



Promotion de la santé dentaire en pages 9 et 15

Promotion de la santé à l'école : une journée pour lancer officiellement le « projet de service »

Introduction

Le 31 janvier dernier, un peu plus de 200 acteurs des services PSE et centres PMS étaient réunis à Charleroi, sur invitation de la Ministre Catherine Fonck, pour une journée de travail consacrée au projet de service.

Ces précisions sur le projet de service étaient fort attendues dans les équipes... La journée a donc été préparée pour favoriser au maximum, dans un temps limité, la découverte et l'appropriation des informations par les participants. La CAP-PSE (groupe de concertation des organismes offrant un appui aux équipes PSE et CPMS pour la rédaction de leur projet de service) s'est beaucoup investie dans la préparation de ce temps de travail, qu'elle a voulu participatif, interactif et ouvert aux questions des participants.

Au-delà d'une simple présentation des textes officiels, cette journée avait pour objectifs de :

- clarifier la notion de projet de service et favoriser son appropriation par les participants;
- faire percevoir l'intérêt de la rédaction et les étapes de préparation du projet de service;
- identifier les difficultés et les ressources des centres et services pour ce faire;
- présenter l'existence d'organismes-appui.

Après un bref exposé, en plénière, du contenu des textes officiels concernant le projet de service, la journée a fait la part belle aux travaux en ateliers.

Un premier temps d'ateliers a permis une découverte et une appropriation des textes sur base de quelques extraits choisis. En deux heures, ce travail collectif a fait émerger bon nombre de questions, qui ont été reflétées

dans d'autres écrits : un article est paru dans le journal « Promouvoir la santé à l'école » du mois de mars 2007 (disponible en téléchargement sur le site www.questionsante.org, rubrique [Publications] et une « Foire Aux Questions » sera prochainement disponible sur le site de la Direction générale de la santé (www.sante.cfwb.be).

Notons, à titre d'exemple, des questions concernant l'échéancier et les destinataires du projet de service (peut-on repousser la date butoir du 1^{er} octobre ? Que vont faire tous ces partenaires avec notre projet de service ?...); des questions sur le contenu du projet de service (comment tenir compte des attentes des écoles dans notre projet ? Que doit-on évaluer ?...); des questions sur la coexistence, pour les CPMS de la Communauté française, du projet de service et du projet de centre; etc.

L'après-midi a été consacré à dégager des éléments concrets pour la construction du projet de service, puis à identifier les ressources (leviers) et les difficultés (freins) posées par celui-ci et à préciser les demandes d'appui des services et centres. Ces éléments sont également repris dans l'article susmentionné.

Après chaque atelier, les rapporteurs se sont réunis pour mettre en commun les principaux apports, débats et questions, qui ont ensuite été reflétés et commentés en séance plénière. Certaines questions ont pu ainsi trouver en plénière des éléments de réponse.

La journée s'est clôturée par une présentation des personnes et organismes ressources qui peuvent fournir un appui à la conception et à la rédaction du projet de service.



Photo © Irofix

Participation à la journée et participation à l'évaluation

La journée a donc compté un peu plus de 200 participants (plus une quarantaine d'organismes et d'animateurs d'ateliers). Ainsi, 106 équipes/antennes étaient représentées, sur un total de 143 équipes/antennes, PSE et CPMS confondus. Un questionnaire d'évaluation de la journée a été rempli par 155 personnes, ce qui équivaut à un taux de réponse de 65 %. Cet article en présente les principaux résultats.

Les répartitions évoquées ci-dessous ne sont donc pas nécessairement représentatives de l'assistance sur un plan statistique, mais elles reflètent bien la diversité constatée lors des échanges.

Les répondants sont répartis entre trois-quarts de services PSE et un quart de centres PMS.

Les Provinces / Régions les plus représentées sont le Hainaut, Bruxelles et Liège (respectivement 28, 24 et 22 %), qui totalisent ensemble les trois-quarts des répondants. Arrivent ensuite Namur (14 %), le Brabant wallon (10 %) et le Luxembourg (2 %).

Les infirmières étaient nombreuses parmi les répondants (95), mais on notera la présence de 37 médecins, 13 directeurs de CPMS et 6 assistantes sociales, présence encourageante vu la thématique de la journée. En effet, leur implication dans le projet de service peut paraître moins évidente au premier abord; nombre d'entre eux se sentent, au départ, peu concernés par ce fameux projet, que ce soit

Projet de service : ce qu'il faut en retenir...

L'intention sous-jacente...

Le projet de service encourage les équipes à intégrer la démarche de promotion de la santé dans leurs activités quotidiennes, relatives à l'ensemble de leurs missions. Il s'agit donc de mettre en œuvre leurs missions dans une optique de promotion de la santé, en y apportant une « coloration » particulière, une « coloration promotion de la santé ».

Quelle « coloration » ?

Un petit détour par quelques textes fondateurs du concept de promotion de la santé permet d'isoler quelques critères de qualité, tels que :

- considérer la santé dans son aspect global en y incluant le bien-être physique, mental et social;
- prendre en considération les différents déterminants de la santé;
- lutter contre les inégalités de santé;
- aider les personnes à être davantage acteurs de leur santé;
- privilégier l'engagement et la participation de la population;
- prendre en compte le cadre de vie des individus;
- développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel.

Projet de service : les textes officiels

Le décret du 20 décembre 2001 fixe les missions suivantes pour les services PSE et centres PMS de la Communauté française (Art. 2) : « La promotion de la santé à l'école consiste en :

- 1° la mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé;
- 2° le suivi médical des élèves, qui comprend les bilans de santé individuels et la politique de vaccination;
- 3° la prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles;
- 4° l'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires. »

L'article 5 précise alors :

« Les programmes de promotion de la santé sont réalisés en fonction du projet-santé élaboré, après avis du conseil de participation et du chef d'établissement et/ou du pouvoir organisateur, par le personnel du centre ou du service. »

Les services PSE et centres PMS tombent donc sous l'obligation d'élaborer dans toutes leurs écoles sous tutelle des projets-santé.

Le 20 juillet 2006, un nouveau décret introduit une série de modifications au texte précédent. Entre autres éléments, l'article 5 du décret du 20/12/2001 (et donc l'obligation de réaliser des projets-santé dans l'ensemble des écoles sous tutelle) est abrogé et un nouvel article est inséré : « Art. 3

§ 1^{er}. [...] le centre / le service élabore au moins un projet de service pour l'ensemble des établissements scolaires relevant de son ressort d'activités.

§ 2. Le projet de service visé au § 1^{er} définit la politique de santé et les priorités que le centre ou le service entend développer pour les établissements scolaires sur la base de leurs besoins ainsi que des priorités de santé publique définies par le Gouvernement. »

Complémentaire, le décret du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités fixe une mission supplémentaire aux services PSE et centres PMS de la Communauté française, à savoir l'organisation de « points-santé » dans les établissements d'enseignement supérieur hors universités.

La mission du personnel assurant les permanences lors de ces points santé est « d'écouter les étudiants, de leur apporter des informations et des conseils en santé, de leur proposer éventuellement une consultation complémentaire et de les orienter, si nécessaire, vers les structures de santé existantes en Communauté française ».

Les modifications entraînées par le décret du 20 juillet 2006 s'appliquent bien entendu également au décret du 16 mai 2002, y compris en ce qui concerne la mission « points-santé ».

C'est le 8 mars 2007 qu'est promulgué l'arrêté d'application relatif au projet de service (M.B. 26/04/2007). Cet arrêté précise, entre autres, la durée du projet de service, ses destinataires et sa grille de développement (les rubriques devant y figurer).

L'arrêté a été envoyé dans tous les centres et services. Il est par ailleurs consultable sur le site Internet de la Direction générale de la santé (www.sante.cfwb.be), onglet [Textes officiels].

pour des raisons organisationnelles, institutionnelles ou encore parce que la promotion de la santé n'est pas leur principale préoccupation. Signalons par ailleurs que, dans les résultats qui suivent, aucune différence significative n'est mise en évidence, entre médecins et infirmières, dans la répartition de leurs réponses.

Ce succès de foule doit être examiné à la lumière du fait que la rencontre était non thématique et durait toute la journée... Cela aurait pu en décourager plus d'un... Or, non seulement les participants étaient nombreux, mais encore la plupart ont été présents la journée entière. Un peu plus de la moitié des répondants signalent n'avoir pas éprouvé de difficulté particulière à se libérer une journée complète.

L'évaluation de la journée

Les participants étaient d'abord invités à indiquer leur degré d'accord avec plusieurs propositions représentant les principaux enjeux du déroulement et du contenu de la journée.

Le tableau reprend, par item, le pourcentage de répondants qui se sont déclarés « d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec chacune de ces propositions.

Les répondants avaient ensuite la possibilité d'ajouter un commentaire supplémentaire, que ce soit au sujet du contenu ou du déroulement de la journée.

La Commission PSE

L'arrêté du 22 février 2007 (M.B. 26/04/2007) fixe la nouvelle composition de la Commission PSE.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler, en quelques mots, les rôles et attribution de cette commission (arrêté du 8 février 2002, modifié par les arrêtés du 5 décembre 2002 et du 20 octobre 2006).

La commission a pour missions :

- 1° de donner au Gouvernement un avis sur tout projet de décret ou d'arrêté organique ou réglementaire relatif à la promotion de la santé à l'école;
- 2° de donner au Gouvernement, soit d'initiative, soit à sa demande, des avis sur tout problème concernant la promotion de la santé à l'école;
- 3° chaque année, avant le 31 mars, de faire rapport au Gouvernement et au Parlement sur son action au cours de l'année écoulée.

La commission comprend des représentants :

- 1° des fédérations ou associations de pouvoirs organisateurs de services de promotion de la santé à l'école;
- 2° des médecins et du personnel infirmier

travaillant dans le secteur de la promotion de la santé à l'école (PSE);

- 3° du Conseil supérieur de promotion de la santé;
- 4° du Conseil supérieur de la guidance psycho-médico-sociale;
- 5° de l'enseignement organisé par la Communauté française;
- 6° des fédérations de pouvoirs organisateurs de l'enseignement subventionné par la Communauté française;
- 7° des fédérations d'associations de parents;
- 8° des Centres locaux de promotion de la santé;
- 9° d'un Service communautaire de promotion de la santé agréé.

Le ministre ayant la santé dans ses attributions, ainsi que le ou les ministres ayant l'enseignement fondamental et secondaire, ordinaire ou spécial, dans leurs attributions, sont également représentés au sein de la commission, chacun par un membre avec voix consultative.

La Direction générale de la santé et la Direction générale de l'enseignement obligatoire sont également représentées, chacune par un membre avec voix consultative.

L'analyse et les commentaires des résultats ont été enrichis en référence aux divers « débriefings » réalisés par les animateurs d'ateliers (faisant partie de la CAP-PSE) et par la Commission de promotion de la santé à l'école.

L'importance et la richesse des échanges entre pairs

C'est surtout l'échange entre participants qui est pointé comme positif par la quasi totalité des répondants. En parallèle, deux tiers des répondants trouvent que les ateliers ont permis un travail concret. A l'inverse, la proportion de répondants qui estiment trop long le temps d'atelier est marginale. Les ateliers sont donc appréciés et favorisent les échanges. Par ailleurs, deux tiers des répondants estiment que les plénières ont apporté un éclairage utile par rapport aux ateliers. Ces éléments ont été corroborés par le débriefing des animateurs des ateliers. La mobilisation des organismes-appui dans la préparation de la journée du 31 janvier a permis l'organisation de 11 ateliers en parallèle, favorisant ainsi une réelle dynamique d'échange en groupe assez restreint. Les animateurs ont pointé le caractère concret et mobilisateur des débats qui se sont tenus lors des ateliers. Ils soulignent également l'intérêt, dans les ateliers, d'une rencontre entre réseaux (Communauté française, officiel et libre subventionné) et entre CPMS et PSE.

Trois répondants sur quatre mentionnent leur souhait d'avoir l'occasion d'échanger encore avec d'autres équipes PSE. Il s'agit essentiellement de partager les expériences avec d'autres, de partager comment le projet de service peut être mis en pratique sur le terrain ou encore de partager des questions d'ordre technique sur le projet de service.

Cette demande a clairement été relayée par les animateurs des ateliers.

Les principaux apports de la journée : information, pistes concrètes et réassurance

Quatre répondants sur cinq estiment que la journée a apporté des éléments pour la construction du projet de service : elle a répondu aux principales questions et a fourni les éléments de base pour l'élaboration du projet de service. L'objectif principal de la journée, qui était de clarifier la notion de projet de service et favoriser son appropriation par les participants, est donc atteint.

Un peu plus de la moitié des répondants estiment que la journée a diminué leur sentiment d'insécurité par rapport au projet de service. Ce résultat doit être nuancé par le fait qu'une proportion non négligeable de répondants n'éprouvaient vraisemblablement pas de sentiment d'insécurité face au projet de service (8 personnes le stipulent formellement sur leur questionnaire...).

