluridisciplinaire sous contrôle du médecin-conseil; cela implique qu'il y ait également des mesures sociales et éducatives ainsi qu'un suivi psychologique. Or, chacun sait que les psychothérapies ou les visites chez un psychologue ne sont pas remboursées. De même pour poser le diagnostic : la consultation de psychologues est indispensable, mais ne bénéficie pas du remboursement... On peut donc dire que le gouvernement a donné des conditions que n'importe quel patient ne peut pas nécessairement se payer... Le pas suivant serait de mettre en place des centres d'évaluation financés correctement et veiller à avoir des soignants des différentes disciplines reconnus pour obtenir un remboursement et une prise en charge correcte des enfants en souffrance », conclut le Dr Xavier Schlogel.

carine Maillard
Association TDA/H Belgique, rue de la Glacière 24, 1060 Bruxelles. Permanence téléphonique le jeudi de 9 heures à 16 heures hors vacances scolaires au 0484 177 708. Internet : www.tdah.be Courriel : tdah.be@coditel.net

Contraception : le retour de Laura

Le contexte : état de la contraception chez les jeunes

En Belgique, 17.000 femmes recourent à une interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) chaque année¹.

Parmi ces femmes, près de 3.200 sont des jeunes filles de 13 à 20 ans et ces chiffres ne diminuent pas au fil des années.

Parmi les jeunes filles de 15 à 19 ans qui ont subi un avortement en 2005, la moitié n'avait utilisé aucun moyen de contraception. Pour les moins de 15 ans, cette proportion atteint plus des deux tiers.

¹ Source : données pour 2005 du Rapport de la Commission nationale pour l'évaluation de la loi du 3 avril 1990 concernant l'interruption volontaire de grossesse.

L'enquête de santé 2004 de l'Institut scientifique de la santé publique montre que parmi les jeunes plus d'un tiers n'utilisent pas de préservatif. Ce pourcentage déjà inquiétant atteint pratiquement 50 % en Flandre.

L'enquête de santé révèle aussi l'utilisation par 7 % des jeunes sexuellement actifs de 15 à 19 ans de la pilule du lendemain comme prévention des grossesses.

Partant d'un constat similaire, la Conférence interministérielle des ministres de la santé du 11 décembre 2001, qui s'est penchée sur la problématique de la contraception chez les jeunes de moins de 20 ans, a voulu renforcer diverses pistes en matière de contraception.

Il y apparaissait, entre autres, que le prix de la

pilule constituait pour certains un frein à son utilisation. Le groupe de travail était d'avis qu'il était souhaitable d'établir un système de remboursement pour tous les moyens de contraception fiables. Il avait également formulé des recommandations à propos de l'accessibilité de la pilule du lendemain.

En sa qualité de ministre fédéral des affaires sociales, Rudy Demotte a décidé en 2004 d'une **diminution de 3 euros par mois de contraception pour les jeunes filles de moins de 21 ans.**



Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ?

Malgré le faible taux de grossesses chez les adolescentes en Belgique (3%) comparativement à d'autres pays industrialisés comme l'Angleterre (28.6%) ou les Etats-Unis (52.8%), ce phénomène continue à interpeller le monde politique et le monde adulte de manière générale. La survenue d'une grossesse à l'adolescence est présentée comme un fait préoccupant, notamment parce qu'environ deux tiers de ces grossesses se terminent par une interruption volontaire de grossesse (IVG).

Avec la disponibilité des moyens de contraception et le développement d'informations de tous types au sujet de la sexualité des jeunes depuis de nombreuses années, on serait amené à penser que nos adolescentes sont armées pour se protéger des grossesses non programmées. Mais la réalité est différente.

La revue de littérature nous confirme que la survenue d'une grossesse à l'adolescence est une problématique complexe qui fait intervenir une multitude de facteurs.

Une première cause de la grossesse non planifiée est l'absence ou l'utilisation inadéquate de moyens de contraception. A la relation sexuelle non protégée viennent s'ajouter une série de causes qui s'imbriquent les unes dans les autres. Des facteurs à la fois socio-économiques (statut socio-économique, perspectives d'avenir scolaire et professionnel), culturels (culture d'origine, religion), psychologiques et psychosociaux (manque d'assurance, immaturité, désir de grossesse ou d'enfant), cognitifs (manque de connaissances, fausses croyances, représentations de la sexualité), relationnels (difficultés de communication avec les parents et avec le partenaire à propos de la sexualité), environnementaux et politiques (accessibilité et disponibilité des moyens de contraception, existence d'une éducation sexuelle à l'école), déterminent les comportements contraceptifs des adolescentes. De même, une série de facteurs influencent le choix de l'adolescente de garder ou non son enfant.

Ce dossier fait le tour des différents facteurs pouvant jouer un rôle.

La mise en place de programmes de prévention devrait tenir compte de cette diversité d'influences et avoir pour objectif d'intervenir à plusieurs niveaux à la fois. Quelques pistes sont suggérées pour améliorer la prévention des grossesses non programmées, tout en sachant que dans un certain nombre de cas, l'important sera d'accompagner au mieux des grossesses parfois désirées.

BERREWAERTS J. & NOIRHOMME-RENARD F., *Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ?*, UCL-RESO, Bruxelles, juin 2006, (Série de dossiers techniques ; réf.: 06-40, 38p.). Les dossiers techniques sont consultables sur le site <http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso>. Ils peuvent aussi être commandés à l'adresse suivante : UCL, Faculté de médecine - Ecole de santé publique, Unité d'éducation pour la santé RESO, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles. Contact : M^{me} Dominique Doumont, tél. 02 764 50 76, courriel : dominique.doumont@reso.ucl.ac.be.

La mesure concerne **tous les moyens de contraception prescrits** : toutes les pilules, qu'elles soient remboursées ou non actuellement, les stérilets, les patchs, les anneaux vaginaux, les implants... Les préservatifs ne sont donc pas inclus. Par contre, la pilule du lendemain – qui n'est pas un contraceptif, mais se révèle parfois comme une solution d'urgence absolument nécessaire – est désormais gratuite pour les filles de moins de 21 ans. L'intervention est calculée sur la base du pourcentage du montant que la patiente prend actuellement en charge pour chaque moyen de contraception. L'intervention vient donc s'ajouter au remboursement éventuellement déjà attribué dans le régime général (20 % pour certaines pilules). Pour ce qui est des contraceptifs efficaces pendant plusieurs années, le remboursement est limité à 12 mois.

La nouvelle campagne

Étant donné que des mesures financières seules sont insuffisantes, une campagne d'information a été mise en place dès le début et adaptée chaque année. Dans le cadre de cette dernière, le ministre Demotte propose un nouveau livret d'information aux jeunes. Il a été envoyé aux parents des adolescents de 13 ans. Parallèlement, des techniques de communication dernier cri ont aussi été utilisées pour encore mieux informer les jeunes sur la contraception et l'amour en toute sécurité. Cette campagne s'inscrit dans le prolongement des campagnes « Laura » de 2004 et 2005 qui ont connu un franc succès. Elles présentaient sous la forme d'un spot télé et cinéma puis d'un roman-photo l'histoire de Laura, une mère ado de 16 ans.

Objectif

Tous les acteurs dans le domaine de la vie sexuelle et affective confirment que la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles (M.S.T.) sont indissociables. Lorsqu'on parle de contraception, il leur semble donc indiqué de rappeler la nécessité d'une double protection : l'utilisation d'un préservatif et d'un contraceptif fiable. En effet, trop de jeunes ignorent encore ou ne tiennent pas assez compte du fait que le préservatif est le seul moyen efficace de lutter contre les M.S.T., et particulièrement contre le sida. Or, notre pays, comme les autres pays européens, a enregistré une hausse importante des infections HIV ces dernières années ainsi qu'une recrudescence des maladies sexuellement transmissibles.

Contenu de la campagne de 2006

Après la campagne d'information de 2005 qui mettait l'accent sur la responsabilité conjointe de la fille et du garçon en matière de contraception, la campagne de 2006 attire l'attention

des très jeunes adolescents sur la nécessité de se protéger et sur l'accessibilité accrue aux contraceptifs.

Cette année à nouveau, le Comité d'accompagnement de la mesure d'accès à la contraception qui est composé des entités fédérées, des acteurs de terrain et des acteurs de l'assurance maladie (mutuelles et pharmaciens) a été consulté. La nécessité de toucher les jeunes juste avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs ou au tout début de leur vie sexuelle est apparue de manière évidente. Sur cette base, l'agence de communication Duval Guillaume Antwerp a réalisé un livret d'information détaillé à l'intention des jeunes de treize ans. Parallèlement, les techniques les plus actuelles ont été utilisées pour atteindre les jeunes, tels un podcast, un Bot Messenger et un test interactif sur le site web.

Livret d'information « Au secours! Tes parents ont un livre d'information pour toi. »

Cette année, ce support est le moyen de communication central afin d'atteindre les très jeunes. Le langage utilisé a été étudié pour être en phase avec les adolescents de 13 ans.

L'avantage principal de ce livre réside dans la diffusion d'un message beaucoup plus détaillé que celui du spot télé ou du roman-photo. Les messages clés de la campagne – la pilule est devenue moins chère, voire gratuite dans certains cas, et seul le préservatif peut protéger des M.S.T. – y sont largement développés.

Par ailleurs, les jeunes y trouvent également des informations très complètes sur les autres moyens de contraception disponibles, leur coût, leurs avantages et inconvénients, ainsi qu'une information détaillée sur les MST, et sur les possibilités qui existent en cas de grossesse non désirée. Outre quelques passages sur les relations affectives en général et le témoignage de personnalités de la télé ou de vedettes sur leur première fois, le livre propose quelques jeux et tests, à la fois éducatifs et divertissants.

En tout, ce sont plus de 100 000 exemplaires de ce livre de 52 pages qui ont été envoyés à tous les parents qui ont une fille ou un fils de 13 ans, avec ce message : « Votre enfant devient adolescent et se pose forcément des questions. Ce livre est écrit pour lui par des professionnels, mais c'est à vous, parents, de décider si votre enfant est prêt à le lire. »

Les parents ont ainsi la possibilité de lire le livre en premier et de pouvoir ainsi anticiper plus facilement d'éventuelles questions.

Site web « www.laura.be »

Le site web qui existe depuis 2004 est à nouveau le noyau de la campagne d'information et rassemble, dans un registre ludique mais éducatif, toutes les informations sur la contraception moins chère et sur le thème *faire l'amour en toute sécurité* en général.

Le trafic a été intense, puisque 470.000 personnes l'ont visité depuis la première campagne de 2004. Le site continue à rassembler aujourd'hui les liens utiles vers les professionnels actifs dans le domaine et, dans la version francophone, à permettre, via un outil de recherche, de localiser un centre de planning familial proche.

Podcast

La nouvelle campagne Laura est en phase avec l'attrait des nouvelles techniques de communication pour les jeunes. Le site web en constitue à chaque fois le point de départ.

Ainsi, il comporte un podcast téléchargeable qui peut être lu sur un lecteur MP3 ou un iPod. Le podcast contient une émission radio présentée par **Laure Macq** et **Pascal Degrez**, animateurs sur NRJ. Dans le cadre de cette émission, ils parlent de l'amour en toute sécurité dans un registre apprécié des jeunes. Tant le contenu que le ton de l'émission sont à l'image du livre d'information.

Bot Messenger

Une autre manière innovante d'atteindre les jeunes est l'utilisation d'un Bot Messenger. En d'autres termes, les jeunes qui utilisent MSN Messenger ou Hotmail reçoivent une question sur *l'amour en toute sécurité* chaque fois qu'ils ouvrent une session. Celui qui se trompe reçoit la réponse correcte et un renvoi au site web www.laura.be.

Test de l'amour sans risque

Le site web n'est pas seulement une source d'information, il est aussi au cœur d'une communauté internet. À cet effet, il comporte un « test de l'amour sans risque » auquel le jeune peut se soumettre. Une fois qu'il connaît son score, il peut présenter le test à son ou sa petit(e) ami(e) ou à ses amis.

Moyennant une série de questions à choix multiple, il peut vérifier leur niveau de connaissance.

Distribution de préservatifs

Depuis 2004, un stock de préservatifs est mis à disposition afin de rappeler l'importance de la double protection. Cette année, la distribution de 725.000 préservatifs est prévue. L'emballage, très sympathique, renvoie au site de la campagne.

Le but n'est pas ici de permettre un accès gratuit aux préservatifs, à l'instar des contraceptifs, mais bien de sensibiliser les jeunes à la double protection.