Les principaux résultats

Proposition (nombre de réponses)	%
La journée a été propice aux échanges entre participants (n=151)	98
La journée a fourni les éléments de base pour commencer à élaborer notre projet de service (n=139)	81
La journée a répondu à mes principales questions au sujet du projet de service (n=141)	76
La journée m'a permis de découvrir l'existence d'organismes prêts à nous aider dans la rédaction du projet de service (n=130)	69
Les ateliers ont permis un vrai travail concret et en lien avec notre réalité (n=141)	65
Les mises en commun en plénière ont apporté un éclairage utile par rapport aux ateliers (n=138)	60
Je me sens maintenant plus rassuré(e) : la journée a diminué mon sentiment d'insécurité par rapport au projet de service (n=137)	56
Etre présent(e) pendant une journée complète est difficile pour moi (agenda) (n=147)	45
Il y avait trop de temps d'ateliers par rapport aux temps de plénière (n=149)	15

Les animateurs d'ateliers ont confirmé le caractère « rassurant » de la journée : ils ont eu le sentiment que les équipes étaient soulagées, rassurées par rapport à leurs pratiques actuelles (« on fait parfois de la promotion de la santé sans le savoir »). Cela a été dû, en bonne partie, à la possibilité qui a été donnée aux participants de découvrir et de s'appropriier les textes en les dédramatisant.

Cet aspect « rassurant » de la journée doit être souligné. Les équipes étaient en effet placées depuis de longs mois dans un contexte difficile, dans lequel elles étaient informées du « remplacement » de l'obligation de réaliser des projets-santé dans toutes les écoles par un « projet de service », dont personne ne savait exactement ce qu'il était, à qui il devait être rendu, quels étaient ses objectifs, etc.

Enfin, la journée a permis à 68 % des répondants de découvrir l'existence d'organismes-appui. Cette découverte a été favorisée par la présence desdits organismes lors de la journée, présence facilement identifiable grâce à leur badge et à leur implication dans l'animation des ateliers.

Des nuances dans les appréciations

Onze personnes complètent leurs réponses aux items par un commentaire positif (clair, précis, apprécié...) et six par un commentaire négatif (pauvre, pas de réponse claire, trop de « bla bla », ces journées tournent parfois au groupe de parole sur les soucis vécus par les PSE...). Cinq personnes remarquent également que beaucoup d'informations étaient déjà connues.

Les organismes-appui

La **CAP-PSE** (groupe de concertation des organismes offrant un appui aux équipes PSE et CPMS pour la rédaction de leur projet de service)

Les rencontres de ce groupe de concertation sont animées par l'APES-ULg, qui s'est vu confier la mission de faciliter l'application du décret PSE.

Cette concertation poursuit plusieurs objectifs :

- garantir un appui qui soit cohérent avec les exigences légales (décrets, arrêtés, circulaires) : les membres de la CAP-PSE maîtrisent le cadre légal et les principaux enjeux du décret PSE;
- tendre vers un traitement égalitaire de l'ensemble des services et centres pour l'obtention d'un appui : la CAP-PSE veille à ce que chaque service / centre puisse bénéficier d'un appui auprès d'un organisme de son choix;
- définir des critères de qualité méthodologiques pour les appuis : les membres de la CAP-PSE mettent en commun leurs réflexions et démarches méthodologiques pour l'appui à la conception et à la rédaction des projets de service.

Les organismes participant régulièrement aux rencontres sont les suivants :

Les organismes participant régulièrement aux rencontres sont les suivants :

- les 9 CLPS
- l'asbl CORDES
- l'asbl Les Pissenlits
- l'asbl Repères
- l'Observatoire de la Santé du Hainaut
- l'Institut provincial d'hygiène sociale de Namur
- la Plate-forme de coordination des services PSE provinciaux de Liège

D'autres personnes ou structures offrent un appui aux équipes PSE pour leur projet de service, sans toutefois participer aux réunions. Dans la mesure du possible, l'APES-ULg essaie de maintenir un contact individualisé avec celles-ci.

On trouve aussi quelques suggestions concrètes, du genre « ce serait intéressant de lire les projets d'autres équipes PSE » ou encore « pour quoi pas un forum sur Internet ? »

Le constat d'une différence de positionnement entre PSE et CPMS est transversal à l'ensemble de la journée; il a été exprimé par certains participants et relayé par les organismes faisant partie de la CAP-PSE et par la Commission PSE. Pour confirmer ce constat, qui a été largement évoqué tant dans les ateliers qu'en séance plénière, neuf représentants des CPMS sur 36 (soit un quart) l'indiquent explicitement dans leur évaluation. Services PSE et Centres PMS ne parlent pas le même langage, ne partagent pas les mêmes enjeux, les mêmes difficultés quant au projet de service.

Certains items du questionnaire corroborent ce constat : les agents CPMS sont proportionnellement moins nombreux que les agents PSE à marquer leur accord aux items « la journée a

répondu à mes principales questions au sujet du projet de service » et « les ateliers ont permis un travail concret et en lien avec notre réalité »¹.

Des questions sans réponse...

Les répondants avaient la possibilité d'indiquer des éléments pour lesquels ils estiment rester en manque d'information.

Les questions les plus fréquentes concernent la technique d'élaboration et de rédaction du projet (comment décliner la promotion de la santé dans le recueil de données, grille d'évaluation du projet de service, meilleure clarification des concepts...). Ces éléments sont ou seront repris de façon spécifique par les organismes-appui. Rappelons que lesdits organismes sont constitués en concertation (CAP-PSE) et que ces éléments font partie de l'ordre du jour des rencontres de cette concertation.

¹ Test U de Mann-Whitney.

Par ailleurs, les représentants de la Ministre et de l'Administration ont été interpellés, lors de cette journée, sur d'autres facettes des décrets et arrêtés relatifs à la promotion de la santé à l'école. Nous ne relayerons pas ces éléments dans le présent article car ils dépassent largement la question du projet de service lui-même. Diverses réunions et groupes de travail se sont mis en place pour poursuivre la réflexion. La plupart des questions évoquées dans les formulaires d'évaluation l'avaient été dans les ateliers organisés pendant la journée. Nous renvoyons le lecteur au site de la DGS (www.sante.cfwb.be) sur lequel va prochainement apparaître une rubrique « FAQ PSE » ou « Foire aux questions au sujet des projets de service des PSE et CPMS... accompagnées d'éléments de réponse ».

Sophie Grignard, Chantal Vandoorne,
APES-ULg, Service Communautaire de
Promotion de la Santé

La Communauté française et la semaine européenne de la vaccination

Le programme de vaccination de la Communauté française a apporté sa contribution modeste mais intéressante à la Semaine européenne de la vaccination (OMS Europe), qui avait lieu du 16 au 22 avril, en organisant un séminaire destiné aux professionnels de santé. Le thème du jour était « Politique vaccinale en Communauté française : maintenir et promouvoir l'accessibilité à une prévention de qualité ? », abordé au cours d'une réunion d'experts le 19 avril.

Couvertures vaccinales : excellent bulletin

Le Dr **Béatrice Swennen**, responsable de Provac, fit d'abord le point sur les couvertures vaccinales en Wallonie et à Bruxelles, sur base d'enquêtes réalisées en 2006¹. Les constats sont encourageants, puisqu'on obtient 84 % de nourrissons ayant bénéficié d'un schéma complet (polio - diphtérie - tétanos - coqueluche - *Haemophilus influenzae* de type b - hépatite B - rougeole - rubéole - oreillons - méningocoque C), le fruit d'une heureuse convergence entre intérêts privés des fabricants et préoccupations de santé publique.

¹ Cela complète les chiffres fournis par la plaquette 'Couverture vaccinale des nourrissons en Communauté française de 1989 à 2003'. Voir Education Santé n° 222, avril 2007.

Couvertures vaccinales dans les trois régions du pays

	Flandre 2005	Wallonie 2006	Bruxelles 2006
Polio	93,1	94,9	90,0
DTPa	92,9	94,7	90,0
Hib	92,6	93,7	88,8
VHB	92,2	92,7	88,4
RRO	94,8	89,0	91,1
MenC	94,1	92,5	91,7

Source : Provac, 2007

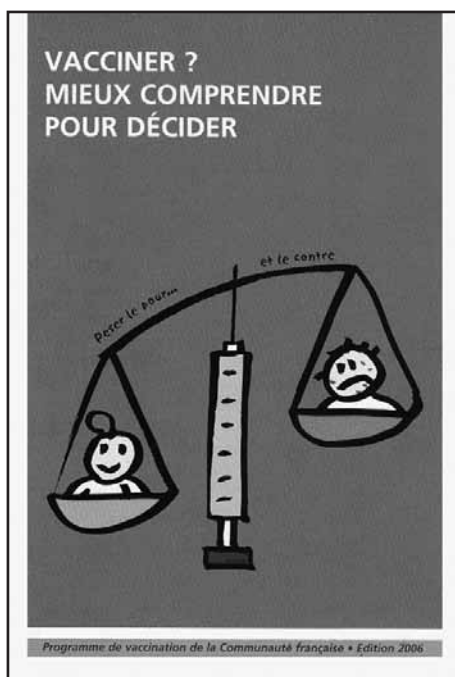
Le sujet du jour était aussi illustré de façon pertinente par des données concernant la vaccination contre le pneumocoque (Pn7V) avant son intégration dans le calendrier vaccinal en début d'année.

Alors qu'aucune différence n'apparaît entre classes sociales pour les vaccins distribués par le programme, il n'en est pas de même pour le Pn7V (pour rappel, le schéma recommandé en 2004 était de 4 doses à 64 euros, soit 256 euros pour une vaccination complète). Ces différences sont nettes, qu'on interroge le niveau de scolarisation de la mère, la nationalité d'origine de celle-ci, le niveau des revenus de la famille, le mode de garde de l'enfant, le nombre d'enfants par famille. Le tableau ci-dessous l'illustre de façon exemplaire. Difficile de montrer de façon plus évidente la valeur d'une prise en charge collective de ce type de prévention!

Pour la deuxième dose de RRO et la vaccination complète contre l'hépatite B à l'âge de 11 - 12 ans, les couvertures sont respectivement de 70 et 68 % (enquête Provac auprès des élèves de 6^e primaire en juin 2006).

Chère vaccination

Un autre point d'attention de la matinée fut le rappel de la place des nombreux acteurs de la décision en politique vaccinale, ce qui n'est jamais simple à comprendre en Belgique. L'exposé du Dr Swennen fut complété par celui du Prof. **Jacques Senterre** qui a rappelé le rôle du groupe permanent vaccination (27 experts) au sein du Conseil supérieur de la santé : revoir le calendrier vaccinal, mettre à jour des fiches techniques sur les vaccins, préparer un avis sur les nouveautés, et répondre aux demandes d'avis. Un groupe qui ne chôme pas, vu le



dynamisme de l'industrie du médicament en la matière.

Il souligna aussi que bien que le Conseil n'ait aucun pouvoir, ses recommandations mettent une pression considérable sur les décisions politiques, surtout quand la santé des enfants est concernée! Le séminaire se termina par une table ronde ani-

mée par **Thierry Poucet** (Mutualités socialistes). Elle permit au **D^r Callens** (Mutualités chrétiennes, 'Coupole' flamande vaccination) de rappeler que les organismes assureurs ont la possibilité de réagir plus rapidement que les autorités publiques à l'apparition d'une nouveauté qui apporte un vrai plus, en faisant intervenir leur assurance complémentaire dans l'attente d'une prise en charge par le niveau fédéral et les communautés. Mais cela a un coût tout à fait considérable. Le **Prof. Coche**, conseiller de Madame Fonck, regretta le manque de concertation et de convergence entre mutualités, tout en se réjouissant des efforts faits par la Communauté française pour la prise en charge à partir de cette année du vaccin contre le pneumocoque.

Paul Galand, qui préside la Commission santé du Parlement francophone, se livra à un plaidoyer appuyé en faveur de l'égalité d'accès de tous à ces remarquables moyens de protection, et plaida aussi pour une approche audacieuse (mais séduisante) du principe de subsidiarité, à savoir une organisation du programme par les communautés, mais avec une prise en charge totale des achats de vaccin par le niveau fédéral, voire même européen...

Flandre : campagne accrocheuse
De son côté, la Communauté flamande a mis l'accent sur les vaccinations de rattrapage des

grands adolescents, en particulier de ceux qui seront amenés à avoir des contacts fréquents avec de jeunes enfants. La campagne de communication a choisi le look *concert rock* pour intéresser sa cible : c'est plutôt réussi!

Christian De Bock

Document de référence : Guide de vaccination du Conseil supérieur de la santé, révision complète 2007 sous forme de fiches dans une farde à anneaux, n° 8205. Commandes à adresser à D. Marjaux, Conseil supérieur de la santé, rue de l'Autonomie 4, 1070 Bruxelles. Tél.: 02 525 09 00. Fax : 02 525 09 77. Courriel : diane.marjaux@health.fgov.be



Couverture vaccinale en fonction des revenus familiaux en Wallonie

Revenus mensuels	Hépatite (dose 4)	Pneumo (dose 1)	Pneumo (dose 3)
Moins de 1500	93,2	25,7	10,8
1500 - 3000	93,1	54,8	28,6
Plus de 3000	91,2	70,6	41,2

Source : Provac, 2007

Une mise au point en prévention cardio-vasculaire

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), en collaboration avec Domus Medica, vient de faire le point sur l'état des connaissances scientifiques en matière de prévention primaire des maladies cardio-vasculaires en Belgique. Le risque de maladie cardio-vasculaire dépend de la combinaison d'une série de facteurs. C'est pourquoi il doit être examiné globalement et pas facteur par facteur. Arrêter de fumer est la mesure la plus rentable; elle entraîne même des économies. Pour les non-fumeurs présentant un risque élevé, l'aspirine à faible dose a un meilleur rapport coût-efficacité que les statines qui sont censées

réduire le cholestérol. Les régimes pauvres en graisses sont aussi à recommander. L'utilité des suppléments alimentaires n'est par contre pas prouvée.

Les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de mortalité en Belgique. Chaque année, près de 40.000 Belges décèdent à cause d'elles. Elles représentent également un fardeau considérable en terme de morbidité.

Leur prévention primaire revêt donc une grande importance, en particulier pour ceux qui courent les plus grands risques. Cette prévention doit aussi être menée dans de bonnes conditions de sécurité : pas question de rendre malade des gens qui sont en bonne santé.

Le risque de maladie cardio-vasculaire dépend

de différents facteurs simultanément. Les plus importants sont l'âge, le sexe, le tabac, la tension sanguine, le taux de cholestérol et l'obésité. Le risque doit être apprécié globalement et non pas facteur par facteur. Ainsi par exemple, quelqu'un qui a un taux de cholestérol élevé ne court de grands risques que s'il a aussi une tension élevée. Il faut essayer d'agir sur les facteurs de risque. Bien sûr, on ne peut rien changer à l'âge et au sexe mais arrêter de fumer constitue clairement une priorité.

Parmi les nombreux types de régime, seuls ceux pauvres en graisses saturées réduisent le risque, à condition d'être suivis scrupuleusement. Il n'y a pas de preuves que les autres régimes ou les divers suppléments alimentaires activement

promotionnés ces derniers temps, aient un effet quelconque sur la diminution du risque. Cette précision ne constitue évidemment pas un plaidoyer en faveur d'un mode de vie sédentaire sans souci d'alimentation équilibrée! Il y a d'autres bonnes raisons de continuer à conseiller un mode de vie sain.

Quant à la prévention médicamenteuse, c'est l'aspirine à faible dose qui présente le meilleur rapport coût-efficacité. Les statines, si souvent prescrites, ne sont pas d'un rapport coût-efficacité favorable dans la plupart des cas. Elles ne le deviennent que pour les hommes de plus de 60 ans, à haut risque cardio-vasculaire et pour autant que leur coût annuel soit inférieur à 90 €.

Quand une prévention primaire au moyen de médicaments est-elle indiquée ?

Faire de la prévention primaire consiste à gérer le risque de personnes en bonne santé. Plus ce risque est élevé plus les gains de santé peuvent être importants. La question est dès lors de savoir qui doit être concerné par cette prévention et à partir de quel niveau de risque.

Dans les recommandations de bonne pratique belges et étrangères, on justifie généralement la prescription de médicaments pour les patients dont le risque de décès par maladie cardio-vasculaire dans les 10 prochaines années est compris entre 5 et 10 %. Un tel type de choix est arbitraire mais il est indispensable si on veut

A propos du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)

Le KCE est un organisme d'intérêt public autonome, créé en 2003, et actif depuis 2004. Son rôle est de produire des analyses et des études scientifiques pour documenter les pouvoirs publics lorsque des décisions doivent être prises dans le domaine des soins de santé et de l'assurance maladie.

Le KCE n'intervient pas dans les décisions elles-mêmes, ni dans leur mise en œuvre, mais il entre dans sa mission de suggérer les solutions les plus performantes. Son rôle principal est donc d'œuvrer à la plus grande accessibilité de soins de haute qualité malgré la croissance des besoins et la limitation des budgets disponibles.

L'équipe du KCE compte environ 45 collaborateurs, dont une trentaine d'experts neutres, spécialistes de diverses disciplines : médecine,

économie de la santé, sociologie de la santé, droit, statistique, analyse de données, gestion de données et gestion des connaissances.

L'équipe a déjà produit une cinquantaine d'études, parfois en collaboration avec des experts externes.

Chaque étude terminée est communiquée au Conseil d'administration du KCE. Après approbation, les rapports sont publiés sur le site et font l'objet d'une communication vers la presse et vers plus de 1000 personnes intéressées (académiques, décideurs, hôpitaux...). Toute personne intéressée par les soins de santé et leur organisation peut proposer des sujets d'études en complétant le formulaire sur le site du KCE (www.kce.fgov.be).

Adresse : KCE, Rue de la loi 62, 1040 Bruxelles

rester dans la logique de garder une juste mesure entre tout gain de santé et son coût économique tant au niveau individuel qu'au niveau de la société. Le remboursement des statines est ainsi conditionné par l'INAMI à un risque minimum de 5 %.

La détermination de ce seuil de risque est une question d'ordre politique. C'est la raison pour laquelle le KCE ne se positionne pas à ce sujet.

Il recommande d'ouvrir un large débat de société sur la question.

Le texte complet de l'étude est disponible sur le site web du KCE : www.centredexpertise.fgov.be, rubrique publications, sous la référence KCE reports vol 52 B.

Communiqué de presse du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)

Pour une politique de santé « drogues » cohérente

Les consommations problématiques d'alcool et d'autres drogues constituent un sujet de préoccupation actuel pour l'ensemble de la population dans notre pays. Les fédérations sectorielles regroupant et coordonnant les associations spécialisées dans ce domaine, grâce à leur position intermédiaire et leur contact permanent avec le terrain, développent une vue relativement complète de cette thématique complexe dispersée entre plusieurs ministères et niveaux de compétences.

Elles ont rédigé un mémorandum donnant une vue d'ensemble des principales préoccupations de ces acteurs de terrain pour la législature fédérale à venir (2007-2011). Il reprend les principaux besoins et les demandes prioritaires dans les domaines de la prévention, des soins, de la réduction des risques. Il reprend également les priorités à rencontrer en matière de formation, de politique scientifique et d'épidémiologie.

Les consommations abusives d'alcool et d'autres

drogues constituent un problème de santé publique et de promotion de la santé devant être abordé depuis ces perspectives. En matière de consommations de drogues, la prévention mérite la priorité absolue, suivie des soins, de la réduction des risques (RdR) et de la réinsertion des personnes dépendantes. La répression, inadaptée pour de simples consommateurs, doit constituer le remède ultime.

Le secteur spécialisé plaide pour une politique cohérente en matière de drogues reprenant l'ensemble des substances psychoactives, une politique coordonnée et concertée entre tous les acteurs compétents aux niveaux fédéral, régional et communautaire.

Afin d'y parvenir le secteur spécialisé demande qu'une série d'initiatives politiques soient prises, parmi lesquelles la mise en place immédiate de la Cellule Politique Drogues, une réglementation claire permettant une limitation de l'accès aux produits et un financement conséquent des politiques dans ce domaine.

Le secteur espère que nos prochains dirigeants incluront la thématique alcool-drogues comme prioritaire dans leur déclaration politique et dans leurs politiques futures.

Introduction

Les FEDITO's, la VAD, le VVBV et la FSPST¹ regroupent et coordonnent les organisations de terrain spécialisées dans la problématique des assuétudes : services d'information et de prévention, centres de soins haut et bas seuil, communautés thérapeutiques, services de consultations psychosociales, hôpitaux psychiatriques...

Leur position d'interface et un contact permanent avec les services de terrain (prévention, information, soins) leur donne une vue relativement complète d'une thématique complexe

¹ Fédérations wallonne et bruxelloise des institutions pour toxicomanes, Vereniging voor Alcohol en Drugsproblemen, Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra verslaafdenzorg, Fédération des structures psycho-socio-thérapeutiques

éclatée entre différents niveaux de pouvoirs et ministères. Ce document, rédigé conjointement par les fédérations sectorielles du pays, synthétise les principales préoccupations du terrain pour la législature fédérale à venir.

Dans l'esprit du groupe de travail politique en matière de drogues (1996-1999), la problématique des drogues constitue un problème de santé et de bien-être devant être abordé sous cet angle. La prévention, suivie par l'aide et les soins représentent donc les approches prioritaires, et la répression un *ultimum remedium*. Cette vision s'oppose à l'évolution des dernières années mettant trop l'accent sur les nuisances et la répression.

Nous avons besoin d'une politique de santé et de bien-être cohérente incluant tous les produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis, médicaments psychoactifs, autres drogues). Une attention particulière doit être portée aux autres comportements addictifs (dépendance à Internet, aux jeux). Cette politique doit s'appuyer sur la concertation et la coordination entre tous les acteurs aux niveaux fédéral, régional et communal. Pour élaborer une politique cohérente, un cadre législatif clair est indispensable.

Pour une politique alcool et drogues cohérente

1. Mise en place immédiate de la Cellule Politique Drogues. Les fédérations représentatives du terrain doivent être représentées dans cette cellule. Ce raisonnement est aussi valable pour la Cellule Politique de Santé en matière de Drogues.

2. Une réglementation claire doit faciliter une limitation de l'offre des différents produits :

- cannabis : enquête portant sur l'évaluation de l'impact de la modification législative et mise en place d'une législation claire en la matière;
- alcool : finalisation et exécution du Plan National Alcool avec une attention particulière à la limitation de l'offre (âge, distributeurs automatique, alcopops...), interdiction de la publicité dans les espaces publics, politique des prix conséquente (taxation, eau gratuite dans les lieux festifs).
- tabac : poursuite et évaluation de l'application de la législation actuelle;
- opiacés et traitements de substitution : mise en application de l'arrêté royal à tous les niveaux, financement suffisant pour sa réalisation (incitation des médecins à suivre la formation);
- jeux : optimisation de la législation actuelle pour les produits de la Loterie nationale, et mise en place d'une législation adaptée pour les paris en ligne et les bureaux de paris.

3. Prévention, travail de rue et projets de soins se situant dans le champ d'activité de la santé, du bien-être ou de la promotion de la santé doivent être effectués par des acteurs socio-sanitaires, sous la responsabilité et le financement des ministres de la santé ou des affaires sociales

compétents. Cela implique le transfert des budgets actuels des contrats de sécurité et des peines alternatives de justice aux ministres de la santé concernés.

Prévention

1. La mise à disposition d'informations factuelles et le contrôle des réglementations en vigueur sont des compétences essentielles du fédéral, qui nécessitent l'attention et les moyens nécessaires.

2. La prévention dans le champ des assuétudes revient aux professionnels des secteurs de l'éducation, de la santé et de la promotion de la santé, pour des motifs déontologiques, de secret professionnel, et afin d'éviter la confusion des rôles avec d'autres acteurs.

3. Il faut permettre un financement cohérent de la prévention, avec comme critère central la coordination entre acteurs (communautés et régions, fédéral) et la coopération avec le terrain et les réseaux existants. Ce travail doit avoir lieu au sein de la Cellule Politique de Santé Drogues.

Aide et soins

Les usagers de produits psychoactifs nécessitent une prise en charge « complète », ne se réduisant pas au patient et prenant également en compte son entourage. La continuité des soins doit leur être garantie (soins de première ligne, aide spécialisée, soins en prison). Il faut aussi porter une attention suffisante à la réinsertion de ces personnes.

La capacité d'offre d'aide et de soins reste insuffisante aujourd'hui et devra être adaptée à la demande croissante dans ce domaine.

1. Assurer une offre minimale de soins de base de qualité dans chaque sous-région.

2. La Cellule Politique de Santé Drogues doit vérifier si les besoins sont couverts dans les différentes régions et détecter les trous dans l'offre de soins. Une attention spéciale doit être portée à une série de problématiques : aspects somatiques (hépatites...), soins de première ligne, travail avec l'entourage du patient (parents, enfants d'usagers...), continuité des soins (notamment les traitements de substitution en prison), réinsertion (suivi après soins, formation, logement), problématique des usagers sans papiers.

3. Les projets pilotes du fédéral issus de la note fédérale drogues 2001 (double diagnostic, coordinateur de soins, unité de crise avec case manager), déjà évalués positivement à plusieurs reprises, doivent recevoir un financement structurel. Les projets pilotes ne devraient pas le rester plus de deux ans dans le futur et devraient, sur base d'évaluation, être financés structurellement ou abandonnés après cette période.

4. Le Fonds de lutte contre les assuétudes doit permettre la mise en place d'idées innovantes.

Réduction des risques

La réduction des risques a pour objectif l'amélioration de la qualité de vie des usagers. Ces programmes complètent l'information et l'aide aux personnes dans une approche globale des problèmes de dépendances.

1. Mise en place d'un cadre législatif rendant possible le financement des projets RdR et assurant la protection juridique de ses exécutants (échanges de seringues, analyse de drogues de synthèse...).

2. Assurer un financement suffisant des projets pour permettre une réelle politique de réduction des risques.

3. Les stratégies RdR sont valables pour tous les produits : alcool, cannabis, et autres drogues illégales.

Formation

1. Aux différents niveaux d'offre dans l'aide et l'accompagnement, les usagers de produits psychoactifs doivent pouvoir compter sur une expertise en matière de drogues. Pour y parvenir il faut intégrer une formation adaptée sur l'alcool et les autres problèmes de drogues dans la formation de base des futurs travailleurs actifs dans les secteurs du social, de la santé, du bien-être, de l'enseignement et de la jeunesse.

2. Réalisation d'une étude portant sur l'opportunité de la reconnaissance d'un statut spécifique aux médecins actifs dans le secteur spécialisé en tenant compte des disparités régionales en la matière (en Flandre les médecins actifs dans les centres spécialisés et pratiquant peu de consultations classiques risquent actuellement de perdre leur licence.).