Concrètement, le pharmacien remet un préservatif à la jeune fille qui vient chercher un moyen de contraception. D'autre part, en Wallonie et à Bruxelles, les centres de planning familial peuvent mettre toute l'année un stock à disposition de leurs visiteurs. Les mutualités et Sensoa en Flandre disposent également d'un stock important pour des actions ponctuelles à l'intention des jeunes.

D'après un communiqué de presse du Ministre Demotte

Un projet pilote de dépistage du risque cardio-vasculaire global

En 2004, huit associations de généralistes, réparties sur tout le territoire de la Communauté française, ont accepté de participer à une recherche-action initiée par le Ministère de la santé en Communauté française. Dans chaque association, 10 à 15 généralistes ont accepté de participer au projet. Après avoir suivi une formation au dépistage du risque cardio-vasculaire global et à la prise en charge du patient dépisté à risque (voir article précédent dans le n° 218), ces médecins généralistes ont eu pour mission de dépister le risque cardio-vasculaire global chez 90 de leurs patients réguliers de 30 à 75 ans pris au hasard (3 patients successifs d'une même consultation, trois fois par semaine, entre le 15 février et le 15 mai 2004), soit 3200 patients au total. Il leur était également demandé d'inviter les patients ayant été dépistés à risque à une consultation spécifique pour parler de la gestion de celui-ci.

Un dépistage réaliste et faisable

Voici les principaux résultats de cette recherche-action.

88 % des généralistes volontaires estiment cette stratégie réaliste et faisable dans leur pratique quotidienne. Ce dépistage a pu être réalisé pour 76 % des patients éligibles. Cela leur a pris en moyenne 5 minutes.

Pourquoi n'y a-t-il eu que 76 % de dépistages réalisés et non 100 % chez ces généralistes volontaires rémunérés pour leur participation à cette étude ? L'obstacle majeur est celui du manque de temps, les deux motifs les plus fréquents étant la salle d'attente pleine (26 %) et la consultation trop longue (17 %). Un second obstacle important est celui du motif de la consultation qui ne permet pas de parler de prévention ce jour-là (26 %). Un troisième groupe d'obstacles est lié à la communication avec le patient (patient jugé peu réceptif [12 %] ou crainte de l'importuner [8 %]).

Ces difficultés se retrouvent dans toutes les actions de prévention en médecine générale. Elles sont cependant vulnérables.

Il faut en effet du temps pour faire de la prévention : du temps pour s'organiser, revoir le patient, le suivre, rester informé. Mais c'est aussi une question de priorité : le médecin peut trouver le temps pour la prévention intégrée aux soins curatifs s'il estime que c'est un plus pour la qualité des soins en médecine générale.

De plus, le malentendu de la prévention est vieux comme le monde : le médecin attend une proposition du patient et le patient attend une proposition du médecin. Cependant, quand le médecin propose, les patients sont ravis ; leur médecin s'intéresse à un peu plus qu'à la demande initiale et ils ont le sentiment d'être compris et pris au sérieux.

Cette recherche-action est conçue et réalisée par et pour des généralistes rassemblés au sein de l'asbl Promotion Santé et Médecine Générale, née d'un partenariat entre la Société Scientifique de Médecine Générale et la Fédération des maisons médicales et créée à la suite du projet.

Elle a continué en 2006 : affiche pour la salle d'attente, documents pour les patients, cadastre des ressources locales pour l'accompagnement des patients présentant un risque cardio-vasculaire, formation et discussion de cas de suivi de patients à risque cardio-vasculaire identifié.

Des interventions et les prémisses d'un travail en partenariat sont prévues pour 2007.

Près de la moitié des patients (48 %) ont pu être dépistés immédiatement, à l'anamnèse. Les autres patients ont dû passer par la prise de sang et l'utilisation des tables du risque (Framingham ou SCORE). Cette démarche a permis d'identifier le risque de 38 % des patients. Les 13,5 % restant n'ont pas eu leur risque identifié pour différentes raisons : devaient encore revenir, refus de la prise de sang, données incorrectes.

Répartition des patients selon le risque

Patients à risque bas

Parmi les 3231 patients dépistés âgés de 30 à 75 ans, un tiers (37,5 %) présente un risque cardio-vasculaire bas, et une prochaine estimation de ce risque cardio-vasculaire global peut leur être proposée dans 3 à 5 ans. A noter dans l'échéancier du praticien !

Patients à risque cardio-vasculaire à gérer

Près de la moitié (49,5 %) des 3231 patients dépistés justifient un suivi plus rapproché de la part de leur généraliste. Ceux-ci se répartissent comme suit :

24 % ont un risque cardio-vasculaire global élevé (rouge). C'est énorme, cela représente un quart d'une patientèle type en médecine générale ; 17 % présentent un risque moyen (orange) ; 8 % ont comme seul facteur de risque isolé le tabac (brun). Le pourcentage de fumeurs est en moyenne de 29 %, avec de profondes disparités d'une patientèle à l'autre : de 17 % à 41 %. A lier au statut social ?

Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité en Belgique. La moitié de la population âgée de 30 à 75 ans fréquentant les cabinets de médecins généralistes présente un risque cardio-vasculaire à gérer. Le dépistage des patients à risque prend en moyenne 5 minutes. Le médecin généraliste peut faire la différence.

Jean Laperche, médecin généraliste,
Valérie Hubens, chercheur en santé publique

Adresse des auteurs : Jean Laperche,
Fédération des maisons médicales, Boulevard du midi 25/5, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/514 40 14. Fax : 02 514 40 04.

Valérie Hubens, Chercheur en Santé Publique,
Asbl Promotion Santé et Médecine Générale,
c/o SSMG, rue de Suisse 8, 1060 Bruxelles.
Tél.: 02 533 09 82.

Cette série d'articles est également publiée par la Revue de médecine générale de la Société scientifique de médecine générale.

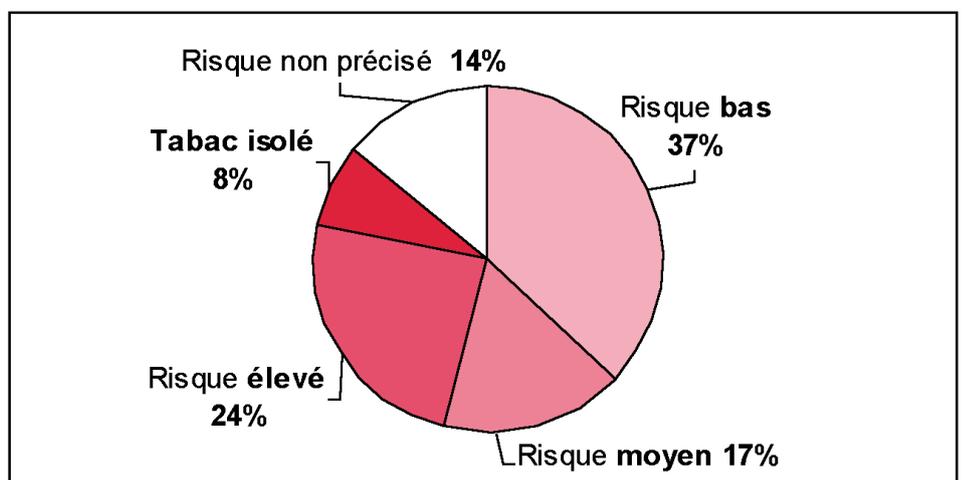


Figure 1 - Patients réguliers de 30 à 75 ans vus en médecine générale

Mutualité chrétienne, 1906 - 2006 : 100 ans de solidarité...

L'Alliance nationale des mutualités chrétiennes fête son premier siècle d'existence. C'est en effet le 28 mai 1906 que sa création a été confirmée officiellement par arrêté royal. Une naissance qui n'est bien sûr pas le fruit du hasard. La Mutualité chrétienne a en effet toujours progressé à partir de sa base.

On observe les premiers balbutiements du mouvement mutuelliste dès la seconde moitié du 19^e siècle. A cette époque, les sociétés d'entraide mutuelle prévoyaient une indemnité basée sur la solidarité pour les membres malades ou en incapacité de travail. Ces sociétés, appelées aussi caisses primaires, se sont ensuite regroupées en unions, qui ont à leur tour constitué l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes. L'objectif était d'être plus fort, d'organiser une meilleure solidarité et d'être davantage impliqué dans la politique nationale.

La Mutualité chrétienne est à l'origine de nombreuses initiatives importantes. Son service de lutte contre la tuberculose, ses centres de vacances et de convalescence, ses cures d'air préventives, son service social, ses initiatives de soins à domicile et son service d'aide aux malades en sont les plus belles illustrations. Elle fut également le premier organisme assureur à se doter d'un service d'éducation pour la santé, en 1976, quelques années avant la création de la plupart des organismes du secteur en Communauté française.

L'histoire révèle également que de nombreux problèmes qui se posent actuellement subsistent en fait depuis les premières années de l'Alliance. Les conventions et les accords avec les prestataires pour offrir des soins accessibles à tous ou la forte hausse des dépenses en soins de santé étaient déjà à l'époque au cœur des préoccupations de la Mutualité chrétienne. La responsabilité financière et le contrôle de la surconsommation et des abus sont également depuis toujours essentiels au bon fonctionnement du système d'assurance maladie solidaire défendu par la Mutualité chrétienne. Un tel anniversaire est aussi l'occasion de se tourner vers l'avenir. Comment faire face aux coûts croissants liés aux progrès de la médecine ? De quelle manière gérer le vieillissement de la population et ses conséquences sur la santé ? Comment réagir à la marchandisation croissante des soins ? Quel rôle jouer dans l'Europe de demain où la libre circulation des personnes touche également le secteur de la santé ?

Une chose est sûre : la Mutualité chrétienne défendra toujours la solidarité avec acharnement.

Elle l'a rappelé solennellement lors d'une séance académique en présence du Ministre d'Etat Jean-Luc Dehaene et du Ministre des Affaires sociales Rudy Demotte le 3 décembre dernier.

La charte de la Mutualité chrétienne

La solidarité, fondement de l'assurance maladie

La Mutualité chrétienne s'engage à promouvoir la santé et le bien-être pour tous. Chacun participe, selon ses moyens, à l'établissement d'une assurance maladie invalidité obligatoire la plus large possible.

Un assureur social efficace

Efficace et équitable, la Mutualité chrétienne est l'alternative sociale aux assurances commerciales de santé. La recherche de profit en assurance maladie conduit inexorablement à une sélection des risques et au transfert du coût des soins vers les patients.

Pas de privatisation!

Pour pérenniser une assurance maladie efficace, il faut en garantir à long terme un financement suffisant et récurrent. Une privatisation déguisée par des hausses régulières de tickets modérateurs et des suppléments majorés est inacceptable.

Partenaire responsable à tous les niveaux de pouvoir

La Mutualité chrétienne prend ses responsabilités de partenaire à part entière dans la conduite de la politique en matière d'assurance maladie invalidité ainsi que de la politique de santé et la politique sociale, et ceci dans l'intérêt de ses membres. Ses activités devraient être mieux reconnues et valorisées par les autorités publiques.

La concertation, c'est la garantie d'accords respectés

La Mutualité chrétienne reste en faveur d'un modèle de concertation paritaire entre mutualités et prestataires de soins. Les pouvoirs publics doivent laisser fonctionner cette concertation paritaire qui a fait ses preuves.

Une gestion responsable

La Mutualité chrétienne gère correctement les dossiers de ses membres de manière à maintenir la qualité et l'équilibre financier de notre système de santé. Les pouvoirs publics doivent rémunérer justement les mutualités qui remplissent consciencieusement cette mission. Le

système de responsabilité financière doit être complété par de meilleurs instruments de gestion.

Au service de ses membres

Chaque jour, quelque 5000 collaborateurs assurent le service aux 4.450.000 membres de la Mutualité chrétienne en leur offrant une information précise et claire, en leur proposant un service proactif adapté à leur situation, en leur assurant une assistance et un service de défense des membres jusque devant les tribunaux.

Une offre étendue de services et des avantages de qualité

La Mutualité chrétienne, par ses services et avantages complémentaires, joue un rôle de pionnière. Elle renforce ainsi les liens avec ses membres et s'affiche comme une mutualité dynamique. Les services et avantages qui ne font pas partie des objectifs de la mutualité doivent être limités par voie légale et examinés de manière stricte par l'Office de contrôle des mutualités.

Mouvement et volontariat, un choix de société

En réponse aux tendances à l'individualisation et à l'isolement dans notre société, la Mutualité chrétienne offre à ses membres la possibilité de s'engager en tenant compte des possibilités et des intérêts de chacun.

La Mutualité santé!