Enquêtes

1. Le programme d'enquêtes du SPF politique scientifique fédérale préparatoire aux politiques drogues doit être prolongé. Il existe également un besoin de recherches-actions de terrain afin d'optimiser la qualité de l'aide. Des moyens financiers doivent être prévus pour les centres s'impliquant dans ces études afin de leur permettre de fournir des données ou de participer aux enquêtes.

2. Soutien à l'enregistrement des données des centres d'aide, préparées par l'Institut de santé publique dans le cadre de la demande du EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). L'enregistrement des traitements de substitution mérite d'être concrétisé. Les moyens nécessaires doivent être prévus pour les centres participant à une ou plusieurs de ces actions.

Marcel Vanhex, VAD, **Jacques Van Russelt**, FEDITO wallonne, **Serge Zombek**, FEDITO Bruxelles, **Stéphane Luisetto**, FSPST, **Dirk Vandevelde**, VVBV, avril 2007

Ne dites pas à ma mère que j'ai commis une campagne TV de promotion de la santé. Elle me croit acteur de santé publique!

Le dernier spot de la campagne TV « Sourire pour tous » vient d'être diffusé. Une pression sur la télécommande a fait surgir de l'écran un dernier rayon hypnotique... Le moment est maintenant venu de dresser le bilan de cette campagne TV de promotion de la santé.

En tant que promoteur de cette campagne, je me devais de suivre la bonne diffusion de nos spots sur les écrans TV, dans les espaces médias gratuits, obtenus après avoir été tant espérés. De ma vie, je n'aurai jamais eu une telle indigestion de publicités télévisuelles. Ainsi donc pour voir quelques malheureuses secondes d'un spot consacré à la promotion de la santé, il faut être bombardé de spots divers faisant l'apologie d'un bain-douche aphrodisiaque, de 4x4 m'assurant puissance et sérénité au volant, de produits yaourtés anticholestérol, source de L. Casei Immmmmmunitas aux vertus miraculeuses et particulièrement enrichis d'allégations de santé dont s'affublent de plus en plus de produits issus de l'industrie alimentaire.

Mais que faisaient donc nos spots de promotion de la santé au milieu de tous ces produits inutiles, futiles voire malsains qui ne vivent que parce qu'ils sont soutenus par la publicité ? Mais que faisaient donc nos spots de promotion de la santé au milieu de messages visant à créer frustrations et désirs d'achat, visant à augmenter la notoriété des marques, visant à faire croître notre sacro-sainte con-som-ma-tion ?

Une compensation réaliste ou cynique ?

Et pourtant c'est la place désignée de la promotion de la santé à la télévision, de par la volonté de la Communauté française¹.

Oui il fut un temps – pas si lointain – où il n'y avait pas de publicité à la télévision. L'introduction de la publicité sur les chaînes télévisuelles a donné lieu à des mesures régulatrices curieuses : chaque seconde de spot diffusé pour de l'alcool ou des médicaments en vente libre allait donner droit en compensation à une seconde de spot en promotion de la santé. Est-ce bien moral tout cela ? Car plus il y aura de pubs pour ces apéros, ces alcools et ces bières que-seuls-les-hommes-savent-pourquoi, ces antidouleurs qui chassent le mal de tête en faisant psschit ou ces remèdes

contre le brûlant qui nous dispensent de la moindre discipline alimentaire, plus les associations comme la nôtre pourront recevoir de l'espace dans les tunnels de publicité qui occupent toujours plus de temps d'antenne.

Moral, tout ça ? C'est l'arrêté. Il faut faire avec. Mais ce lien entre promotion de la santé et alcool n'est-il pas un lien contre nature qu'il faudrait réformer ? En France un débat éthique similaire s'est fait jour lors de la discussion d'une proposition de taxe « santé » sur les produits CCC² et leur pub, pour financer l'éducation pour la santé.

Il y a lieu de peser avantages et désavantages d'intégrer les spots de promotion de la santé au milieu des spots commerciaux. Et voir si d'autres canaux ou créneaux ne seraient pas plus pertinents.

A contre-courant

Nous, nous n'avions rien à vendre. Nous n'avions pas de désir d'achat à susciter. Que du contraire. Nous voulions faire passer des messages de limitation de consommation, voire de non-consommation. Remplacer en milieu scolaire la consommation des sodas par de l'eau. Proposer des alternatives « santé » pour les collations scolaires, question de lutter contre l'envahissement des collations CCC. Promouvoir des collations « fruits », voire l'abstention de consommation de produits superflus qui débordent de partout, comme nos bourrelets débordent de nos pantalons. Rappeler l'utilité d'une visite chez le dentiste, ce qui n'est pas vraiment un produit alléchant ni un achat d'impulsion ! La réponse qu'apporte l'industrie, qu'elle soit alimentaire ou pharmaceutique, à un problème de santé est toujours la même : acheter et consommer un **produit**. Et bien sûr, achat et consommation sont des actes boostés par la publicité. Ce que nous avons « à vendre » est différent : **ne pas acheter ces produits**. S'abstenir. Prendre plutôt des produits simples, bruts. Raisonner plutôt que consommer par pulsion, par habitude ou par jalousie. Créer une dynamique de réflexion et d'action collective au sein de la classe. Remobiliser et aider le milieu scolaire dans sa mission d'éducation... pour la santé.

Et faire mentir cette terrible phrase d'un directeur d'école à qui je reprochais le distributeur de sodas implanté dans son établissement :

« Faites-vous une raison, l'école est à l'image de la société dans laquelle nous vivons ».

Le vif du sujet

Non, notre idéalisme est intact après trois ans de campagne « Sourire pour tous ».

Pour rappel, celle-ci trouve son origine dans le constat d'une très mauvaise santé dentaire chez les jeunes et d'un très faible recours aux soins chez le dentiste, particulièrement au sein des familles les plus démunies.

Depuis 3 ans, le Comité de l'Assurance de l'INAMI charge la Fondation pour la santé dentaire d'une expérience visant à remédier à cette situation. Et c'est explicitement que le contrat qui nous lie prévoit une campagne média auprès de la population visée mais aussi vis-à-vis de l'ensemble de la population. Ce n'est que durant la troisième année de l'expérience que nous avons accédé au média TV. Nos ressources sont très limitées – comme trop souvent en promotion de la santé – et il nous a semblé jusqu'ici bien plus prioritaire et préalable de sensibiliser et former les personnes relais qui encadrent les enfants, tels les enseignants, les infirmières scolaires, les puéricultrices, le monde associatif.

Un spot TV de promotion de la santé n'est la plupart du temps pertinent que s'il offre un soutien à une démarche préexistante de promotion de la santé. Une démarche construite, globale, souvent bien plus discrète qu'un spot TV, mais autrement plus profonde.

Le spot TV n'est donc qu'un soutien à une campagne menée sur le terrain. Le spot va susciter la curiosité ? Peut-être. Le spot va faire connaître l'action menée ? Quelque peu.

Mais aujourd'hui tout ne serait légitime que si cela a été « vu à la télévision » ?

Avions-nous les moyens de réaliser un spot TV performant ? Car il ne suffit pas de recevoir l'espace de diffusion gratuit de la Communauté française. Il faut encore avoir les moyens financiers pour tourner le spot.

Quoi ? Une agence de communication, des cinéastes professionnels, des acteurs, de la musique (et donc la gourmande SABAM), du montage, des cassettes au format PRO en X exemplaires ? Et pour raconter quoi ?

Non, nous n'allions quand même pas rentrer dans le même schéma de pensée que les publicitaires en vantant les vertus de l'eau en bouteille qui rajeunit les corps fatigués. En vantant les vertus miracles d'un dentifrice mis en scène dans une ambiance érotique comme la pub d'une eau de parfum.

¹ Dispositif régi par un arrêté du 18 janvier 1995. Pour une explication complète, voir C. De Bock, 'Les campagnes radiodiffusées d'éducation pour la santé, Cahiers de Prospective Jeunesse n° 34, mars 2005.

² CCC : Chocolat, Chips, Cola

Ici l'ombre, les enfants parlent aux enfants

Nous devons partir de la base de la base. Des messages élémentaires de l'éducation à la santé dentaire. Des fondements de notre action. De notre *modus operandi* habituel qui se résume en une phrase : « Il est moins ardu de changer ses comportements en groupe que de les changer tout seul ».

C'est ce que propose « Sourire pour tous » aux écoles : des expériences-pilotes dans des classes. Expérience, car il s'agit de tester des défis pendant un mois. Car c'est un véritable défi que d'adopter des bons comportements de santé.

En classe, parce que la dynamique est de groupe, et que cela facilite les choses. Pilotes, car l'idée est que ces classes peuvent servir d'exemple et essayer dans les autres classes, voire dans d'autres écoles.

Ainsi donc nous voulions persévérer dans notre façon d'agir. Mais cette fois-ci, des écoles impliquées dans ces projets allaient utiliser la vidéo comme moyen pour faire connaître ce qu'elles avaient réalisé dans leurs classes.

Mais on ne s'improvise pas cinéaste ou publicitaire. Une rencontre avec l'asbl CTV Media³ nous donna l'idée de confier la mission de réaliser les spots TV... aux enfants eux-mêmes.

Après tout, c'est ce que nous voulions, que les enfants parlent aux enfants. Qu'ils fassent savoir à d'autres gosses de leur âge (et aux adultes aussi) ce qu'ils avaient adopté comme bons comportements de santé dans leur école.

³ CTV Médias, centre d'éducation aux médias, est une asbl reconnue en éducation permanente qui a pour objectif le développement de l'autonomie et du sens critique des citoyens face aux médias et aux nouvelles technologies de communication. Elle met ses moyens, ses compétences et les technologies de communication au service de projets éducatifs, sociaux ou culturels. Adresse : rue du Saphir 15, 1030 Bruxelles. Tél.: 02 735 22 77. Courriel : info@ctv.be. Internet : www.ctv.be.

Carte de visite

Qui sommes-nous ?

La Fondation pour la santé dentaire est le Département Prévention de la Société de médecine dentaire asbl, association dentaire belge francophone groupant les dentistes. La gestion quotidienne de la Fondation est assurée par trois dentistes et un enseignant de formation. Ils sont rejoints au gré des projets et actions par une soixantaine de dentistes bénévoles.

Nos objectifs

La Fondation a pour objectif d'aider la population à adopter une démarche préventive en vue de conserver ou de retrouver une bonne santé bucco-dentaire. Son objet social est la promotion de la santé dentaire intégrée dans un concept global de santé publique.

Un peu d'histoire

Née en 1971, la Fondation a connu plus d'une vie.

Qui se souvient encore de Jo Caramel, personnage emblématique des débuts de la Fondation ?

Plus près de nous, le « Dentibus » – opération montée en collaboration avec l'ONE et une firme – a visité des centaines d'écoles en Wallonie et à Bruxelles de 1993 à 2000, à raison de 6.000 enfants dépistés chaque année.

Depuis 2004, le Ministre de la Santé et l'INAMI ont conclu un accord avec la Fondation pour mener une expérience afin de réduire les inégalités sociales dans l'accès aux soins dentaires et à la bonne santé dentaire. Il s'agit de l'expérience-pilote « DentiPass », et de la campagne de communication qui l'accompagne, « Sourire pour tous ».

Elle a abouti à la gratuité des soins dentaires pour l'ensemble des enfants de moins de 12 ans, et ce depuis le 1^{er} septembre 2005.

Ses actions

- Conférences de formation à la santé dentaire de travailleurs médico-sociaux.
- Publication de recommandations, telles les « recommandations fluor ».
- Présence dans les médias « grand public » de messages de santé bucco-dentaire.
- Mise sur pied et participation à des enquêtes scientifiques.
- Sensibilisation des dentistes à toujours plus de prévention et de prise en charge prophylactique.
- Sensibilisation des instances INAMI à la prise en charge financière des soins prophylactiques : examens buccaux semestriels et annuels, forfait de prophylaxie, coloration de plaque, scellement.
- Nombreuses collaborations avec des associations ou organismes de prévention ou promotion de la santé, afin de promouvoir la santé bucco-dentaire.
- Actions dans les écoles – uniquement dans le cadre d'actions ponctuelles et ciblées.
- Organisme ressource pour les enseignants et infirmières scolaires désirant agir dans le domaine de la santé dentaire.
- Edition ponctuelle de matériel pédagogique.
- Site Internet www.sourirepourtous.be.

Une démarche de santé globale

La santé des dents et des gencives ne se conçoit que dans une démarche de santé globale. Au-delà d'un usage efficace de la brosse à dents, il faut adopter des habitudes alimentaires saines en ne faisant pas des sodas et des friandises le quotidien de son alimentation. Préserver la santé des dents et des gencives ne se fait pas non plus sans évoquer l'usage du tabac lequel a des répercussions néfastes sur ces structures.

Son financement

La Fondation pour la santé dentaire est attentive à préserver son indépendance, pour rester

uniquement au service de la Santé publique. Elle peut travailler essentiellement grâce aux cotisations des dentistes membres de la Société de médecine dentaire asbl, association dentaire francophone belge, et grâce au bénévolat de dentistes.