La Mutualité chrétienne ne veut pas seulement garantir des soins de qualité et financièrement accessibles. Elle veille également au maintien et à la promotion de la santé de chacun.

Des services médico-sociaux efficaces et accessibles

La Mutualité chrétienne développe et soutient, seule ou en partenariat, des initiatives médico-sociales dont elle garantit l'objectif social.

La solidarité ne s'arrête pas à nos frontières

La Mutualité chrétienne partage ses connaissances et ses expériences avec des organisations partenaires à l'étranger. Elle soutient la création de mouvements mutuellistes, pionniers dans le développement d'assurances sociales solidaires.

D'après un communiqué de la Mutualité chrétienne

Pour une éthique et une santé des réseaux

« Les hommes qui tracèrent les premiers un chemin entre deux endroits ont accompli l'une des plus grandes performances humaines. »
Georges Simmel

Ethique

Dès qu'une question est controversée, dès qu'elle est controversable, elle génère un espace éthique, celui d'un discernement entre diverses visions ou divers scénarios de solution.

« A quoi sert un réseau ¹, quelles en sont les limites, les risques et les bénéfiques ? » Voilà des questions qui ne manquent pas d'interroger ceux qui dans le réseau scolaire, le réseau hospitalier, le réseau de soins à domicile, le réseau social, voire le réseau de distribution de l'eau, du gaz et de l'électricité, les télécommunications sont confrontés à des choix sur l'évolution de ceux-ci : il y a longtemps que les autoroutes et les autoroutes de l'information ne sont plus le seul modèle de réseau reliant les gens.

Ethique de responsabilité

Depuis Max Weber, nous savons que l'éthique de responsabilité est l'alternative à l'éthique de conviction : elle renvoie au pratique, aux conséquences envisagées et à celles qu'on ne pouvait envisager. L'homme s'y reconnaît, depuis St Exupéry en tout cas, pourvu que la responsabilisation ne soit pas le nouveau visage de la culpabilisation. On peut distinguer différents niveaux ou modes de responsabilité.

La première est la **responsabilité particulière, personnelle**, celle où un homme en relation avec un autre répond de ses actes à cet autre. La responsabilité singulière devient **responsabilité plurielle** quand notre individu rend compte de ses actes devant plusieurs. Il s'agit en l'occurrence de la société ou de ceux qui la représentent (hommes de loi, hommes d'église, hommes politiques) ou plus largement de tous ceux que la société entend représenter (citoyens, voisins, prochains, humanité, générations futures), voire Dieu même comme garant méta-social ou instance fondatrice (le « coram Deo », le face à face de Luther).

Dans les années 50, le procès de Nuremberg a posé la question d'une possible **responsabilité collective**, irréductible à la somme des responsabilités individuelles : plusieurs ont-ils à répondre ensemble de l'effet de leurs actions communes ou de leur inaction, en particulier face à la Shoah, indépendamment de leur propre responsabilité



Photo © Isopix

personnelle ? La question s'est répétée sur des enjeux écologiques, humanitaires ou militaires qui émaillent le vingtième siècle : Hiroshima, Nagasaki, Tch e moby, Rwanda et autres Sarajevo. Il y a en effet une responsabilité collective, construite ou non, des groupes de décideurs et des groupes constitués impuissants à se déterminer et à réagir.

D'autres noteront que la **responsabilité conjointe**, identifiée parfois dans les schémas favorisant le racisme, se retrouve dans la malbouffe, le non-soin ou le surendettement : les victimes peuvent contribuer à leur victimisation même si certains ont créé ou amplifié les circonstances qui y conduisent.

La pluralité des initiatives sociales, sanitaires, culturelles, éducatives et la multidisciplinarité ont conduit au développement de réseaux, spécialisés ou non, juxtaposés ou entremêlés, qui conduisent à étudier ce phénomène dont A. Bravais avait développé le concept en cristallographie, en conjuguant motif et **réseau** pour décrire la formation des cristaux.² Le sociologue Guy Bajoit observe à ce propos : « Les acteurs collectifs forment des groupes plus ouverts, que l'on désigne justement comme des réseaux, dans lesquels on entre et on sort plus librement, qui tolèrent mieux les tendances et les critiques internes et invitent davantage leurs membres à participer à l'élaboration de leurs normes. »³

1 Voir : Daniel PARROCHIA, Philosophie des réseaux, Paris, PUF, 1993; Réseau, Bruxelles, FIAS, 1986-1999; Réseaux (revue interdisciplinaire de philosophie morale et politique, Mons); Vlaams netwerk voor Zakenethiek; Chaire Hoover (Philippe van Parijs, www.etes.ucl.ac.be); www.cocof.irisnet.be/site/fr/reseauxsante propose une large bibliographie actualisée.

Tout au réseau ?

La mondialisation, la création d'internet comme la modification de modes de vie éclatés entre plusieurs lieux de vie ont fait de nous des navetteurs et des branchés, des zappeurs et des oppor-

2 Etudes cristallographiques, Paris, 1885. On ne parlait pas encore de fractales ni des boucles de rétroaction de la complexité chères à Edgar Morin.

3 Le changement social. Approche sociologique des sociétés occidentales contemporaines, Paris, Armand Collin, 2003, 144.

S'il faut caractériser un **réseau matériel** (par exemple de voies ferrées), on soulignera l'architecture topologique de nœuds / sites et de liaisons entre eux qui assurent un maillage chaque fois qu'un ensemble formant maille se répète.

On parlera de **réseau dynamique** (par exemple pour les populations) quand on peut analyser les distances, les détours, les chemins possibles et les parcours privilégiés ou répétitifs : c'est ainsi qu'un usager nous indique son réseau ou qu'un prestataire s'installe dans le sien, qu'il soit formalisé ou non : les réseaux informels ont autant d'importance que les formels pour la sociologie, à défaut d'avoir statut légal, mais même le droit reconnaît l'usage dans le fait des servitudes.

On évoquera enfin les **réseaux de communication ou relationnels**, surtout à l'heure des télécommunications et des réseaux virtuels : on est ainsi passé d'un mode binaire comme chez Shannon à un modèle systémique, complexe, comme le révèle le réseau culturel « où beaucoup transmettent à beaucoup, sans qu'on sache toujours qui à qui, ni exactement quoi à qui », a fortiori dans les bases de données relationnelles où le stock préservé sous contrôle devient flux cumulable et exploitable, exportable et copiable à l'excès.⁴ Le réseau n'est plus seulement local (LAN), contrôlable par ses usagers et ses acteurs-auteurs, mais global (WAN) : l'ouvert formidable permet tous les courants d'air!

Le philosophe Parrochia nous invite à approfondir pour tout réseau les caractéristiques qui font qu'il y a réseau, selon P. Dujardin⁵.

Artificialité : un réseau est une relation voulue et construite.

Formalisation, même élémentaire : comme l'entraide, la répétition, la remise d'un document; qui peut décider de quoi ? qui peut parler au nom du réseau et sur quoi ?

Limites : où s'arrête le réseau, où va-t-il céder, passer le relais à d'autres ?

Procédure d'établissement : elles sont diverses et révélatrices.

Ainsi, nous sommes amenés à observer divers types de réseaux.

L'institution de réseaux : une institution mère en suscite d'autres comme filiales ou succursales réparties dans l'espace concentrique géographique ou dans l'espace hiérarchisé des compétences (par exemple une université s'entourant d'écoles, hôpitaux ou de PME complémentaires; les « piliers » en Belgique sont du

même type). On élargit ainsi le bassin de recrutement ou de distribution.

La fédération ou réseau fédérateur : un ensemble d'institutions existantes ou de prestataires visent leur représentation politique commune, leur synergie ou la création d'économies d'échelle, voire leur fusion et un pilotage commun (par exemple des fédérations patronales, fédérations de pouvoirs organisateurs...). Dans certains cas, l'élément identitaire l'emporte sur les aspects pratiques : qui se ressemble s'assemble.

La complémentarité ou réseau interdisciplinaire : un ensemble d'institutions ou de prestataires complémentaires associent leurs savoirs et savoir-faire pour élargir leur palette de compétences et de performances (constitution d'académies réunissant universités et grandes écoles, transversalités santé-social). On élargit le bassin d'équipements.

Le réseau interne : un espace multi-portes permet d'articuler des spécialités dans un espace unique et facilite les transitivités d'une spécialité à une autre : c'est le concept des polycliniques, qui offrent à l'usager la possibilité d'accéder par la spécialité, le généraliste, l'accueil ou le dispensaire lui offrant le moins d'effort de seuil économique ou psychologique (je ne suis pas un cas social, je n'aime pas les psy, je ne suis pas malade mais..., ce n'est pas pour moi mais pour ma sœur...).

Les individus : leur bricolage les conduit à éclater des points de contacts institutionnels ou personnels susceptibles de répondre à leurs besoins, soit pour préserver leur liberté, soit par irrationalité, soit par opportunisme au nom d'une proximité physique ou d'une relation de confiance particulière (dialogue singulier). C'est le réseau à la carte car « il est de l'essence des liens d'être multiples, empiétants, parfois instables » selon l'observation de Parrochia.

Les communautés : l'institution culturelle ou idéologique, le bricolage des individus dans une émigration conduisent à des réseaux populationnels, communautaires ou thématiques.

Dans le secteur de la santé, on distinguera souvent : les **réseaux de soins** proprement dits (qui visent à mobiliser plusieurs intervenants autour de la patientèle avec possibilité d'un dossier médical commun), les **réseaux de connaissance** qui « regroupent des spécialistes qui tentent de trouver des solutions à un problème commun par leur renforcement de leur base de connaissance », les **réseaux de communauté de pratique** informels au départ en vue du développement d'une compétence spécifique, mais pouvant être conduits à être plus normatifs en affirmant une cohérence méthodologique ou éthique et enfin les **réseaux virtuels** qui se présentent comme des « systèmes de référence où les membres s'inscrivent eux-mêmes dans un répertoire électronique

en indiquant les domaines dans lesquels ils sont désireux de servir de ressource au sein du réseau » à l'heure où la toile du net permet de tels réseaux à l'échelle planétaire.⁶

Questions au réseau : facteur de quoi ?

On voit donc pourquoi se pose une première batterie de questions.

Est-il pertinent d'occuper l'espace sanitaire, social et culturel par un réseau monopolistique ? N'est-ce pas totalitaire ? Que reste-t-il du libre choix de l'usager ou du patient ?

Peut-on faire la même chose avec un réseau complémentaire ? Sans entrer dans le même objectif de conquête ou d'hégémonie territoriale, d'influence sectorielle ou de chalandise (les parts de marché) ?

Le fait de créer un réseau induit-il une dépendance vis-à-vis de l'institution, de sa maison mère, de sa fédération ?

Quel statut fait-on à la liberté de l'individu, à son libre choix du prestataire, initial et successif ? Les prestations sont-elles conditionnelles et la conditionnalité est-elle justifiée (continuité d'un traitement, d'une guidance...)?

Quel traitement sera donné aux informations récoltées pour une prestation ? L'anamnèse appartient-elle au prestataire, à l'usager, aux deux, au réseau pour éviter un doublet et fournir l'information utile au prestataire suivant ?

La synergie ne crée-t-elle pas une nouvelle forme de monopole : le passage de l'occurrence à la concurrence ?

Le pouvoir public contemporain préfère souvent, à l'inverse de l'adage 'diviser pour régner', limiter ses interlocuteurs et négocier avec une instance représentative plutôt qu'avec des individus ou des institutions atomisées (facilité de négociation, information cohérente, discours construit, limitation des coûts). Faut-il s'y soumettre par décret ou par opportunité ?

La détotalisation des appartenances et prestations dans l'éclatement urbain et sociétal contemporain est-elle une forme de détricotage des liens sociaux ou une forme de retricotage des liens sur mesure, satisfaisant parce que personnel, expérimenté et validé par ses effets positifs ?

Le lecteur aura compris que les problèmes éthiques ne manquent pas dans ce champ. Notre réflexion va croiser ici celles des Docteurs Pierre Hahnel et Etienne Duschu, membres du Conseil national de l'Ordre des médecins en France.⁷ Nous pouvons reprendre leur argumentation en élargissant leur propos.

4 D'où l'attention requise par ceux qui mettent en place le Customers relationship management (CRM) ou Coordination des relations avec les membres / consommateurs / usagers / clients.