La Fondation ne bénéficie pas de subvention structurelle de la part des autorités. Elle n'accepte de réaliser des actions en partenariat avec l'industrie que dans de rares cas, et dans le respect d'une éthique stricte. L'action 'Sourire pour tous' est financée par le Ministre fédéral de la Santé et le Comité de l'assurance de l'INAMI, en dehors de tout sponsoring.

La Communauté française a apporté son soutien pour une enquête épidémiologique et a accordé à la Fondation de l'espace média gratuit.

Un site Internet

www.sourirepourtous.be

Les enseignants et infirmières scolaires y trouveront un dossier pédagogique et des fiches adaptées à chaque âge.

Parents et enfants trouveront des rubriques répondant à leurs centres d'intérêt.

Adresse

Fondation pour la santé dentaire,
Avenue De Fré 191, 1180 Bruxelles.
Courriel : fondation@dentiste.be.



CTV Media organisa à leur attention une formation aux médias, un décodage du langage publicitaire, pour ensuite les aider dans le travail d'imagination et d'écriture des scénarii des spots.

En route vers les Césars, ou plutôt les espaces gratuits

Mais bien vite un premier écueil surgit. Trente secondes, c'est le temps habituel, formaté par les régies publicitaires, d'un spot TV. Trente secondes, c'est un temps qui fut jugé trop court par les enfants pour qu'ils puissent s'exprimer. Non, ce n'était pas un reportage journalistique que nous leur demandions. Il fallait donc se contenter de susciter, choquer, simplifier à l'extrême. Bref, d'utiliser un langage publicitaire. Allions-nous au clash ? Les enfants n'ont ni les arrière-pensées ni l'art manipulateur des professionnels de la pub. De toute façon, nous n'avions pas les moyens pour engager des pros. Nous faisons confiance aux enfants. Leur doux amateurisme permettrait peut-être de se démarquer du discours dominant ?

Plus certaines publicités sont bêtes, caricaturales, voire avilissantes, mieux elles marchent. Et ce ne sont pas les vendeurs de poudre à lessiver ou de gel détachant qui vont me contredire!

Nous ne voulions pas superviser le travail des enfants. Nous les avons donc laissés se débrouiller avec leur animateur vidéo.

Vint le jour de la présentation du résultat. Le pré-montage était fait. On pouvait juste encore corriger un enchaînement, une virgule, un slogan. Mais il fallait accepter le travail tel quel. Et waouh, le résultat du travail des enfants dépassait toutes nos espérances! Avec cela, on pouvait tenter l'accès à la diffusion télévisuelle en introduisant une demande d'espaces gratuits à la Communauté française.

Politiquement correct

Oui, les spots dépassaient toutes nos espérances, mais, restons les pieds sur terre, nous y découvririons par ailleurs toutes les limites du média et du langage publicitaire. Nous y découvririons aussi les schémas de pensée tôt gravés chez les enfants.

Ces spots allaient-ils convaincre ? N'était-ce pas un sérieux raccourci que de présenter la brosse à dents comme le moyen de défense contre « l'invasion de sucre dans nos écoles »?

N'était-ce pas renforcer le message d'une certaine industrie ? Industrie qui par exemple n'hésite pas à proposer des produits light comme réponse à des problèmes de santé générés par une surconsommation de produits un peu moins light vendus par cette même industrie ? Les messages allaient être soumis aux censeurs, nous les premiers. Puis nos partenaires. Puis l'instance d'avis de la Communauté. Enfin, les



Photo © Sourire pour tous

Ministres de tutelle, qui ont le pouvoir de décider quelle campagne a droit au *jackpot* et quelle autre pas.

Il fallait être politiquement correct. Pas de cannettes de sodas trop rouges évoquant le leader du marché des soft drinks. Pas d'allusions trop transparentes à des marques.

Et puis il y avait aussi dans un des spots cette gamine au sourire éclatant qui renforce l'attirance des petites filles pour la Star Academy.

Et ce dentiste préhistorique confortant l'image d'Epinal catastrophique de la profession de dentiste ?

Et ces attaques en règle contre une certaine société de consommation ! Risquons-nous des retours de flammes ? Des actions en justice ? Quoi, « ils » oseraient nous attaquer ? Mais que dirait le très peu indépendant Jury d'Ethique Publicitaire ? Des messages d'éducation pour la santé doivent-ils être soumis à l'organisme régulateur (autoproclamé)... du secteur de la pub ?⁴

Mission accomplie, mais

Ne boudons pas notre plaisir. Nous avons obtenu l'espace. Nous l'avons fait. Nous le refe-

rons encore. Ces spots TV soutiennent notre action. Mais tout cela suscite quand même bien des questions.

Est-ce vraiment une voie que doit suivre la promotion de la santé ? Peut-on délivrer des messages d'éducation pour la santé entre une pub pour des biscuits de petit-déjeuner et une autre pub pour des surprises chocolatées, tout en utilisant le langage publicitaire ?

L'éducation se fait-elle aussi par la pub ?

Une très sérieuse chercheuse universitaire en marketing, après avoir tenu des discours ambigus sur la pub entourant les émissions pour enfants, tend à démontrer maintenant que les messages d'éducation à la santé insérés entre les pubs commerciales sont très efficaces pour autant que ces supports soient bien réalisés. Mouais ! Justement les organismes œuvrant en promotion de la santé n'ont pas les moyens financiers des géants de l'industrie agro-alimentaire. Ils recevront un peu d'espace média, mais pas autant que ces firmes qui monopolisent les écrans à coup de dizaines de milliers d'euros. Et qui nous colonisent véritablement le cerveau, qu'on le veuille ou non. Qu'on en soit conscient ou non.

L'ampleur du monopole de ces firmes se renforce. D'ailleurs elles se lancent elles aussi dans l'éducation à la santé, avec des moyens bien plus considérables que le secteur associatif. Et d'aucuns trouvent cela bien. Une industrie distribue des jeux éducatifs pour une « bonne »

⁴ Le JEP (Jury d'Ethique Publicitaire) n'hésite dorénavant plus à mettre des bâtons dans les roues d'organismes publics tels le CRIOC, le Secrétariat d'Etat à la Consommation et dernièrement le Ministre de la Santé Publique himself en contrant sa campagne média de soutien au « Stop au tabac dans l'HORECA ».

alimentation dès la troisième maternelle, et les instits en redemandent...

Qui reste-t-il pour protéger notre école des dérives de notre société marchande ?

Ne soyons pas naïfs. L'industrie ne va pas dans les écoles pour éduquer. Elle y va pour former les consommateurs de demain. Ou d'aujourd'hui, car les poids lourds du secteur privé sont pressés. Sommés d'augmenter leur chiffre d'affaire et de générer une croissance « à deux chiffres » de leurs bénéficiaires (de minimum 10 % tous les ans, donc, et plus encore si opportunité!).

Oui, on a reçu de l'espace gratuit. Mais comme vous le voyez, rien n'est simple dans cette entre-

prise. Beaucoup de questions restent posées. Bien des faiblesses apparaissent à l'utilisation de ce média. Bien trop de limitations aussi : est-il imaginable qu'on nous autoriserait à diffuser un spot qui dénonce les excès de la pub ?

Des dangers guettent la promotion de la santé : celui d'accepter comme outil principal le langage publicitaire. Celui de laisser se répandre l'idée que des campagnes médiatiques suffisent. Celui de laisser les pubeux et leurs commanditaires devenir des acteurs importants de la promotion de la santé, voire des acteurs prédominants.

Est-ce vraiment ce que nous voulons ?

Michel Devriese, Dentiste coordonnateur, Fondation pour la santé dentaire



**Fondation
pour la
Santé Dentaire**

STRATÉGIE

Plan communautaire opérationnel - Vaccination

A côté du Programme quinquennal de promotion de la santé, la Communauté française s'est dotée d'un Plan communautaire opérationnel (PCO)¹. Tout en rappelant un 'fondamental' de la promotion santé, à savoir l'importance d'une approche globale de la santé, de la prévention, de la médecine préventive, le PCO décline sept problématiques prioritaires. Nous vous proposons de faire le point à leur propos à partir de ce numéro, au départ de la réflexion du Conseil supérieur de promotion de la santé. C'est la politique de vaccination qui ouvre la série.

Introduction

La lutte contre les maladies évitables par la vaccination s'inscrit dans les objectifs de santé au niveau de la Communauté française et fait à ce titre partie du PCO.

Depuis 1989, Provac, association interuniversitaire, anime en collaboration avec l'Administration le programme de vaccination en Communauté française.

La première année du PCO (2006), correspondait ainsi à la dernière année du projet 2003-2006 de Provac, engagé lors de la précédente législature. Au cours de ce projet triennal, Provac a participé à la définition des objectifs du PCO pour ce qui concerne le programme de vaccination.

Le PCO formule des objectifs de niveau 1 et de niveau 2 pour chaque domaine. Pour le programme de vaccination, l'objectif de niveau 1 du PCO est de « susciter l'adhésion maximale

de la population et des professionnels aux recommandations vaccinales résumées dans le calendrier vaccinal approuvé par le Gouvernement de la Communauté française (c'est-à-dire, selon le cas, augmenter ou maintenir les taux de couverture vaccinale). Il faut aussi adopter des stratégies adaptées pour les populations fragilisées et les migrants. »

Cet objectif général se décline en trois objectifs de niveau 2 :

- développer les connaissances et la motivation de la population vis-à-vis de la vaccination ;
- permettre l'accès maximal aux vaccins des publics-cibles retenus par la Communauté française ;
- assurer la cohérence et la pertinence du programme de vaccination.

Au cours de la première année du PCO, Provac a donc mis en œuvre différentes actions qui permettent de rencontrer les objectifs fixés par le PCO. Certaines de ces actions s'inscrivent de façon récurrente dans l'organisation du programme.

Actions réalisées selon les objectifs du PCO

Développer les connaissances et la motivation de la population vis-à-vis de la vaccination

Quatre actions spécifiques sont réalisées pour rencontrer cet objectif. Ces actions visent d'une part la population générale, plus particulièrement les parents de nourrissons et d'enfants en âge scolaire, d'autre part le public professionnel des structures préventives (ONE, services PSE et CPMS) et de première ligne (médecins généralistes et pédiatres).

Pour approcher la population et l'informer des vaccinations utiles, le programme s'est doté de plusieurs outils d'information : des dépliants et depuis 2006, d'une brochure plus étoffée pour aider les parents à mieux comprendre les enjeux de la vaccination.

Depuis plusieurs années, le programme édite deux dépliants : « Quels vaccins pour protéger votre bébé ? » et « L'âge des rappels de vaccination ». Etant donné l'évolution rapide des recommandations vaccinales, ces deux dépliants font annuellement l'objet de mise à jour. Le premier est mis à disposition des parents via les services de l'ONE et des vaccinateurs privés, le second est distribué de façon systématique par les services PSE aux élèves de troisième maternelle et de sixième primaire, âges auxquels les vaccinations de rappel sont recommandées. En 2006, la présentation des dépliants est restée semblable, seuls les contenus ont été mis à jour : introduction de la recommandation de la vaccination pneumocoque dans le dépliant « nourrisson » et restructuration du dépliant « L'âge des rappels de vaccination » en raison de la modification du rythme des visites médicales en médecine scolaire (suppression de la visite en première primaire) ayant entraîné la modification de la stratégie vaccinale pour l'organisation de la vaccination de rappel à 5 - 6 ans. La nouvelle brochure destinée aux parents d'enfants de 0-2 ans : « Vacciner ? Mieux comprendre pour décider » est un nouvel outil pour le programme. L'idée de cette brochure est née du constat de la carence de ce type d'outil éducatif, de la demande de certains parents d'être mieux informés sur la vaccination ainsi que de la demande des TMS de pouvoir disposer d'une brochure pré-

¹ Voir BOUCQUIAU A., LONFILS R., TREFOIS P., Le Plan communautaire opérationnel de la Communauté française, Education Santé n° 214, août 2006.

sentant les maladies évitables par la vaccination. Cette brochure a pour objectif de stimuler la réflexion individuelle et collective sur la vaccination de façon attractive. Elle a été réalisée en partenariat avec l'ONE et est le fruit d'une démarche d'assurance de qualité.

Elle s'adresse aux parents d'enfants de 0 à 2 ans, qui veulent mieux comprendre les arguments actuels à mettre dans la balance en matière de vaccination et qui veulent prendre une part active dans la décision de vacciner leur enfant. Un certain niveau de compétence linguistique est nécessaire pour aborder ce document.

Cette brochure est disponible depuis juin 2006 auprès des vaccinateurs. Avant toute mise à jour, son utilisation sera évaluée et le contenu éventuellement modifié ou complété.

Le public professionnel doit également être ciblé pour améliorer ses connaissances théoriques et pratiques du programme de vaccination.

Cette année, Provac s'est intéressé aux moyens de sensibiliser les jeunes médecins qui démarrent leur spécialisation en médecine générale au programme de vaccination et au rôle de la Communauté française dans la lutte contre les maladies évitables par la vaccination. Un « Kit vaccination » a ainsi été remis à tous les candidats, via les services universitaires de médecine générale. Ce kit présente tous les documents disponibles à la fois pour le grand public mais également pour l'organisation de la pratique vaccinale du médecin : titres d'accès pour la constitution d'un stock de vaccins, dépliants, brochure, mémo du calendrier vaccinal, fiches des recommandations du Conseil supérieur de la santé (ex Conseil supérieur d'hygiène), cartes de vaccination, carnet de formulaire de commande des vaccins auprès de la Communauté française ainsi que les documents rassemblés par le Service de surveillance des maladies infectieuses (Liste des maladies transmissibles à déclaration obligatoire et Carnet de déclaration obligatoire des maladies).