5 Du groupe au réseau, Paris, CNRS, 1988, 12-13.

6 Voir Notions sur les réseaux sur www.fcrrs.ca

7 Problèmes éthiques et réseau. Actualité et dossier en santé publique, 1998 (24), 45-46.

L'appel à prestataire/intervenant/opérateur (de soins, d'action sociale), quand il n'est pas fondé sur la rareté des intervenants, est basé sur la « rencontre d'une confiance et d'une compétence », même si celle-ci n'est que supposée ou faite sous réserve de vérification. Cet appel à prestataire ou cette confiance à prestataire entre dans une logique nouvelle quand cet appel s'élargit à d'autres intervenants mobilisés au titre de l'équipe comme adjuvants, agissant simultanément, en relais, en alternance pour des raisons de disponibilité spatiale ou temporelle ou de compétences différentes et complémentaires. Ce qui rend cette transitivité acceptable c'est que le premier prestataire porte garant des autres et que les éléments de concertation ou de cohérence méthodologique ou procédurale valident cette prétention. On s'y retrouve, on n'y perd pas ses repères, on est dans de bonnes mains et on vous explique comment et pourquoi : dans ces conditions on peut passer de main en main. Nos auteurs appellent cela **délégation de confiance** et **obligation d'explication**. Si la confiance se mérite, la délégation de confiance se légitime. Il y a cependant une évolution en contenu et en nature, parfois en lieu : le réseau n'est pas une somme de compétences techniques ni un rassemblement d'intérêts croisés de clients/usagers/patients/élèves et de prestataires / intervenants / soignants / éducateurs / enseignants mais une **communauté morale**.

Même si cela prend parfois la forme hiérarchique où le plus fort valide le plus faible, on entre néanmoins dans un système réticulé où la force de l'ensemble est à la mesure du maillon le plus faible. On peut certes distinguer première et seconde ligne, premiers soins d'urgence et traitements spécialisés, niveaux primaire, secondaire et supérieur, la qualité de l'ensemble d'un réseau n'est pas seulement dans le pôle d'excellence à « la source » mais jusqu'à l'estuaire dans le delta large et distant, la frontière de la qualité totale. C'est là que l'enjeu devient la réalisation et la validation d'une **performance de groupe** et le **renforcement des maillons faibles**, par le jeu de l'équipe, des procédures, des formations, de l'accompagnement. La coordination des compétences, la fluidité relationnelle et la transparence, la circulation pertinente des infos, l'évaluation entre pairs en sont les garants. Une **charte de qualité** commune en est le signe externe, expression de l'engagement de la communauté des prestataires.

Quelques facteurs déontologiques émergent dès lors :

- l'accessibilité de l'information pertinente (rien que celle-là et toute celle-là) pour éviter de soumettre l'utilisateur à la question à répétition;

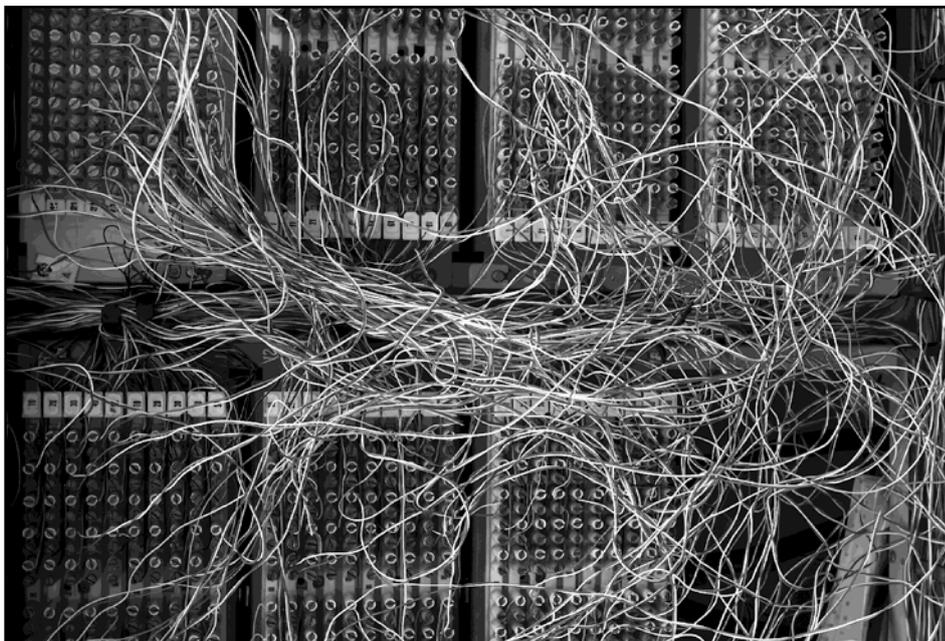


Photo © Isopix

- le dossier médical partagé ou le dossier social partagé ou le dossier pédagogique commun;
- la vigilance à l'égard de pratiques à risques susceptibles de faire de la casse par manque de proportionnalité ou perte de contrôle, ce qui suppose transmission adéquate des données et sédimentation suffisante;
- le maintien de l'autonomie du praticien par rapport à son réseau mais avec obligation de communiquer ce qu'il a fait et pourquoi à celui qui doit assurer la suite de son action. On évitera ainsi de tomber dans le complexe d'Hippocrate des médecins, le complexe de Socrate des enseignants, le complexe de Lacan des psys et le complexe soixante-huitard libertaire des travailleurs sociaux, qui peuvent être autant de sur-développements de l'ego au détriment du service au client;
- le maintien du libre choix de l'utilisateur dans et hors réseau;
- l'enregistrement officialisant les partenariats en réseau et les conditions d'exercice tarifaire ou horaire par exemple;
- la vigilance à la qualité pour éviter qu'un incident localisé ne discrédite l'ensemble;
- un code déontologique commun définissant les « bonnes pratiques » usuelles et le travail éthique d'analyse des terrains nouveaux;
- une délimitation des pratiques d'urgence et de remplacement;
- une détermination des limites d'intervention;
- un bilan des compétences en vue d'une formation permanente adaptée des intervenants.

Il y a plus d'un réseau

Dans l'univers de la rareté, on serait très content de trouver un réseau : l'absence de réseau est au porteur de portable ce que la solitude est à l'homme en quête de lien social introuvable.

Pourtant en milieu urbain, dans les mégapoles, dans un espace concentré comme la mégapole européenne, comme celles du Japon, des bandes côtières américaines... il n'y a pas seulement présence de plusieurs réseaux concurrents sur le même thème, ce qui laisse des possibilités de choix, mais enchevêtrement, juxtaposition, superposition. A l'heure de la fin des affiliations totales et définitives et de l'éclatement ou du zapping des affiliations provisoires, la cohérence manque quelquefois aux usagers et le pur effet d'aubaine engendre déconnexions et reconnexions : une synapse peut en cacher une autre.

Par ailleurs nous sommes tous de plusieurs réseaux : réseau de service, de communication, de télécommunication, chatteurs du net, réseau d'amis, réseau des tenants d'une même conviction, réseau scolaire de nos enfants, réseau militant de nos mouvements, réseau commercial de notre carte de client, réseaux de savoir, d'échanges de pratiques, de financement...⁸ On peut donc être simultanément membre de plusieurs maillages, en interaction ou non. Nous voilà avec une nouvelle batterie de questions éthiques :

8 J'arrête l'inventaire mais d'autres auraient ajouté : réseaux de prostitution et de traite des blanches, réseaux pédophiles, réseaux maffieux, réseaux d'initiés... ce qui indique que tout n'est pas éthique dans la forme et le contenu ! A l'heure de la directive Bolkestein et de la mondialisation, la tentative de transformation des services publics en marchandises au nom de la libéralisation des marchés fait des réseaux d'eau, de gaz et d'électricité comme des cartes d'accès au réseau téléphonique et bancaire devenus des nécessités dans notre univers contemporain des marchandises soumises au pur jeu de la concurrence. Le déploiement du libéralisme total sans régulation, sans acteurs collectifs fédérant les sans voix et garantissant collectivement des solidarités protectrices des minorités constitue un risque majeur.

comment garantir à la fois liberté et continuité ? La transmission de droit en cas de rupture ? Faut-il jouer la conditionnalité contribution-rétribution ? Investissement préalable ou fidélité ? Comment résoudre la question de la concurrence ou de la superposition des réseaux ? Peut-on envisager un métissage des interventions ?

Communication en réseau

Certains craignent le flou, le manque de visibilité du réseau ; une campagne de communication aide à résoudre cette question s'il y a clarté du concept : ce qui se conçoit bien, s'énonce et se montre clairement. Si on ne peut voir le tout, ce n'est pas pour autant objet d'opacité, à condition de prévoir la disponibilité effective de la communication sur le reste du réseau.

Mais communiquer : quoi et comment ?

La communication d'un réseau et en réseau a pris une importance nouvelle à l'heure des nouvelles technologies : quel médium privilégier et quels médias, quel rythme, quelle distribution ? Quels moyens pour communiquer, quel support, quelle régulation ? Est-elle purement transitive, réversible, alternée, permanente, publique ou semi-publique ? Qui régule ces questions ? Où sont-elles négociées et protocolées ? Quel rythme et quelles modalités de communication ?

On pourrait considérer ces questions comme anecdotiques mais elles vont plus loin qu'une éthique de la communication. En effet, comme le remarquait Marshall McLuhan à la suite de Shannon : « *Toute forme de transport non seulement transporte mais traduit et transforme l'expéditeur, le message et le destinataire.* »⁹ Les utilisateurs des traitements de texte et outils de mise en page savent comment cela les aide à rendre leur pensée infiniment plus percutante, plus communicable au détriment parfois d'une rigueur de pensée et d'argumentation.

C'est l'interdépendance des acteurs qui s'en trouve modifiée : passer de la réunion mensuelle ou hebdomadaire aux courriels quotidiens, voire successifs dans la journée, passer du contact physique et visuel au 'chat' avec caméra ou télé-conférence offre des possibilités de raccourci et de dialogue intercontinental mais empêche des consultations que favorisaient la distance et le temps à prendre pour rejoindre le lieu de débat.

La mise au clair de **protocoles de communication** est donc une exigence fondamentale pour :

- garantir la validation démocratique et sortir du privilège du plus proche et du plus disponible (par servilité ou par hasard);
- éviter la dictature de l'urgence supposée ou fabriquée pour mettre sous pression ou valoriser

l'exigeant qualificateur d'urgence (hiérarchie par disponibilité : le pouvoir du temps);

- éviter les discrédits ultérieurs des non-intervenants pour cause d'indisponibilité ou de délai de réflexion requis (l'urgence est mauvaise conseillère même si elle nous requiert);
- éviter l'application du principe économique de Gresham « la mauvaise monnaie chasse la bonne » : l'inflation des messages crée l'encombrement, la banalisation, l'indigestion, la non-priorisation ou des réponses aléatoires, impertinentes et dilatoires.

Il faut assumer fluidité du trafic de l'info, mise à disposition des informations pertinentes, des clés d'accès de la confidentialité à la fois pour préserver les droits à la confidentialité des données privées, qu'elles soient médicales, sociales, confessionnelles ou autres, tel que le prévoit la loi mais aussi d'éviter la fabrication de rumeurs indues parce qu'une hypothèse est prise pour une réalité avec l'effet domino des craintes et des frilosités.

Il faut donc allier paradoxalement **devoir de réserve, devoir d'information et devoir d'hiérarchisation de l'info.**

Parrochia conclut à ce propos : « Pour qu'une société fonctionne, il faut encore que chacun ait envie d'y vivre. »¹⁰ Je dirais même plus « puisse encore y vivre sa vie sans se sentir menacé ».

Gouvernance, leadership et évaluation

La communication n'est pas seulement postulée en terme de liberté et de diffusion mais de pertinence et d'organisation : l'information est source de capacité d'action et donc de pouvoir. C'est pourquoi lorsqu'un réseau s'installe, se pose la question de l'émergence d'un leadership qui le régle ou le pilote, ou de règles de gouvernance qui structurent ou organisent les prises de décision, prises de parole, sources et affectations des ressources financières et humaines.¹¹

L'évaluation des réseaux, qu'elle soit à l'initiative du pouvoir subsidiant ou souhaitée par les participants en vue d'un pilotage adéquat de l'activité sur base des objectifs déterminés en commun et repris dans une démarche réflexive, pose la question « quel fonctionnement pour quel résultat ? » mais encore « quel questionnement pour quel résultat ? »¹² en s'interrogeant par exemple d'une part sur le regard pertinent des professionnels qui manifeste l'utilité et mesure son impact sur l'utilisateur, sur les métiers, sur l'organisation, voire sur la santé publique et d'autre part sur le niveau de com-

préhension et de satisfaction des usagers ou bénéficiaires.

Ces deux démarches permettent d'analyser l'impact réel du processus même s'il demeure une interrogation sur le coût de production de la démarche, sur les économies d'échelle suscitées ou non, sur la capacité éventuelle de ce processus de faire l'économie d'autres, ou sur la valeur ajoutée qui mérite un investissement complémentaire ou des incitants spécifiques pour y conduire des secteurs d'activité trop émiettés aujourd'hui.

A chaque réseau de préciser ses objectifs initiaux et de les repréciser régulièrement dans un arbre hiérarchisé d'objectifs. A lui de voir s'il peut se donner un tableau de bord mesurant l'évolution des partenariats, de la patientèle ou du territoire couvert. A lui encore d'ajuster un organigramme et une carte des maillages qui permette à chaque partenaire de se reconnaître en propre et au sein de l'ensemble, de pouvoir dire clairement à des tiers qui l'on est et comment on fonctionne.

A lui aussi de mesurer si l'implication différenciée des acteurs résulte d'une crainte sur la méthode, sur le changement requis, sur l'absence de formalisation du projet ou sur une perception différente des enjeux : le réseau est-il central ou périphérique à l'institution ? On ne débouche souvent sur une vision commune que parce qu'on en a trouvé l'avantage, une source d'idées nouvelles, d'enrichissement des pratiques et d'augmentation de l'efficacité.

Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement et seule une communication simplifiée, ramenée à l'essentiel, permet de garantir la transitivité du projet sans perte d'intensité, de qualité ou de projet.

A propos de l'impact, on sera attentif à enregistrer tous les changements opérés, pas seulement les attendus mais aussi les inattendus positifs ou négatifs, en termes de modification de comportement, de pratique, de structure qui sont induits par ce nouveau type de fonctionnement. On veillera aussi à tenir compte des rythmes différents des individus, usagers et intervenants, des sous-ensembles et de l'ensemble qui induisent des développements à géométrie variable et ne peuvent induire une lecture univoque de l'impact ou de la réussite du processus.

Réseau sans frontières et sans horaire ?

L'existence de Médecins sans Frontières et autres Reporters sans Frontières manifeste la possibilité d'une relative ubiquité du réseau. Il n'empêche que la question se pose de l'au-delà et de l'en-deçà du réseau : peut-il être sans limites géographiques, peut-il tout soutenir et durer, peut-il fonctionner 24 h sur 24, pour toute réquisition ?

⁹ Pour comprendre les médias, Paris-Tours, Mame-Seuil, 1968, 110.

¹⁰ O.c., 147.

¹¹ La Première conférence sur le leadership au sein des réseaux des 24-25 octobre 2005 à Halifax, Canada est très éclairante sur ces questions. Voir www.fcrss.ca/reseaux.

¹² Luc Hincelin y a consacré trois fiches concrètes dans Contact Santé, juin 2005, 205, 12-19.

Tout étant théoriquement possible, tout n'est pas possible, tout n'est pas payable, tout n'est pas convenable, tout n'est pas acceptable. La question des frontières, de la limite territoriale comme celle de la limite morale ou pratique est donc inélucltable si on ne veut ni l'épuisement des acteurs ni l'incompétence et l'impuissance. La cohérence

idéologique et le consensus sur les pratiques inclut donc celui des limites dans le temps, l'espace, la nature, l'ampleur, la quantité de la prestation.

Michel Kesteman¹³

Adresse de l'auteur : Canal Santé,
Bd de l'Abattoir 28, 1000 Bruxelles.

Tél.: 02 548 98 00. Fax : 02 502 49 39.

Courriel : canal-sante@tele-service.be

13 Cet article produit dans le cadre du réseau de santé Canal-santé est une version augmentée d'un texte paru initialement dans LAHAYE Thierry (alii), Les réseaux santé, Bruxelles, Cocof, 2005, 112-118.

LOCALE

Conception et élaboration d'un projet de service PSE

Proposition d'une démarche et d'un canevas de rédaction

Le contexte

Dans le cadre des missions du CLPS-Ho, il nous arrive souvent d'accompagner les services PSE locaux dans leurs actions de terrain auprès des écoles. L'année dernière, en réponse à des demandes provenant de diverses équipes locales, une attention plus particulière a été portée à l'aide à la conception et l'élaboration d'un projet de service.

D'autre part, et de manière plus large, nous avons été invités à participer récemment à un programme de formation et de mise en réseau des PSE (et PMS) de la province du Hainaut. Ce programme, mené par l'Observatoire de la Santé en Hainaut, comportait entre autres un atelier portant sur le projet de service. L'ensemble de ces interventions nous ont permis d'avoir des échanges fructueux avec de nombreux acteurs préoccupés par cette nouvelle tâche, et nous ont ainsi amenés à formuler les quelques réflexions qui suivent.

L'objectif de ce texte n'est pas de donner un exemple à suivre mais plutôt de proposer quelques pistes pour mettre en œuvre une démarche globale, un état d'esprit général qui serait ensuite opérationnalisé par un canevas de rédaction du projet. Il reviendra à chaque service PSE d'en tirer les éléments qui lui semblent les plus pertinents et les plus réalisables, compte tenu des situations particulières de chaque territoire et/ou réseau.

La démarche : quelques grandes options

D'entrée de jeu, nous prenons le parti (et le pari) de considérer le projet de service non pas comme une obligation administrative, mais plutôt comme une opportunité pour les équipes de réfléchir de manière plus fondamentale à leur pratique quotidienne, au sens de leurs actions, à leur identité et à leur ancrage dans un environnement social, professionnel, humain, éducatif et sanitaire.

Ainsi, de manière générale, l'élaboration d'un projet de service PSE devrait pouvoir, dans l'idéal, reposer sur une **démarche concertée** entre l'équipe, la direction et les pouvoirs organisateurs.

Elle prendrait en compte trois critères essentiels : la **pertinence** du projet (besoins / demandes / offres de services), sa **cohérence** (objectifs / stratégies / moyens) et sa **faisabilité** (atouts / contraintes).

Un projet de service peut se construire autour de quatre principaux axes :

- les spécificités du **territoire** et des **populations locales** d'un PSE;
- le (nouveau) cadre **législatif** en Communauté française;
- l'organisation **interne** du service;
- les actions vers l'**extérieur**.

La promotion de la santé à l'école peut se concrétiser à travers **diverses activités**, allant du plus « simple » (par exemple, une séance de sensibilisation sur un problème de santé) au plus « complexe » (par exemple, mettre sur pied dans une école un projet structuré de longue haleine).

Dans cette optique, la promotion de la santé à l'école devrait pouvoir se concevoir non pas comme une activité isolée, mais comme une série d'**initiatives à intégrer dans les missions habituelles** du PSE. En ce sens, elle concerne la globalité du travail du PSE.

Proposition d'un canevas de rédaction

A partir des éléments mentionnés ci-dessus, le canevas d'un projet de service pourrait se structurer de la manière suivante.

Présentation du contexte

Rappel des missions « classiques » du PSE et des grandes lignes du cadre législatif.

Description synthétique du territoire et des populations locales (par ex. zone rurale ou urbaine, nombre d'écoles, de sites, horaires,

nombre d'élèves, aspects économiques et socio-culturels de la région, etc.).

Analyse des problèmes importants chez les élèves, des demandes des écoles, et repérage des services et réseaux locaux existants dans les domaines de la santé et du psycho-social, en vue d'une confrontation entre besoins, demandes et offres de services.

Objectifs

Définition des objectifs

Au niveau interne (par ex.)

- L'accroissement des **compétences** en promotion de la santé ou autres (par ex. en informatique) des membres de l'équipe.
- L'amélioration de l'**organisation des tâches** et du fonctionnement du service.
- Le renforcement de la **communication interne** entre tous les membres du service.

...

Sur le plan des actions vers l'extérieur (par ex.)

- Un meilleur service d'information en promotion de la santé pour les écoles.
- Le renforcement du rôle du PSE en tant que référent local en matière de santé à l'école.
- L'augmentation de la visibilité du PSE par rapport à l'extérieur.
- Une plus grande connaissance de la situation locale concernant l'offre et la demande en prévention et promotion de la santé, ainsi que les données socio-sanitaires, géographiques, démographiques et socio-économiques de la région.
- Une amélioration de la qualité des projets en cours dans les écoles.

...

Echelonnement des objectifs dans le temps

Il est évident que tout ne peut pas être réalisé tout de suite.

Ainsi, les objectifs à long terme représentent les finalités à atteindre par exemple dans trois ans ou plus; ils reflètent les valeurs, les enjeux, les stratégies et l'identité globale du service.

Les objectifs à moyen terme (par ex. dans un an) sont les cibles à atteindre et les résultats souhaités : par ex. amélioration des connaissances des élèves et des enseignants à propos d'un problème de santé, évolution des opinions ou des attitudes au sein de l'équipe PSE...

Les objectifs à court terme concernent la définition des étapes intermédiaires à franchir (par ex. dans les trois ou six mois) pour se diriger vers les objectifs à moyen terme : par ex. constitution d'un groupe de réflexion sur un thème de santé ou sur la complémentarité des tâches au sein d'une équipe PSE...

Analyse des atouts et contraintes

Au niveau interne

Forces et faiblesses du PSE (compétences des membres de l'équipe, motivation et disponibilité, esprit d'équipe, ouverture à la promotion de la santé, ressources matérielles, etc.).

Sur le plan extérieur

Opportunités et contraintes liées aux écoles et autres acteurs (nombre d'élèves, volume de travail et horaires des enseignants, accueil par les directions d'écoles, disponibilité des partenaires, etc.).

Développement des stratégies

Au niveau interne (par ex)

Intensification de la formation continue de l'équipe.

Définition des tâches pour chaque membre de l'équipe, tout en valorisant la complémentarité en travail d'équipe, et dynamisation de l'équipe à travers le développement de projets cohérents et mobilisateurs.

Développement des communications d'informations entre l'équipe, la direction et le pouvoir organisateur.

...

Sur le plan extérieur (par ex) :

Consolidation du service d'information et de documentation en promotion de la santé pour les écoles.

Développement de démarches de communication externe vers les écoles, et présentation des « produits » et activités du PSE lors de journées pédagogiques.

Exploitation d'outils permettant une meilleure connaissance de la situation locale.

Intensification des partenariats avec les écoles, via notamment des aides méthodologiques et d'encadrement des projets.

...

Choix des thèmes de santé à aborder en priorité

Peuvent être repris notamment ici quelques critères « classiques » utilisés en santé publique pour le choix de priorité des thèmes, toujours en discussion avec l'équipe : la prévalence et l'incidence du problème, la gravité, la « vulnérabilité » (capacité d'agir efficacement sur le problème), la faisabilité des actions, l'acceptation sociale au sein des populations, etc., et ce, en tenant compte des priorités de santé définies au niveau de la Communauté française.

Peuvent aussi être prises en considération les demandes des écoles (moyennant analyse de la pertinence de la demande et de la faisabilité des interventions en réponse à la demande), ou encore les opportunités des agendas des projets locaux en matière de santé et de social.

Mise en place des activités

Ainsi que l'intégration de ces activités dans les missions « classiques » du PSE (la promotion de la santé en tant que plus-value ou « supplément d'âme » aux activités PSE).

Exemple de tableau organisationnel en quatre colonnes (ou plus) :

Missions	Agents concernés	Actions en promotion de la santé à intégrer	Organisation pratique et échéancier, etc.
Bilans de santé			
Vaccinations			
Etc.			

Evaluation

La littérature sur l'évaluation en promotion de la santé existe et est accessible via notamment les publications des services communautaires de la Communauté française et des institutions internationales francophones. A cet égard, nous rappelons ici l'importance pour le PSE de pouvoir établir un choix d'indicateurs pour l'évaluation du processus mis en place (« qu'avons-nous prévu de faire et qu'avons-nous pu faire ? »), et l'évaluation des résultats (« quels sont les effets directs, indirects, attendus et non attendus de nos actions ? »).

Nous espérons que les quelques suggestions émises ci-dessus pourront constituer un point de départ pour un travail plus approfondi au sein de chaque équipe PSE. Nous sommes à la disposition des acteurs pour une discussion plus pointue sur l'un ou l'autre aspect du texte. Nous sommes conscients du caractère parfois idéal des propositions. Pourtant, nous demeurons optimistes en constatant que des services PSE mettent déjà en œuvre certaines suggestions, sans les nommer de manière explicite. Ainsi, comme nous avons l'habitude de dire à nos partenaires locaux, la promotion de la santé à l'école, c'est de la motivation, de l'imagination créatrice, un peu de rigueur... et beaucoup de bon sens.