Provac privilégie également le contact avec les professionnels en participant activement aux activités de formation continuée à la fois auprès de TMS (deux demi-journées vaccination organisées par le service formation de l'ONE), des équipes médicales des services PSE et CPMS (3 fois une demi-journée décentralisée organisées par Provac), participation aux séminaires de formation continuée des généralistes (DUMG, CUMG, dodécagroupes, Glems...).

Les quatre actions réalisées pour rencontrer l'objectif « Développer les connaissances et la motivation de la population vis-à-vis de la vaccination » ont donc visé à la fois la population générale et celle des professionnels. Ces actions s'inscrivent dans la continuité; elles seront poursuivies au cours des prochaines années du PCO. Elles sont



Photo © Isopix

et seront à chaque fois organisées en tenant compte de l'actualité vaccinale : que ce soit l'introduction d'une nouvelle recommandation, la mise à disponibilité de nouveaux vaccins dans le circuit de distribution organisé par la Communauté française, etc.

Permettre l'accès maximal aux vaccins des publics-cibles retenus par la Communauté française

En pratique, l'efficacité théorique de la prophylaxie vaccinale ne sera atteinte que si la couverture vaccinale est élevée. Pour ce faire, il faut pouvoir garantir un large accès aux vaccins pour les groupes de population concernés. La garantie de la liberté du choix du vaccinateur est un deuxième paramètre important à respecter dans l'organisation de notre système de soins.

Pour garantir à la fois cette liberté de choix et l'accès aux vaccins, le programme a développé la notion de « titre d'accès aux vaccins ». Ce système permet au programme de fournir aux publics-cibles qu'il a définis un droit d'accès aux vaccins qui leur sont destinés, tout en respectant leur choix du médecin vaccinateur.

Ainsi, depuis 2001, l'insertion dans le Carnet de l'enfant des vignettes donnant accès aux vaccins recommandés, permet à chaque parent de nourrisson d'obtenir gratuitement les vaccins nécessaires pour compléter le programme de vaccination de leur enfant auprès du médecin de leur choix. Cette insertion de vignettes dans le Carnet de l'enfant se fait avec la collaboration de l'ONE qui assure la distribution du Carnet à tous les nouveau-nés. Si l'on considère le prix de l'ensemble des vaccins proposés aux

nourrissons, ce feuillet avait une valeur potentielle de 150 € en 2006 et vaudra près de 300 € en 2007! 90 % des parents de nourrissons, interrogés lors des enquêtes de couvertures vaccinales se montrent très satisfaits de ce système. Suivant les mêmes principes d'accessibilité aux vaccins et de liberté de choix du vaccinateur, une distribution des vignettes est organisée via les services PSE et CPMS auprès des élèves de 3^e maternelle et de 6^e primaire. Elle assure l'accès aux vaccins utiles pour les vaccinations de 5-6 ans et de 11-12 ans.

Les budgets nécessaires à l'achat de tous les vaccins recommandés sont, depuis l'accord interministériel de 2003, répartis entre le niveau fédéral et les communautés suivant une clef 2/3 - 1/3. Au cours de l'année 2006, les responsables du programme de vaccination ont œuvré à la préparation de la conférence interministérielle des ministres de la santé au cours de laquelle fut acceptée l'introduction du vaccin contre le pneumocoque dans les circuits de distribution des communautés. Cet accord a pris effet en janvier 2007.

Assurer la cohérence et la pertinence du programme de vaccination

Pour assurer la cohérence et la pertinence du programme de vaccination, Provac a, en 2005-2006, poursuivi 3 axes de travail : tout d'abord celui, essentiel, de la concertation intersectorielle, ensuite celui de l'évaluation et enfin celui de la réflexion sur l'organisation du centre de référence vaccination, dans le cadre de l'arrêté sur la prévention.

Fin 2005, dans le cadre de la Semaine européenne de la vaccination proposée par le bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Provac a organisé le colloque « Élimination de la rougeole ». Ce colloque s'inscrivait dans la poursuite des efforts de sensibilisation des professionnels à l'objectif d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale dans la région pour 2010. Au cours de ce colloque, il a été montré comment la cohérence du programme par rapport à l'objectif d'élimination de la rougeole est assurée par l'organisation

concertée de diverses stratégies : législatives, administratives, de communication, de diffusion d'outils d'éducation à la vaccination et de formation. Toujours soucieux de la collaboration avec tous les intervenants de la vaccination, Provac a mis sur pied un groupe de travail PSE pour préparer les 3 demi-journées décentralisées organisées en juin 2006 et qui permettent un échange en proximité avec les équipes des services PSE et CPMS. Enfin il faut rappeler le partenariat avec l'ONE, déjà mentionné plus haut, plus particulièrement avec le Collège des Pédiatres et le Service Éducation Santé pour réaliser la brochure « Vacciner ? Mieux comprendre pour décider ».

Au cours de cette année 2006, Provac a fait le constat que, depuis la suppression de la Commission Vaccination du Conseil supérieur de promotion santé, l'absence d'un lieu de concertation entre tous les intervenants de la vaccination constituait un obstacle à la cohérence de la politique vaccinale. Provac a dès lors inclus dans son nouveau projet de convention la possibilité de réunir un « Comité de concertation intersectoriel de la vaccination ».

L'évaluation régulière des couvertures vaccinales permet de suivre l'adhésion de la population aux recommandations émises par le programme pour contrôler les maladies évitables par la vaccination. Les recommandations se modifiant au cours du temps, il est essentiel d'en vérifier le suivi. Cela se fait par des enquêtes d'une part auprès d'échantillon d'enfants de 18 à 24 mois pour la vaccination des nourrissons (enquêtes réalisées tous les 3 ans) et d'autre part auprès d'un niveau scolaire soit la 6^e primaire soit la deuxième primaire en alternance. En 2006, deux enquêtes ont été réalisées, l'une auprès des nourrissons et l'autre auprès de la 6^e primaire. A titre d'exemple, ces enquêtes ont notamment mis en évidence l'amélioration des couvertures de la première et de la deuxième dose de vaccin RRO. Pour les nourrissons le RRO1 est passé de 82,7 % en 2003 à 89,0 % en 2006. La couverture du RRO2 en 6^e primaire

est, quant à elle, passée de 65,6 % en 2004 à 70,5 % en 2006. Ces améliorations confortent le programme dans les stratégies mises en place.

Dans le PCO, il est fait mention de la création d'un Centre de référence vaccination pour la Communauté. Ce centre devrait permettre de renforcer la cohérence et surtout la pérennité du programme. Sur ce point, aucune avancée importante n'a pu être réalisée au cours de la première année du PCO. De nombreuses questions restent en suspens : quel en serait le cadre légal ? Quel type de pilotage devrait-il assurer ? Quels liens avec le Conseil supérieur et la Direction générale de la santé ?

Conclusion

La première année du PCO a été pour la prévention vaccinale une année inscrite dans la continuité du programme, riche en actions diverses. Pour poursuivre, dans le cadre du PCO, le travail en faveur du programme de vaccination, Provac a soumis un nouveau projet de cinq ans, qui met l'accent sur 5 enjeux majeurs :

- le renforcement de la structuration du programme par la mise en place du Comité de concertation intersectoriel vaccination (CCIV) et par l'élaboration du Centre de référence vaccination;
- le maintien de l'adhésion de la population à la prévention vaccinale;
- la preuve pour 2010 de l'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale dans notre Communauté;
- l'introduction de nouveaux vaccins dans le calendrier vaccinal du nourrisson (vaccination contre le Pneumocoque et le Rotavirus) et de l'adolescent (vaccination contre le Virus papillome humain);
- la création d'un registre de la vaccination en Communauté française et le maintien des enquêtes de couverture vaccinale.

Béatrice Swennen, Marie-Christine Miermans, Karin Levie, Provac

OUTILS

Sida : ne te fais pas dribbler

Description

Ce kit pédagogique pour l'enseignement secondaire veut contribuer à améliorer les connaissances et la sensibilité à propos du sida et des IST; à renforcer et promouvoir les comportements de protection en matière de sexualité (respect de soi et

des autres, capacité à s'informer, capacité à recourir aux relais professionnels, capacité à se procurer et à utiliser un préservatif, etc.); à promouvoir les attitudes de respect et de solidarité vis-à-vis des personnes séropositives et des malades du sida. Le document se compose de :

- fiches informatives contenant en condensé l'information nécessaire et actualisée pour aborder une problématique particulière en lien avec le sida. Des liens avec des sites Internet sont proposés pour ceux qui souhaiteraient approfondir l'un ou l'autre des sujets (dépistage, traitement, etc.);

- fiches pédagogiques proposant une ou plusieurs pistes d'activités à réaliser en classe ou dans l'école;
- une fiche « ressources » présentant notamment les professionnels intervenant dans les champs de la prévention sida et de la santé sexuelle et affective;
- un test de connaissances sur le sida;
- le jeu du préservatif : les différentes étapes pour une bonne utilisation du préservatif.

Divers matériels de sensibilisation et d'information accompagnent l'outil : affiches, Livre Rose, pochette In Ze Pocket, ainsi que le DVD « Tous ensemble contre le sida » qui présente des témoignages de sportifs.

En s'adressant aux enseignants du secondaire, « Sida : ne te fais pas dribbler » doit permettre d'offrir une réponse actualisée et adaptée aux questions individuelles des élèves portant sur le sida et les IST; de susciter la mise en œuvre d'activités collectives dans la classe ou l'école, en relation avec la prévention du sida et des autres IST, et la promotion de la santé sexuelle et affective en général.

A travers leurs enseignants, le document veut toucher les jeunes dès 13-14 ans.

De manière générale, cet outil peut être une ressource utile à tout acteur éducatif ou professionnel de la santé désireux d'aborder la question des IST et du sida avec les jeunes.

Le dossier pédagogique peut être téléchargé

sur le site www.preventionsida.org/portal/news.php?id=29.

Plate-Forme Prévention Sida, av. Emile de Béco 67, 1050 Bruxelles. Tél : 02 733 72 99. Fax : 02 646 89 68. Courriel : preventionsida@skynet.be

L'avis de la Cellule d'experts de PIPSA

La Cellule d'experts de l'Outilthèque-santé¹ gérée par le service Promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes, a octroyé la mention « coup de cœur » à cet outil (mai 2006).

Appréciation globale

L'outil, clair et structuré, utilise un ton neutre et simple, et présente des données actuelles et belges. Sa force vient de l'équilibre entre les informations, la réflexion, la prise de conscience, et le débat qu'il propose.

Utilisant une approche développée sous l'angle de la promotion de la santé, l'outil permet d'ac-

quérir des contenus informatifs tout en favorisant la participation des jeunes et des enseignants. Destiné à tout animateur ou éducateur (et pas uniquement des enseignants), il offre des conseils d'utilisation et des pistes d'activités qui permettent de mettre en place une animation courte ou longue de manière toujours pertinente. La présentation des bonnes pratiques d'animation est originale et ces pratiques peuvent également être utilisables dans d'autres projets.

Les fiches proposent des pistes de réflexion et d'échange permettant le questionnement individuel et/ou collectif. L'outil favorise également les partenariats locaux (planning, PSE, PMS, etc.). La qualité de l'outil est également liée aux nombreux partenariats et la mise en lien de toutes les compétences pour la création de l'outil.

Un seul regret : aucun élément d'évaluation n'a été prévu!

Objectifs de l'outil

Voir les objectifs décrits par le promoteur.

Public cible

Jeunes de 13 à 18 ans.

Utilisation conseillée

Pas uniquement dans un contexte scolaire (mais aussi AMO, centre de jeunes, clubs de quartier, etc.).

DONNÉES

Regard sur la santé dentaire des jeunes

Une enquête épidémiologique sur la santé bucco-dentaire des jeunes scolarisés en Hainaut

Une étude épidémiologique sur la santé bucco-dentaire des jeunes scolarisés en Hainaut a été menée en 2005-2006 par l'Observatoire de la santé du Hainaut en collaboration avec la Fondation pour la santé dentaire et le réseau des Centres de santé scolaire vigies. Elle s'intègre dans le processus de suivi épidémiologique de la santé des jeunes mis en place depuis 1997 dans la province du Hainaut.

L'étude comprenait à la fois des examens de bouche réalisés par des dentistes, et un questionnaire abondant, entre autres, les habitudes en matière d'hygiène dentaire.

Elle a été financée par la Province de Hainaut et a reçu un soutien de la Communauté française pour financer les examens buccaux.

Pour réaliser la recherche, 1248 jeunes¹ ont été interrogés au moyen d'un questionnaire auto-administré et examinés par 5 dentistes, selon

le protocole recommandé par l'Organisation mondiale de la santé.

Principaux résultats

Bilan des caries

40 % des enfants de 10 à 12 ans sont indemnes de caries, 36 % à 13-14 ans et 28 % chez les aînés. L'indice CAO, qui totalise le nombre de faces cariées, obturées ou extraites pour carie, est égal ou supérieur à 5 (seuil de gravité par convention) chez 22 % des plus jeunes et chez 23 % et 39 % des aînés.

Les enfants dont les parents ne travaillent pas obtiennent des scores moins bons. Il existe un gra-

dient en fonction du type d'emploi des parents. Quel que soit ce dernier, la situation s'aggrave avec l'âge.

Les traumatismes dentaires

10 % des jeunes interrogés ont entre une et trois dents traumatisées, principalement les incisives supérieures. Ce problème est précoce et touche surtout les garçons.

Orthodontie

Globalement, 31 % des jeunes examinés présentent un problème orthodontique. Il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons.

Chez les 10-12 ans, déjà 15 % des garçons et 25 % des filles ont été pris en charge par un orthodontiste. A 13 ans, c'est 30 et 31 % et à 16 ans, 32 et 39 %.

L'existence des problèmes orthodontiques ne varie pas en fonction de facteurs socio-écono-

¹ Ils sont issus de 47 écoles et 80 classes de 6^e primaire, 2^e secondaire et 4^e/5^e secondaire, provenant des différents réseaux et filières d'enseignement et sont représentatifs de l'ensemble des jeunes du Hainaut.

Valeur moyenne de l'indice CAOOF par groupe d'âge et par sexe

	10 - 12 ans		13 - 14 ans		15 à 18 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Nombre de faces cariées	1,31	1,59	1,48	2,19	2,25	1,29
Nombre de faces obturées non cariées	1,21	1,10	1,41	1,81	2,54	2,85
Nombre de faces absentes pour carie	0,00	0,03	0,24	0,21	0,33	0,51
Indice CAOOF	2,51	2,72	3,13	4,20	5,11	4,65

Source : Observatoire santé Hainaut - Fondation santé dentaire, 2007

miques. Par contre, ces facteurs influencent de façon significative leur prise en charge.

Un ou des scellements dentaires (pose d'un vernis dans les sillons dentaires)

Ils sont présents chez 12 % des jeunes.

L'hygiène bucco-dentaire

L'état des gencives et la qualité de l'hygiène dentaire sont très médiocres et s'aggravent avec l'âge.

La consommation de sodas, de snacks sucrés et d'eau

65 % des jeunes interrogés consomment quotidiennement des sodas et des snacks sucrés alors qu'ils sont au moins 15 % à ne pas boire d'eau chaque jour. Selon leurs déclarations, la suppression des ventes de boissons sucrées à l'école entraînerait une diminution de la consommation de sodas pour 71 % des jeunes interrogés, et une augmentation de la consommation d'eau pour 78 % d'entre eux.

Discussion

Ces résultats sont comparables à ceux d'études réalisées dans des pays voisins, mais toujours en deçà. Trois aspects sont particulièrement interpellants :

- si les indices carieux moyens peuvent être considérés comme relativement « conformes », on peut s'étonner que certains jeunes présentent une forte accumulation de pathologies carieuses qui aurait dû (et pu) faire l'objet d'une interception bien plus rapide;
- les indices de santé parodontale mesurés dans cette enquête sont déplorables et sont malheureusement confirmés par les indices de plaque bactérienne. Gingivite et tartre sont répandus chez les jeunes, preuve que les gestes réflexes d'une bonne hygiène dentaire ne sont pas acquis;
- c'était attendu : le gradient socio-économique est statistiquement significatif tant pour l'indice CAOOF que pour le fait de bénéficier d'un traitement orthodontique.

Perspectives : de l'information aux décisions et à l'action

Communication et discussion des résultats

Cette étude est inédite en Belgique, tant par la rareté des études épidémiologiques dentaires en Communauté française que par la possibilité de croiser les données des examens dentaires avec des informations sur les comportements de santé. La base de données recueillies est extrê-

mement vaste et le travail d'analyse pourra se poursuivre pour affiner les résultats.

Les résultats de cette étude feront l'objet d'une diffusion large auprès des instances officielles en charge de la santé ainsi qu'auprès du monde politique et auprès de l'ensemble des professionnels de santé qui peuvent jouer un rôle (Commission PSE de la Communauté française, INAMI, médecins, infirmières, etc.).

Prévention primaire

Il apparaît essentiel d'intensifier la promotion de la santé bucco-dentaire en Communauté française. Des comportements de base d'une bonne santé dentaire ne sont pas encore acquis par une large part de la population jeune.

Les problèmes de santé bucco-dentaire les plus graves sont nettement plus fréquents chez les jeunes en situation de précarité. Toutefois, le nombre de caries augmente significativement avec l'âge, quel que soit le groupe socio-économique. Les programmes de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire s'adresseront donc à l'ensemble de la population, mais des approches spécifiques restent indispensables auprès des personnes fragilisées.

Suivi, prise en charge précoce

L'intervention précoce apparaît comme un élément essentiel pour stopper l'évolution chez les jeunes les plus à risque. Depuis le 1^{er} septembre 2005, la gratuité est acquise pour toutes les visites et tous les soins des enfants de moins de 12 ans (exception faite de l'orthodontie). Malgré qu'il n'y ait plus d'obstacle financier aux soins dentaires des enfants, le taux de caries non traitées est élevé et le recours aux soins préventifs reste faible. Deux consultations gratuites par an à visée de bilan sont prévues, mais peu sont effectuées. Les bonnes pratiques de santé dentaire s'installent dans l'enfance. Les services de promotion de la santé à l'école sont un maillon important de la promotion de la santé des jeunes. Il sera discuté avec eux des moyens de suivi possibles à mettre en œuvre pour s'assurer que les jeunes soient effectivement pris en charge pour un suivi professionnel, ainsi que pour les soins éventuellement nécessaires. Il semble pertinent, en médecine scolaire, d'introduire une composante bucco-dentaire dans l'anamnèse remplie par les parents comme une composante à part entière du suivi bucco-dentaire.

Nomenclature INAMI

Les résultats de cette enquête, et notamment la fréquence des maladies parodontales, ont

déjà inspiré des propositions de réforme de la nomenclature INAMI. Celles-ci ont été inscrites dans l'Accord dento-mutualiste 2007-2008.

Il a été proposé d'étendre la gratuité des soins pour les enfants jusqu'au 15^e anniversaire (12^e actuellement). La prise en charge prophylactique sera meilleure pour les jeunes entre 12 et 18 ans (détartrage par exemple). Ces mesures sont encore à concrétiser en 2008.

Dentistes

Les résultats seront présentés aux dentistes, et discutés avec eux. Au-delà du curatif, les besoins en traitements préventifs ne sont pas satisfaits. Les recommandations issues de consensus concernant les indications pour la pose de scellements dentaires et pour des traitements prophylactiques doivent notamment être largement diffusées. Les indications des traitements orthodontiques et le gradient socio-économique de l'application de ces traitements devront être discutés.

Suivi épidémiologique bucco-dentaire au

niveau de la population et au niveau individuel

Comme le recommande l'OMS, il semble indispensable d'avoir un suivi au niveau « population » de la prévalence des problèmes de santé bucco-dentaire afin, notamment, de pouvoir évaluer les progrès accomplis collectivement. Au niveau « individuel », la proposition d'un carnet de santé dentaire pourrait prolonger celui proposé par l'ONE (voire s'y intégrer pour les plus jeunes), et permettrait à chacun de connaître son bilan de santé bucco-dentaire et de suivre ses progrès personnels.

D'après un communiqué de presse de l'Observatoire de la santé du Hainaut et de la Fondation pour la santé dentaire

Pour tout renseignement sur l'étude :

- *Observatoire de la santé du Hainaut, Véronique Tellier, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré. Tél. 065 87 96 00. Courriel : observatoire.sante@hainaut.be. L'étude complète est téléchargeable sur <http://observatoiresante.hainaut.be> (rubrique La santé en chiffres, page Les publications);*
- *Fondation pour la santé dentaire, Sourire pour tous, Michel Devriese, avenue De Fré 191, 1180 Bruxelles. Courriel : info@sourirepourtous.be. Fax : 02 374 32 84. Site : <http://www.sourirepourtous.be>.*

Evaluation du lancement du PNNS B

Voici un an, le Ministre de la Santé **Rudy Demotte** lançait le Plan national nutrition santé belge¹. Un élément important pour le démarrage de ce dispositif inédit dans notre pays était la campagne de communication, qui a fait appel notamment à un plan d'affichage et à un spot publicitaire à la télévision.

Un spot de grande qualité technique d'ailleurs, qui avait le double mérite de donner une image très positive et dynamique des fruits et légumes tout en affirmant de manière forte l'identité visuelle du Plan national. Ce spot a pu obtenir des espaces gratuits en Communauté française. Le CRIOC a mesuré l'efficacité de la campagne : reconnaissance et exposition, identification de l'annonceur, impact, acceptation, implication, intentions de modification du comportement. Nous ne détaillerons pas ici l'enquête très sommaire sur le site internet du Plan², qui est inconcevablement un maillon faible de l'ensemble,

1 Voir Education Santé n° 213, juin 2006, qui contenait plusieurs articles sur la question. Tous ces textes sont disponibles sur notre site www.educationsante.be

2 Voir www.monplannutrition.be, qui a été amélioré depuis lors.

pour nous concentrer sur l'affichage et la télévision. Les résultats portent sur 451 interviews téléphoniques, avec une marge d'erreur de 4,6 %. La notoriété totale (spontanée et aidée) est de 75 % chez les francophones et de 62 % chez les Flamands.

21 % des francophones et 16 % des Flamands attribuent le message au SPF Santé publique ou au ministre de la santé. 4 personnes sur 10 n'identifient pas l'émetteur. Consolation : 4 % seulement des francophones et 8 % des Flamands pensent qu'il s'agit d'une entreprise privée! L'impact de la publicité TV est nettement plus fort au sud (43 %) qu'au nord (12 %) : effet espaces gratuits ?

La campagne séduit 3 personnes sur 4, et est jugée crédible dans les mêmes proportions. La force de conviction est jugée importante, trois répondants sur quatre estiment qu'elle donne envie de changer d'habitudes de vie en proposant de manière positive d'adopter des comportements plus sains du point de vue alimentaire et hygiène de vie.

Seulement 2 % des gens ont eu la curiosité de consulter le site internet.

De la sensibilisation au changement de comportement

Le CRIOC a aussi interrogé les gens sur quelques-unes de leurs attitudes face à l'alimentation. 85 % des répondants s'estiment en bonne santé (pointe à 94 % à Bruxelles), ce qui est supérieur au pourcentage de l'Enquête de santé par interview en 2004 (77 %).

79 % font attention à ce qu'ils mangent et boivent (91 % des femmes), 43 % déclarent pratiquer du sport une fois par semaine (les 18-29 ans, les habitants de banlieue et les groupes sociaux supérieurs constituent les profils les plus actifs), 29 % affirment chercher de l'info sur les bonnes habitudes alimentaires, 20 % ont fait régime au cours des 6 derniers mois (32 % en Wallonie).

Dans ses conclusions, le CRIOC souhaite une mesure annuelle des actions entreprises et des modifications de comportement au sein de la population, ce qui semble judicieux comme instrument de pilotage d'un projet de longue haleine.

CDB

BRÈVES

Alcool

Wavre

5. 21 et 26 juin 2007

Dans la série « Les boîtes à outils fonctionnelles », DPImpact propose une série d'infoconférences relatives à la problématique alcoolique et à ses multiples dommages collatéraux, tant professionnels que privés.

- Alcool et grossesse. Le syndrome d'alcoolisation foetal (SAF) et les effets de l'alcoolisation foetale (EAF). Projection du reportage « les bébés de l'alcool » de Laure Gratias, journaliste. Date : le 5 juin 2007.
- Comme responsable/cadre/personne-ressource/... comment gérer un problème d'alcool surgissant dans sa sphère de responsabilités professionnelles ? Date : le 21 juin 2007.
- L'intervention brève dans le cadre d'une consommation abusive d'alcool sur les lieux de travail. La trousse 'First help' pour ne pas adopter la politique de l'autruche et attendre l'inéluctable catastrophe! Date : le 26 juin 2007

Lieu : Palais du Gouverneur, chaussée de Bruxelles 61, 1300 Wavre (de 13h30 à 16h).

Prix : 25 € (documentation et collations comprises).

Renseignements et réservations : 081 412 262

ou 0495 328 055, dpimpact@skynet.be,

www.dpimpact.be.

Prévention des traumatismes

Bordeaux

18 au 20 juin et 21 au 23 juin 2007

Le Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité organise son 7^e séminaire sur le thème « Transfert des connaissances et des compétences pour un changement de pratiques » (du 21 au 23/06).

Le séminaire sera précédé par un cours sur la prévention des traumatismes, organisé du 18 au 20 juin 2007, dans le cadre de l'Ecole d'été de l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED).

Tout renseignement sur <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/> rubrique Actualités.

Villes-santé

Mouscron

26 juin 2007

Mouscron entre officiellement dans le réseau belge francophone des Villes-Santé de l'O.M.S.

A cette occasion, la **Maison communale de promotion de la santé** sera inaugurée. Cette initiative, fruit d'une démarche sociale au plus près de nos concitoyens verra le jour sur Mouscron. Cette maison prônera en effet le besoin de concevoir une dynamique participant à l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie de tous. Cet espace permettra de développer plus largement des axes de travail centrés sur les concepts de santé

globale, de qualité de vie, de promotion de la santé. Ce sera l'occasion de développer de nouvelles actions et de pérenniser d'autres projets existants tels que par exemple les actions du Travail social de rue, le programme « Qualité de vie, une aspiration pour tous » ou encore le projet « Viasano ».