Tien Nguyen,

Directeur CLPS Hainaut occidental

Adresse de l'auteur :

rue de Cordes 9, 7500 Tournai.

Tél.: 069 22 15 71. Fax : 069 23 52 50.

Courriel : clps.hainaut.occidental@skynet.be.

Internet : www.clpsho.be.

DONNÉES

Le nouveau *Tableau de bord de la santé* dans le Hainaut

Cette troisième édition du Tableau de bord de la santé du Hainaut présente en détail le diagnostic santé de la population hennuyère. Il s'agit d'une photographie de la situation à un moment donné avec toutefois une mise en perspective historique et des comparaisons avec la situation de l'ensemble de la Région wallonne et de la Belgique.

Ce tableau de bord propose 106 figures, 83 tableaux et 19 cartes de santé. Les données présentées sont issues de plus de 40 sources d'informations. C'est l'association des informations, leurs recoupements, leurs comparaisons qui permettent de donner du sens au diagnostic. Les résultats sont destinés à alimenter la réflexion et surtout l'action et les politiques non seulement en matière

de santé mais également dans tous les domaines qui touchent au bien-être de la population.

A qui est-il destiné ?

Ce document de plus de 200 pages s'adresse à tous les acteurs de santé au sens large : non seulement les professionnels de santé et les scientifiques mais également toutes les personnes qui

ont une responsabilité dans ce domaine : les autorités locales, régionales, communautaires et fédérales; les responsables de CPAS, les échevins, les enseignants, les responsables d'institutions, les travailleurs de l'action sociale.

Dans cette perspective, les auteurs ont veillé à une présentation compréhensible par un grand nombre, notamment en rappelant les définitions des indicateurs utilisés, et en commentant les graphiques, tableaux et cartes.

Le *Tableau de bord de la santé* se structure autour de 7 chapitres : population, mortalité et causes de décès, état de santé, facteurs de santé, offre de soins, consommation de soins, environnement et santé.

Principaux résultats

Chaque année, près de 1800 personnes meurent injustement dans le Hainaut. Il est probable qu'une bonne partie de ces vies seraient épargnées si la situation sanitaire de la province était équivalente à la situation moyenne belge.

L'espérance de vie à la naissance des hommes vivant en Hainaut est de près de 3 ans inférieure à la moyenne de l'ensemble des hommes résidant en Belgique. Pour la femme, la différence est d'un peu plus d'un an. La différence entre l'espérance de vie des hommes du Hainaut et celle des femmes est de près de 8 ans, ce qui est une des plus grandes différences de toute l'Europe.

Le vieillissement de la population hainuyère semble marquer une pause. Le rapport entre le nombre de personnes de 65 ans et plus et celles de moins de 20 ans est resté proche de 0,7 entre 1999 et 2004 alors qu'il est passé de 0,70 à 0,74 pour l'ensemble de la Belgique au cours de la même période. Ce phénomène est partiellement dû à une natalité plus élevée en Hainaut et surtout à une mortalité prématurée (des moins de 65 ans) plus importante que dans le reste du pays. Les données de mortalité et notamment les informations sur les causes de décès peuvent aider à mieux comprendre la situation sanitaire et à définir les priorités en matière de prévention. Au moment de mettre sous presse, les données de mortalité ne sont malheureusement pas disponibles au-delà de 1997 auprès de l'administration concernée.

Globalement, à âge et sexe égal, la probabilité de décès diminue partout dans le pays, mais les inégalités du Hainaut par rapport aux autres régions belges persistent.

En 1997, les principales causes de décès restent les maladies cardiovasculaires (30 % des décès masculins et 39 % des décès féminins) et les cancers (29 % des décès masculins et 21 % des décès féminins). Depuis une vingtaine d'années, la part des décès cardiovasculaires a diminué tant chez les hommes que chez les femmes. Chez ces dernières, par contre, la part des décès par tumeur a augmenté.

La fracture sanitaire ne se marque pas seulement au niveau de la durée de vie mais aussi de la qualité de vie. Les indicateurs socio-économiques du Hainaut sont particulièrement défavorables et contribuent à expliquer cet excès de mortalité et de morbidité dans la province. Les maladies chroniques, souvent invalidantes, sont plus fréquentes dans le Hainaut : 35 % des Hainuyers souffrent d'au moins deux affections chroniques.

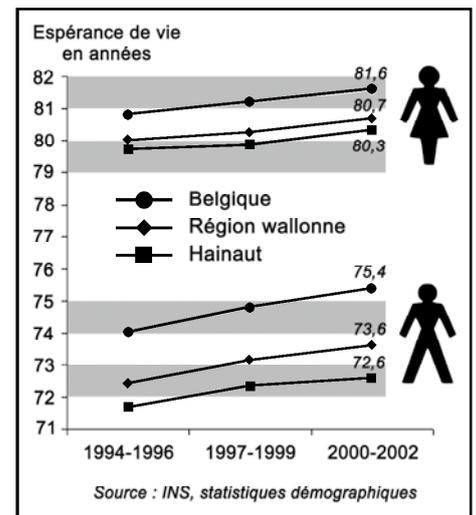
En 2001, 68 % des Hainuyers s'estiment en bonne ou très bonne santé alors que la proportion est de 75 % pour l'ensemble de la Belgique. Ces maladies ont en commun un nombre important de déterminants de santé qui vont des comportements aux conditions de vie et de l'environnement.

En 2001, 57 % des hommes et 45 % des femmes présentent un excès de poids. Ces chiffres sont supérieurs de 10 % à ce qu'on observe pour l'ensemble de la Belgique pour les hommes et de 15 % chez les femmes. Chez les jeunes de l'enseignement secondaire, en 2004, un sur 4 présente un excès de poids. Cette proportion, assez élevée, semble toutefois relativement stable (à vérifier dans les années à venir) depuis 1997 contrairement à ce qui est décrit dans d'autres régions européennes.

En lien avec cette problématique, 46 % de la population hainuyère de 15 ans et plus courent des risques pour leur santé par manque d'activité physique. En Hainaut, globalement, au moins une personne sur 2 ne consomme pas de fruit au moins une fois chaque jour. Trois Hainuyers sur 4 consomment quotidiennement des légumes, comme dans les autres régions du pays. Entre 15 et 34 ans, une personne sur 3 ne prend pas de petit déjeuner. L'absence de petit déjeuner est l'un des facteurs associés à l'excès de poids dans la littérature internationale.

Parmi les autres comportements liés à l'état de santé, la consommation de tabac touche davantage d'hommes hainuyers que dans l'ensemble de la Belgique. Pour les femmes, c'est l'inverse. Globalement, en Hainaut, 24,8 % des décès masculins (soit 1900 décès en moyenne par an) et 7 % des décès féminins (soit 537 décès en moyenne par an) ont un lien avec la consommation de tabac. Chez les jeunes, on observe une diminution de la proportion de fumeurs quotidiens depuis 1997 (à vérifier dans les années à venir).

En ce qui concerne la consommation d'alcool, on observe une consommation variée et précoce chez les jeunes. La fréquence de la consommation des alcools a pris le pas sur celle de la bière. A 11 ans, 13 % des garçons et 6 % des filles déclarent avoir déjà été ivres. Le nombre de décès liés à la consommation d'alcool est difficile à estimer. On l'évalue à 12,5 % des décès masculins (966 décès en moyenne par an) et 3,1 % des décès féminins (242 décès en moyenne par an).



L'offre et la consommation de soins présentent également en Hainaut un visage légèrement différent du reste du pays. La densité de médecins généralistes, médecins spécialistes et dentistes est plus faible que dans l'ensemble de la Belgique. Les professionnels de la santé y sont globalement plus âgés et la féminisation est moins marquée. La consommation des soins préventifs est très bonne en Hainaut : la couverture vaccinale des enfants comme celle des adultes (grippe et tétanos) est comparable au reste de la Belgique. Plus de 60 % des femmes de 50 à 69 ans déclarent pratiquer le dépistage du cancer du sein, sous forme du mammothest (programme de la Communauté française) ou de mammographie. Mais les objectifs du programme sont encore loin d'être atteints.

Le *Tableau de bord de la santé 2006* aborde la santé environnementale pour la première fois. A ce titre, il reprend une série de définitions utiles et des informations issues de l'Enquête nationale de santé et de l'enquête socio-économique 2001 (recensement) concernant entre autres la perception des nuisances par la population. Globalement, environ 28 % des habitants du Hainaut se plaignent d'être dérangés par le bruit. La moitié d'entre eux en éprouvent des répercussions sur leur sommeil et un tiers d'entre eux seraient même prêts à déménager. Cet exemple sur le bruit illustre les interactions entre la santé et l'environnement dont l'importance est de plus en plus mise en évidence dans la littérature internationale.

Le souhait est que ce *Tableau de bord de la santé 2006* contribue aux débats et réflexions. La prise en compte de la dimension santé et bien-être dans l'ensemble des politiques semble primordiale. Les inégalités de santé s'estomperont lorsque les inégalités tout court diminueront.

D'après un communiqué de presse de l'Observatoire de la santé du Hainaut

L'éducation relative à la santé environnementale : un nouveau champ en émergence ?

« Air, eau, lieux », Hippocrate envisageait déjà la relation entre l'environnement et la santé humaine. Aujourd'hui, l'amélioration de la santé en lien avec l'environnement est devenue une réalité et se retrouve pleinement dans la définition de la promotion de la santé telle qu'elle est énoncée dans la Charte d'Ottawa. Cette Charte fait d'ailleurs référence au souci de créer des « milieux favorables à la santé » tant au sens écologique du terme, mais aussi sur le plan de l'urbanisme, du logement, du travail, des loisirs, etc.

Les problèmes de santé liés à l'environnement ne sont pas de nature ponctuelle, mais s'inscrivent souvent dans un cadre social, culturel, économique et historique plus vaste. Une approche impliquant la participation des communautés en santé permet dès lors de reconnaître le caractère unique de chaque collectivité dont la santé repose entre autres sur son milieu de vie. Cette approche communautaire en santé environnementale est aussi une manière d'amener les membres de la communauté à identifier des problèmes d'importance qui les touchent et de mettre au point une stratégie pour atteindre leurs objectifs de changements dans leurs habi-

tudes individuelles et collectives. Cette façon de procéder peut donc susciter un sentiment de prise en charge commune des responsabilités et des décisions. Lorsqu'une telle dynamique communautaire est en place, les occasions d'apprentissage se multiplient et renforcent le sentiment d'appartenance, de solidarité dans l'ensemble de la communauté.

Un des objectifs centraux de l'éducation relative à la santé environnementale vise à augmenter la capacité des individus à s'approprier les savoirs et à autogérer leur environnement dans une perspective de santé. C'est dans ce sens que, pour répondre aux dangers de santé en lien avec l'environnement, plusieurs auteurs (Freudenbergh, 2004; Crosier Kegler et coll., 2004; Sauvé et Godmaire, 2004; Labonte, 1995) estiment justement qu'il faut mettre l'accent sur cette dimension communautaire.

Les quelques cas de promotion de la santé environnementale – et les démarches éducatives qui y sont associées – analysés dans ce dossier s'inscrivent pleinement dans ces axes. Cependant, une des difficultés majeures est que ces projets s'étalent dans le long terme et requièrent plusieurs années pour observer un impact

et/ou un changement au sein des communautés. Or, trop souvent nous nous trouvons dans des situations d'urgence.

La démarche proposée est de faire participer davantage la communauté aux choix et aux prises de décisions. Elle privilégie la prévention, la promotion de la santé et la qualité de vie dans un environnement sain. Nous partons de l'idée que des questions aussi complexes que celles qui concernent la santé en lien avec l'environnement doivent être envisagées par tous les membres de la communauté si l'on veut susciter une dynamique de changement. Selon nous, aucune personne, aucune organisation ni même aucun secteur ne peut contribuer à améliorer la santé en lien avec l'environnement sans obtenir d'abord la collaboration et l'engagement de l'ensemble des personnes concernées par les problèmes.

VAN STEENBERGHE E., DOUMONT D., *L'éducation relative à la santé environnementale : un nouveau champ en émergence ? Ucl, Faculté de Médecine, Reso - Unité d'éducation pour la santé, décembre 2005, (Série des dossiers techniques; réf. 05-37).*

Impact sur la santé des différents polluants : quels effets à court, moyen et long terme ?

De nombreuses activités humaines, qu'elles soient industrielles, chimiques, agricoles, voire domestiques, sont responsables de dégradations de l'environnement

(réchauffement de la planète, changements climatiques et perturbations des écosystèmes, diminution de la couche d'ozone, pollution des sols et des eaux mais également de l'air, etc.). Ces « menaces environnementales » constituent un risque majeur pour la santé de l'homme (apparition et/ou recrudescence de pathologies diverses : maladies cancéreuses, maladies infectieuses, malformations congénitales, pathologies cardio-vasculaires et respiratoires, diminution de la qualité de vie et du bien-être, etc.).

Certaines « pollutions », plus insidieuses que d'autres, mettront plusieurs décennies avant de « déclarer » leurs effets néfastes. Pour d'autres, ce sera la combinaison de plusieurs polluants qui interagira auprès de l'homme et de son environnement.

Le cabinet de la Ministre de la Santé de la Communauté française de Belgique, fréquemment interpellé par des problèmes de santé environnementale et ce dans un certain nombre de domaines (décharges communales, surveillance sanitaire des riverains, pollution des sols, évaluation des pollutions intérieures dans les centres d'accueil de la petite enfance, contamination par le plomb, dégradation du bien-être et de la qualité de vie, etc) a sollicité l'Unité d'Education pour la Santé (UCL-RESO) afin de réaliser une revue de littérature centrée sur l'impact sanitaire des différents polluants dans les pays industrialisés. Ce dossier technique, non exhaustif, s'intéresse à l'environnement en général (l'air, l'eau, les sols contaminés et décharges, les polluants chimiques, les changements climatiques), à l'habitat (le bruit, les moisissures, le monoxyde de carbone) et à l'environnement de travail (l'amiante et les moisissures).

DOUMONT D, LIBION F., *Impact sur la santé des différents polluants : quels effets à court, moyen et long terme ?*, Unité RESO, Education pour la Santé, Faculté de Médecine, UCL, janvier 2006, (Série de dossiers techniques; réf. 06-38).

Les dossiers techniques sont consultables sur le site <http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso>. Ils peuvent aussi être commandés à l'adresse suivante : UCL, Faculté de médecine - Ecole de santé publique, Unité d'éducation pour la santé RESO, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles.

Contact : M^{me} Dominique Doumont, tél. 02 764 50 76, courriel dominique.doumont@reso.ucl.ac.be.

Sourire pour tous

La Fondation pour la santé dentaire est le département prévention de la Société de médecine dentaire. Son objectif est d'aider la population à adopter une démarche préventive en vue de conserver ou de retrouver une bonne santé bucco-dentaire.

En 2004, le Ministre de la santé et l'INAMI ont conclu un accord avec la Fondation, pour mener une expérimentation visant à réduire les inégalités sociales dans l'accès aux soins. L'expérience-pilote s'appelle « Dentipass », et la campagne de communication qui l'accompagne *Sourire pour tous*.¹

Son objectif premier était de faciliter le recours aux soins dentaires, particulièrement pour les enfants de milieux fragilisés. Depuis le 1^{er} septembre 2005, l'obstacle financier aux soins a été levé : les visites préventives et les soins dentaires sont gratuits jusqu'au 12^e anniversaire. Mais la santé dentaire, ce ne sont pas seulement les soins réalisés par le dentiste. Ce sont aussi et surtout les bonnes habitudes prises tôt : favoriser l'eau comme boisson pour diminuer la consommation des boissons sucrées, bien se brosser les dents en insistant sur la durée du brossage plutôt que sur le goût agréable du dentifrice, limiter au maximum la consommation de sucres en privilégiant les fruits, et rendre une visite préventive à son dentiste deux fois par an.

Pour sensibiliser les enfants, et donc toucher les familles, *Sourire pour tous* utilise le concept de « classe-pilote » : plutôt que de vouloir modifier les comportements de façon individuelle, le changement passe par un projet de classe, un « défi » relevé par une classe, qui ira ensuite témoigner auprès des autres classes de l'école. *Sourire pour tous* propose des expériences-pilotes faciles à réaliser en classe, sur une durée d'un mois. Les enseignants trouveront sur son site les dossiers pédagogiques de trois défis à relever (de l'eau comme seule boisson à l'école, le brossage des dents chaque jour en classe, des fruits variés comme collation) ainsi que des fiches adaptées à chaque âge.

Sourire pour tous a confié aux enfants eux-mêmes la communication des messages santé et des expériences-pilotes menés dans leur école : le projet Spots TV a été mis sur pied. Durant l'année scolaire 2005-2006, les élèves de cinq classes de trois écoles primaires (l'école communale Prince Baudouin et l'école Saint-Henri à Woluwe-St-Lambert, et l'école com-

munale des Cèdres à Watermael-Boitsfort) ont travaillé avec l'asbl CTV Médias sur le langage médiatique (décodage des médias, analyse critique de la publicité, initiation au langage vidéo, initiation aux techniques...). Ils ont ensuite créé 9 messages audiovisuels, ont réalisé les scénarios, les décors, ont participé au tournage des spots. Seul le montage a été réalisé par des professionnels.

Le résultat est étonnant de spontanéité, d'humour, et de qualité audiovisuelle. La Communauté française a été séduite, puisqu'elle a accordé aux spots des espaces gratuits en télévision : les spots ont déjà été diffusés sur différentes chaînes belges en octobre et en novembre 2006 et repassent depuis le 1^{er} janvier.

Les 9 spots peuvent être visionnés sur le site www.sourirepourtous.be.

Pour tout renseignement, contactez la Fondation pour la santé dentaire, avenue De Fré 191, 1180 Bruxelles.

Courriel : info@sourirepourtous.be.

MVA



Maquillage pour le spot préhistoire (Ecole communale Prince Baudouin)

Les 9 spots

Frigo-jeu

Préférer l'eau aux sodas, préférer les fruits comme collation, éviter le grignotage.

CQFD

Expliquer le rôle des bactéries et du sucre dans la carie.

Superbross'

Prendre conscience de l'envahissement de la consommation des boissons sucrées et des CCC (chips, cola, chocolat) à l'école. Importance du brossage des dents 2 fois par jour.

JT

Prendre conscience que, pour que le brossage soit efficace, sa durée doit atteindre 2 minutes. Informer entre autres les enseignants de l'expérience-pilote « nous brossons à l'école ».

Visite spéléo

Prendre conscience de ce qui se passe en bouche avec les sucres. Promotion des collations saines. Informer entre autres les enseignants de l'expérience-pilote « collations saines » à mener en classe.

Etat-major 1 et 2

Prendre conscience des relations entre consommation de boissons sucrées et caries, attaque

acide. Expliquer le rôle du brossage. Informer entre autres les enseignants de l'expérience-pilote « nous brossons à l'école ».

Sodaciens

Prise de conscience des relations entre consommation de boissons sucrées et caries. Promouvoir l'eau comme boisson à l'école. Informer entre autres les enseignants de l'expérience-pilote « l'eau comme boisson à l'école, une question de santé ».

Sourire de star

Prendre conscience du rôle social d'un beau sourire et de belles dents. Mais aussi que cela se « travaille » (se mérite, s'entretient). Faire comprendre aux parents et aux enfants l'importance des consultations préventives chez le dentiste. Faire connaître la gratuité des visites et des soins pour les moins de 12 ans.

Préhistoire

Prendre conscience des conséquences de la négligence des dents. Faire comprendre aux parents et aux enfants l'importance des consultations préventives chez le dentiste. Faire connaître la gratuité des visites et des soins pour les moins de 12 ans.

¹ Voir l'article de Myriam Marchand, « Sourire, un privilège ? », paru dans *Education Santé* n°188, de mars 2004.

Le tabac, arme de destruction massive

Ce film d'une durée de 30 minutes a déjà fait pas mal parler de lui.

Au moment où la Communauté française a décidé d'interdire totalement le tabagisme à l'école¹, ce document vidéo produit par le GSARA et réalisé par **Philippe Cornet** a pour objectif d'informer les adolescents de 12 à 18 ans sur le tabagisme. Son ambition est de susciter une prise de conscience du rôle que joue la consommation de tabac dans la vie des jeunes, et d'évoquer les alternatives possibles. Le but est aussi d'inciter les jeunes à rester responsables dans la gestion de cette consommation s'ils sont déjà 'accros'.

Le tabagisme des jeunes dépend de facteurs individuels mais aussi plus largement de l'environnement social dans lequel ils évoluent. Les choix individuels ne sont pas aussi libres que les jeunes l'imaginent, ils sont influencés par les stratégies commerciales de l'industrie du tabac. Le document part de témoignages de jeunes fumeurs, et vise notamment à casser l'image valorisante du fumeur en recourant à un ressort traditionnel de la lutte anti-tabac, à savoir mettre concrètement les jeunes en présence des conséquences médicales gravissimes du tabagisme, qui leur sont exposées et montrées par des spécialistes. A côté de cela, le document vise aussi à la dénormalisation de l'industrie du tabac, dont les mensonges et les manipulations chimiques du produit sont évoqués.

« Arme de destruction massive » s'inscrit dans la ligne du travail de prévention de la Fondation

Rodin, dont certains se souviennent sûrement de la campagne choc de 2004, « La vérité sans filtre »². Cette approche qui suggère que la confrontation avec les conséquences d'un comportement néfaste pour la santé peut inciter les gens à renoncer à ce comportement est très utilisée dans les pays anglo-saxons. Elle fait moins l'unanimité chez nous, tant pour des raisons de questionnement sur son efficacité que pour des raisons éthiques.

Toxic-Corp

Le tabac tue un fumeur sur deux. L'industrie du tabac compte sur vous pour les remplacer.

Sur le même sujet, signalons l'initiative de l'INPES et de l'Alliance contre le tabac qui ont choisi de communiquer vers les jeunes sur un ton humoristique grinçant avec une fausse campagne de recrutement de nouveaux fumeurs appelés à remplacer ceux qui décèdent prématurément. En visitant virtuellement l'entreprise Toxic-Corp, l'internaute est amené à découvrir les stratégies perverses de l'industrie de façon à la fois ludique et percutante. Le faux spot TV est particulièrement réussi!

Pour en savoir plus : www.toxic-corp.fr.
Merci à Elise pour l'info.

Pour nuancer le propos, le DVD est accompagné d'un livret pédagogique réalisé par l'asbl Question Santé en tant que Service communautaire de promotion de la santé. Ce dossier s'appuie sur les réactions d'une cinquantaine de jeunes âgés de 15 à 20 ans, fumeurs et non-fumeurs, à la projection du film.

Il aborde les réalités individuelles (première cigarette, prise d'habitude, ne plus pouvoir s'arrêter, dépendance physique et psychologique, demande de sevrage) et le contexte environnemental (industries du tabac, publicité, rôle ambigu de l'Etat, à la fois adversaire et bénéficiaire du tabac, aspects légaux, cohabitation fumeurs - non-fumeurs).

Ces deux aspects du phénomène sont illustrés de paroles de jeunes, qui témoignent de la volonté des auteurs de leur permettre de s'approprier la question avec leur propre langage.

Christian De Bock

« Arme de destruction massive », DVD réalisé par Philippe Cornet, 2005, 30'. GSARA, rue du Marteau 26, 1210 Bruxelles.

Tél.: 02 218 58 85. Fax : 02 217 29 02.

Courriel : info@gsara.be. Internet : www.gsara.be

1 Voir Education Santé n° 216, octobre 2006, pour le texte du décret et l'article 'Le tabac totalement banni de l'école', par Bernadette Taeymans.

2 Voir DE BOCK C., « Evaluation d'une campagne antitabac en Belgique », Education Santé n° 200, avril 2005

Histoires sans clope...

Une façon intelligente de valoriser le fonds que constitue la Collection Education pour la santé de la Médiathèque est de publier des petits catalogues thématiques à côté de la 'brique' qu'est le catalogue complet (réédité en 2006). Deux documents sont déjà parus, l'un consacré à l'alimentation, l'autre au handicap.

Aujourd'hui, la Médiathèque nous propose une sélection d'outils audiovisuels et pédagogiques pour la prévention du tabagisme chez les jeunes. Élément positif, la brochure d'une bonne centaine de pages cite non seulement les ressources de la Médiathèque mais aussi des outils pédagogiques retenus par l'Outilthèque gérée par la Mutualité socialiste, tout en s'appuyant sur l'expertise du Fares. De quoi donner une information plus complète aux adolescents et aux intervenants qui souhaitent aborder le sujet

avec eux. Ils y trouveront des informations générales, ainsi que sur les dimensions psychologiques et relationnelles du tabagisme, sur la tactique de dénormalisation de l'industrie par les activistes antitabac, sur la législation, le plaisir lié à la cigarette, et les méthodes de sevrage. On y retrouve notamment le documentaire de **Nadia Collot**, 'Tabac, la conspiration' (très remarqué lors de ses diffusions à la télé l'an passé), et un sketch de l'excellent **Gad Elmaleh**, mais pas le DVD présenté ci-dessus...

Catalogue 'Histoires sans clope...', disponible gratuitement à la Médiathèque, Collection Education pour la santé, place de l'Amitié 6, 1160 Bruxelles. Courriel : thematiques@lamediatheque.be. Aussi téléchargeable sur www.lamediatheque.be.



Promotion de la santé

Liège

A partir du 19 janvier 2007

Formation en promotion de la santé organisée par le Centre liégeois de promotion de la santé et l'asbl Repères; 4 journées de sensibilisation suivies de 6 demi-jours d'ateliers d'échanges de pratiques. Pour tout acteur concerné par la promotion de la santé : équipes PSE, PMS, planning, éducateurs, acteurs sociaux, aides soignantes, soins à domicile, maisons médicales, acteurs de prévention, centres d'accueil. Dates : 19/01, 02/02, 16/02, 09/03/2007 + 30/03, 20/04, 11/05, 29/06, 07/09, 21/09/2007. Coût : 100 €. Renseignements et inscriptions : 010 457 331.

Epilepsie

Havré

25 janvier 2007

Dans le cadre de ses Midis Santé, l'Observatoire de la santé du Hainaut organise une conférence intitulée « Aspects médicaux et psycho-sociaux de l'épilepsie », par Mesdames Foulon (CHU Charleroi) et Dario (Ligue francophone belge contre l'épilepsie). Lieu : Observatoire de la Santé du Hainaut, Espace Rencontres (2^e étage), rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré (de 12h00 à 14h00). Renseignements : 065 87 96 14 ou sur le site <http://www.hainaut.be/sante/observatoiresante/>.

Suicide

Bruxelles, Mons, Saint-Hubert, Saint-Servais et Wavre

1^{er} et 2 février 2007

Le Centre de prévention du suicide organise, les 1^{er} et 2 février 2007, les quatrièmes « Journées de la prévention du suicide en Communauté française ». Cette campagne de sensibilisation et de concertation générale sur le suicide a lieu chaque année en Belgique francophone, conjointement aux campagnes de même type menées en France, au Canada et en Suisse. Le jeudi 1^{er} février, à 20h00, des soirées grand public « Le suicide parlons-en ?! » prendront place simultanément à Bruxelles, Mons, Saint-Hubert, Saint-Servais et Wavre. Ces rencontres, introduites par un court-métrage, permettront à toute personne qui le désire d'interpeller et d'échanger avec des professionnels locaux de la prévention. Par ailleurs, dans un but de concertation avec les acteurs concernés, le Centre de prévention du suicide organise le vendredi 2 février, à Bruxelles, une journée d'étude sur le thème du « suicide au masculin ». Les questions d'une vulnérabilité particulière des hommes face au passage à l'acte suicidaire (les hommes se suicidant trois fois plus que les femmes) seront abordées dans une approche pluridisciplinaire et feront l'objet d'ateliers pratiques. Renseignements : Centre de Prévention du Suicide, Place du Châtelain 46, 1050 Bruxelles. Tél. 02 650 08 69. Courriel : cps@preventionsuicide.be. Site : www.preventionsuicide.be

Maladie cœliaque

Tournai

1^{er} février 2007

La maladie cœliaque est-elle sous-estimée ? Conférence - débat et témoignages sur le thème de la maladie cœliaque ou intolérance au gluten, par le Docteur Antoine Nakad et le Docteur Sophie Pierard, le jeudi

1^{er} février 2007 à 20 heures à Notre-Maison, Avenue des Etats-Unis, 10, 7500 Tournai. La cœliaquie est une maladie négligée, sous-traitée. Il s'agit d'une intolérance au gluten qui concerne un belge sur 300. Souvent considérée comme une maladie d'enfant, elle peut cependant se déclarer à l'âge adulte. Comment la diagnostiquer ? Quelles sont les nouveautés dans sa prise en charge ? Ces questions seront abordées parmi d'autres. Ces informations seront complétées par des témoignages, un stand d'information, des conseils diététiques... Entrée gratuite. Pour tout renseignement complémentaire, Mutualité chrétienne Hainaut-Picardie, Guy Delobel, tél.: 069 25 62 64. Courriel : guy.delobel@mc.be

Promotion de la santé

Bruxelles

A partir du 2 février 2007

Formation en promotion de la santé organisée par le CLPS de Bruxelles et l'asbl Repères; 4 journées de sensibilisation suivies de 6 demi-jours d'ateliers d'échanges de pratiques. Pour tout acteur concerné par la promotion de la santé : équipes PSE, PMS, planning, éducateurs, acteurs sociaux, aides soignantes, soins à domicile, maisons médicales, acteurs de prévention, centres d'accueil. Dates : 02/02, 16/02, 09/03, 30/03/2007 + 20/04, 11/05, 08/06, 29/06, 07/09, 21/09/2007. Coût : 100 €. Renseignements et inscriptions : 010 457 331.

Développement durable

alimentation

Liège

2, 3 et 4 février 2007

Outils et techniques d'animation : le développement durable au travers de l'alimentation. Formation de 3 jours en résidentiel (2, 3 et 4 février 2007) organisée par le CRIE de Liège - Education-Environnement asbl, avec le soutien du Ministre de l'Environnement. Objectifs : explorer et expérimenter diverses façons de concevoir et d'animer des activités relatives à l'alimentation; parcourir l'alimentation sous le concept du développement durable : acquérir des outils et des techniques d'animation; favoriser la réflexion et l'analyse critique. Cette formation s'adresse aux animateurs désireux de concevoir ou d'approfondir des activités de sensibilisation à l'alimentation, son lien avec le développement durable : personnes relais, acteurs de l'Education relative à l'Environnement et des ONG, animateurs socioculturels et de mouvements associatifs, enseignants... En pratique : trois jours en résidentiel du vendredi 2 février à 17h au dimanche 4 février à 16h. Les activités du soir se terminent aux alentours de 21h30 et reprennent le lendemain matin à 9h. Lieu : Espace Belvaux, rue Belvaux 189, 4030 Grivegnée. Tarifs : 60 euros (logement et repas compris) Formatrices : Françoise Lorent, pour Education-Environnement asbl et Vanessa Rasquet, pour le CRIE de Liège. Inscription avant le 22 janvier 2007. Attention, nombre de places limité. Pour que votre inscription soit effective, il convient de verser les 60 € au compte Triodos 523-0412351-79

d'Education-Environnement asbl avec les mentions Nom + prénom +DD alimentation et d'avertir de votre inscription.

Renseignements et inscriptions : CRIE de Liège - Education-Environnement asbl, Centre Régional d'Initiation à l'Environnement, rue Fusch 3, 4000 Liège. Tél.: 04 250 75 00. Courriel : crie.liege@education-environnement.be. Site : www.education-environnement.be/crie

Tabagisme

Bruxelles

A partir du 22 février 2007

Formation tabagisme et entretien motivationnel pour les professionnels de santé, organisée par le FARES. Module de base (3 jours) : 22-23 février et 8 mars 2007, de 9h à 17h. Journée d'échange d'expériences : 23 avril 2007 Maximum 14 participants par module. Lieu de la formation : FARES asbl, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles (près de la place Stéphanie, à 5 minutes de la place Louise). Coût du module de base : 150 €. Coût du module d'échanges d'expériences : 50 €. A verser au numéro de compte 310-0293678-48 avec en communication : EM/[votre nom/date choisie]. Inscriptions auprès de M^{me} Vasco Pina Adriana, tél.: 02 512 29 36 ou adriana.vascopina@fares.be.

Assuétudes - rapport

L'asbl Eurotox remplit les missions d'Observatoire socio-épidémiologique Alcool-drogues en Communauté française et est l'un des quatre sous-points focaux belges de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). Son troisième rapport sur l'usage des drogues en Communauté française, qui vient de paraître, est basé sur les données de 2004 et 2005. Il expose :

- le cadre légal et organisationnel concernant les assuétudes (compétences, financement, stratégies politiques...) et les développements législatifs récents;
- les données épidémiologiques concernant la population générale ou des publics plus ciblés, ainsi que les conséquences sociales (ou sur la santé) liées aux drogues;
- promotion de la santé, prévention et réduction des risques.

Il développe également, pour la première fois, un dossier sur un sujet particulier : ce premier dossier traite de l'alcool.

Nous y reviendrons dans un prochain numéro. Pour l'obtenir : Eurotox asbl, tél.: 32 (0)2 644 22 00, courriel : eurotox@skynet.be. Le rapport peut aussi être téléchargé à partir du site (en construction) : www.eurotox.org

Bonne année!

L'équipe d'Education Santé vous souhaite une excellente année 2007, riche en rencontres, expériences et projets les plus intéressants et enthousiasmants les uns que les autres. Et pourquoi pas vous joindre à nous pour les communiquer au plus grand nombre ? N'hésitez plus, contactez-nous, nous vous aiderons à publier vos articles ou vos informations brèves. Une adresse : education.sante@mc.be; un numéro de téléphone : 02 246 48 51.



Rubriques

Qualité de vie

Prévenir les grossesses non désirées chez les adolescentes
Travailler sur les déterminants personnels et familiaux,
Denis Dangaix

L'accueil au Planning familial de Paris : « anonyme, gratuit et sans jugement », *Denis Dangaix*

Aide à l'action

Pays de la Loire : former les professionnels pour prévenir le suicide

Repérer les risques, au plus près du territoire, *Juliette Daniel, Anne Le Gall*

« Depuis 2002, nous avons formé huit cents personnes ressources au repérage de la crise suicidaire », *Entretien avec Kahina Yebbal*

« Cessons de ne pas entendre ce qu'ils essaient de nous dire! », *Entretien avec Martine Métivier*

« Faire réfléchir les adolescents sur les stéréotypes du masculin/féminin », *Trois questions à Maité Albagly*

« Ne pas faire du désir d'enfant un sujet tabou », *Entretien avec le Pr Patrick Alvin*

Fil Santé Jeunes : une écoute personnelle sur la sexualité, *Pauline Savoye*

Aider une adolescente à choisir sa contraception : recommandation aux professionnels, *Cécile Fournier*

La santé en chiffres

Le Baromètre santé 2005 ausculte la santé des Français, *Philippe Guilbert*

Cinésanté

Million Dollar Baby : débattre sur la prise de risques, *Michel Condé*

L'abonnement à *La Santé de l'Homme* (6 numéros par an) est de 28 € pour la France métropolitaine et de 38 € pour la Belgique.

Pour tout renseignement : *La Santé de l'Homme*, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 42 Bd de la Libération, F-93203 Saint-Denis cedex. Tél. 1 49 33 22 22. Fax 1 49 33 23 90.

Internet : www.inpes.sante.fr

Initiatives

Hyperactivité à l'école,
par *Carine Maillard* 2
Contraception, le retour de Laura 5
Un projet pilote de dépistage
du risque cardio-vasculaire global,
par *Jean Laperche et Valérie Hubens* 7
Mutualités chrétiennes 1906 - 2006 :
100 ans de solidarité 8

Réflexions

Pour une éthique et une santé
des réseaux, par *Michel Kesteman* 9

Locale

Conception et élaboration
d'un projet de service PSE,
par *Tien Nguyen* 13

Données

Le nouveau *Tableau de bord
de la santé* dans le Hainaut 14

Documentation

L'éducation relative à la santé
environnementale 16
Impact sur la santé des différents
polluants : quels effets ? 16

Vu pour vous

La campagne médiatique *Sourire pour
tous*, par *Maryse Van Audenhaege* 17
Le tabac, arme de destruction massive,
par *Christian De Bock* 18
Histoires sans clopes 18

Brèves

19

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique, 50 € pour 22 numéros pour l'étranger. Paiement par virement bancaire sans frais. RIB : GKCCBEBB. IBAN : BE 60 7995 5245 0970. Si paiement par chèque, ajouter 20 € pour les frais bancaires.

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 Spièce (02-515 05 85, catherine.spiece@mutsoc.be).

Rédaction : Maryse Van Audenhaege, Carole Feulien.

Ont collaboré à ce numéro : Valérie Hubens, Michel Kesteman, Jean Laperche, Carine Maillard, Tien Nguyen.

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, Roger Lonfils, Carine Maillard,

Paul Sonkes, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorne, Christian Van Rompaey.

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

Editeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2.200 exemplaires.

Diffusion : 1.900 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

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

Pour tous renseignements complémentaires :

Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 48 52. Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Internet : www.educationsante.be

Courriel : education.sante@mc.be

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

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

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

Notre site adhère à la Plate-forme www.promosante.net.

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



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