La Maison communale de promotion de la santé ouvrira ses portes le 26 Juin de 16h à 19h. Bienvenue à tous!

Contact : *Maison communale de promotion de la santé, rue de Courtrai 81, 7700 Mouscron. Tél.: 056 86 02 55.*

Courriel : qualitevie@mouscron.be.

Affirmation de soi

Liège

5 et 12 juillet ou 1^{er} et 8 août 2007

Le planning familial le « 37 » organise à deux reprises 2 journées de formation sur le thème « Et si on communiquait vrai ? ». Afin d'améliorer vos relations aux autres et pour vous affirmer de façon plus adaptée, le « 37 » vous propose des outils concrets à découvrir en groupe. A l'aide d'exercices interactifs, individuels ou collectifs, et de situations fictives, cet atelier vous aidera à mieux communiquer « vrai ».

Lieu : au « 37 », rue Saint Gilles 29, à Liège (de 9h15 à 16h30).

Prix : 30 € pour deux journées.

Renseignements et inscriptions par téléphone au 04 223 77 89.

Promotion de la santé

Saint-Hubert

D'octobre 2007 à juin 2008

Le Centre local de promotion de la santé de la Province du Luxembourg et l'ASBL Repères organisent quatre journées de sensibilisation à la promotion de la santé, suivies de 6 ateliers mensuels (1/2 jours) 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...

Lieu : Palais Abbatial de Saint Hubert, Place de l'Abbaye 12, 6870 St Hubert.

Dates : 4/10, 25/10, 8/11, 22/11/07 + 24/01, 28/02, 20/03, 24/04, 22/05, 26/06/08.

Coût : 100 €/pers.

Informations et inscriptions : 010 45 73 31.

Promotion de la santé

Bruxelles

D'octobre 2007 à mai 2008

Le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles et l'asbl Repères organisent 4 journées de sensibilisation à la promotion de la santé, suivies de 6 ateliers mensuels (1/2 jours) 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, maison médicales, acteurs de prévention, centres d'accueil...

Lieu : CLPS de Bruxelles, av. E. De Béco, 67, 1050 Bxl.

Dates : 5/10, 12/10, 26/10, 16/11/07+ 14/12/07, 11/01, 15/02, 7/03, 18/04, 9/05/08.

Coût : 100 €/pers.

Informations et inscriptions : 010 45 73 31

Promotion de la santé

Mons

D'octobre 2007 à mai 2008

Le Centre local de promotion de la santé de Mons et l'asbl Repères organisent 4 journées de sensibilisation à la promotion de la santé, suivies de 6 ateliers mensuels (1/2 jours) 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, maison médicales, acteurs de prévention, centres d'accueil...

Lieu : Service de Prévention de la Ville de Mons, rue du Hautbois 56, 7000 Mons.

Dates : 5/10, 12/10, 26/10, 16/11/07+ 14/12/07, 11/01, 15/02, 7/03, 18/04, 9/05/08.

Coût : 100 €/pers.

Informations et inscriptions : 010 45 73 31

Tabacologie

Bruxelles

A partir d'octobre 2007

Formation continuée interuniversitaire en tabacologie (année 2007-2008), organisée par le FARES, en collaboration et avec le soutien de l'ULB, l'UCL, l'ULg, de la Société scientifique de médecine générale et de la Fondation belge contre le cancer.

L'enseignement porte sur la dépendance tabagique, prépare à l'abord clinique de l'aide au sevrage et à la recherche dans le domaine du tabac, en particulier sur le phénomène de dépendance, étudie les relations et similitudes avec l'usage d'autres substances d'abus.

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

Accréditations demandées.

Dates : les samedis 13 octobre 2007, 17 novembre 2007, 15 décembre 2007, 12 janvier 2008, 9 février 2008, 8 mars 2008 et 19 avril 2008.

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

Prix : 350 € - 175 € pour étudiants/demandeurs d'emploi de plein exercice.

Renseignements : 02 512 29 36 ou sur le site www.fares.be

Inscription sur candidature au FARES,

rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.

Fin de vie

Bruxelles

14 décembre 2007

Le 9^e Symposium de santé publique portera sur la thématique de la fin de vie.

Sept thèmes spécifiques seront abordés :

- la politique, l'organisation, l'économie et la réglementation des soins de santé;
- les inégalités;
- l'épidémiologie (y compris les causes de décès, la mortalité évitable, les décisions médicales ainsi que le lieu des soins en fin de vie, etc.);
- l'évaluation de la pratique médicale et de la qualité des soins (y compris la promotion de la santé et la prévention);
- la démence;
- la méthodologie de recherche en santé publique (y compris les apports théoriques et méthodologiques);
- les autres thèmes relatifs à la fin de vie.

Un appel à communications orales et posters est lancé. Les abstracts doivent être soumis sur www.symposiumpublichealth.be pour le 1^{er} juillet 2007.

Renseignements : Greta Van Der Kelen, Onderzoeksgroep Zorg rond het Levensende (ZrL), Vrije Universiteit Brussel, Laarbeeklaan 103, 1090 Bruxelles. Tél.: 02 477 47 57.

Fax : 02 477 47 11. Courriel : gvdkelen@vub.ac.be.

Internet : www.symposiumpublichealth.be.

Viellissement - appel à projets

La Fondation Roi Baudouin lance un deuxième appel à projets intitulé « Le vieillissement de la population et les relations intergénérationnelles - stimuler et soutenir des initiatives qui améliorent les relations intergénérationnelles et qui renforcent le rôle social des personnes âgées ».

La société évolue : l'espérance de vie augmente, la proportion de jeunes diminue, le nombre de personnes âgées s'accroît, les parcours de vie deviennent plus variés et plus complexes... Dans ce contexte, les relations entre les générations sont moins évidentes qu'auparavant, mais sont d'autant plus importantes pour maintenir la cohésion sociale, la solidarité et l'équilibre de la société.

Par cet appel, la Fondation Roi Baudouin veut soutenir des projets qui encouragent de meilleures relations

entre les générations, basées sur la réciprocité, des projets qui contribuent à ce que les générations apprennent à mieux se connaître et à s'apprécier, des projets qui font appel aux potentialités des personnes âgées et qui leur permettent de garder un rôle social qui a le plus de sens possible.

La Fondation soutiendra des projets qui stimulent les contacts entre deux ou plusieurs générations. Elle veut appuyer des initiatives naissantes, mais aussi encourager des initiatives existantes, et mettre en avant des exemples qui peuvent en inspirer d'autres. Seront pris en compte les projets :

- dans lesquels des seniors (pré-pensionnés), des personnes âgées, sont impliquées comme volontaires ou bénéficiaires;
- dans lesquels les personnes âgées sont appelées à jouer un rôle valorisant leur expérience, leur potentiel ou leur talent;
- qui auront un caractère durable et une intensité – au-delà de la rencontre éphémère – en créant des relations ou une dynamique dans lesquelles des personnes de différentes générations apprennent à mieux se connaître et à s'influencer réciproquement.

La Fondation accordera aux projets sélectionnés par un jury indépendant un soutien financier allant de 1.250 € à 10.000 €. Le jury peut décider d'accorder un montant inférieur à celui demandé dans le dossier de candidature. Le budget total pour cet appel est de 400.000 € pour les trois régions du pays.

Le dossier de candidature doit être introduit **avant le 20 août 2007**. L'annonce des résultats de la sélection se fera le 9 novembre 2007.

Pour plus d'informations, surfez sur www.kbs-frb.be.

Pour obtenir un dossier de candidature, téléphonez au 070 233 065 ou envoyez un courriel à l'adresse proj@kbs-frb.be ou Centre de contact de la Fondation Roi Baudouin; il peut également être téléchargé sur le site www.kbs-frb.be

Pour des questions très spécifiques, contactez Jean-Pierre Goor, goor.j@kbs-frb.be.

Emploi - offres

Le FARES (Fonds des affections respiratoires) engage :

- infirmier(ère) spécialisé(e) en santé communautaire à mi-temps pour son Unité de Secteur du Hainaut à Tournai. Contrat à durée indéterminée. Disposer d'un véhicule. Engagement le 16 juillet 2007.
- infirmier(ère) spécialisé(e) en santé communautaire à mi-temps pour son Unité de Secteur du Hainaut à Charleroi. Contrat à durée déterminée d'un an. Disposer d'un véhicule. Engagement le 16 juillet 2007.
- infirmier(ère) spécialisé(e) en santé communautaire ou gradué à temps plein pour son Unité de Secteur du Hainaut à Mons. Contrat de remplacement d'une durée d'environ 4 mois. Disposer d'un véhicule. Engagement le 1^{er} juillet 2007.

Travail dans le domaine de la tuberculose et des affections respiratoires chroniques (dépistages, visites à domicile, consultations, collecte de données).

Candidature à envoyer Martine Spitaels, Responsable du Service des affections respiratoires, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.

Tél.: 02 512 29 36 - Fax : 02 511 14 17.

Courriel : martine.spitaels@fares.be.

Emploi - offre

L'Observatoire de la Santé du Hainaut recrute deux cadres - spécialisés pour son unité « Santé prévention ». Responsabilités partagées : gestion du programme de dépistage du cancer du sein au niveau de la Province de Hainaut et développement de la médecine préventive et de la promotion de la santé.

Description des fonctions de l'équipe :

- gestion d'un service et de son personnel;
- gestion du programme de dépistage du cancer du sein;
- compétences dans le travail informatique en réseau;
- information des femmes et des professionnels;

- développement de la médecine préventive et de la promotion de la santé;
- activités scientifiques relatives à la prévention en matière de santé.

Titre requis : docteur en médecine avec compétences en santé publique, ou docteur ou licencié en santé publique, ou autre titre universitaire en rapport avec la description de fonction.

Compétences souhaitées :

- expérience en santé publique ou expérience jugée équivalente;
- compétence en épidémiologie souhaitée;

- expérience en gestion de projet, en prévention et/ou promotion de la santé.

Contrat temps plein à titre intérimaire (11 mois).

Possibilités d'évolution vers un contrat à durée indéterminée selon l'adaptation au projet.

Rentrée des candidatures : pour le **11 juin 2007** par lettre de motivation accompagnée du CV complet, à adresser à M. le Médecin directeur de l'Observatoire de la Santé du Hainaut, rue Saint Antoine 1, 7021 Havré.

Renseignements complémentaires : 065 87 96 00 (D' Luc Berghmans - D' Christian Massot 11- D' Véronique Tellier)

Tribune

Stériliser le lait, oui; les toxicomanes, non.

Depuis début mars, **Margriet Hermans**, députée au Vlaams Parlement, lance ses idées concernant la « prévention des drogues »¹. Il s'agirait d'une part d'une stérilisation, volontaire et temporaire, des toxicomanes, et d'autre part, d'un enfermement dans un centre de sevrage suivi d'un accompagnement obligatoire durant plusieurs années. Ces propositions montrent la vision d'un certain monde politique face aux consommateurs de drogues : des délinquants voire des criminels à incarcérer, des malades mentaux à enfermer et à soigner (dans un premier temps) pour les protéger d'eux-mêmes et protéger la société. Considérés comme irresponsables, il faut les contraindre. Que certains envisagent même de le faire au mépris de l'intégrité physique de ces personnes démontre le peu de respect accordé à leur humanité. En effet, on ne peut considérer comme « volontaire » une décision prise sous contrainte judiciaire avec comme seule alternative un séjour en prison. Aujourd'hui, malgré son coût humain et financier² important, l'échec de la guerre à la drogue... et aux drogués est pourtant patent. Madame Hermans le constate aussi mais, paradoxalement, propose encore davantage d'enfermement. Enfermement pour les usagers de drogues dures, placement de leurs enfants en famille d'accueil, stérilisation c'est-à-dire aussi l'enfermement dans un statut d'incapacité et d'irresponsabilité.

Aider ces personnes en détresse, ce que tout le monde affirme souhaiter, passe-t-il par l'exclusion, l'enfermement, la contrainte, le recours à des traitements de « sous-hommes »? Réalise-t-on qu'un tel durcissement des sanctions (« pour les aider ») aura pour conséquence première un durcissement symétrique de la capacité de la population à les insérer ?

Ces mesures vont ainsi surtout les exclure encore davantage. N'est-ce pas d'ailleurs ce qui est en train de se passer sous nos yeux concernant « les jeunes » : pour réagir à des cas de violence isolés, l'Etat est en train de mettre en place des dispositifs de contrôle et de contrainte démesurés sans véritablement s'attaquer aux causes de ces violences.

D'ailleurs, on constate une fois de plus que le volet préventif des usages problématiques n'est pas abordé par le politique. Nos responsables n'ont-ils plus que la répression, le contrôle et l'enfermement comme solutions aux différents problèmes de la société ? Actuellement, la prévention, pourtant présentée comme prioritaire³, ne reçoit que 4 % des moyens⁴ dévolus à la politique des drogues en Belgique!

Soyons clair : l'enfermement, carcéral ou médical, n'a pas réglé et ne règlera pas la question de l'usage de drogues. Rappelons que les toxicomanes sont et demeurent des êtres humains à part entière disposant de l'usage de leur raison malgré leur consommation de

drogues.⁵ Dès lors, ne conviendrait-il pas d'éviter les a priori sur leurs difficultés et sur les problématiques qu'ils vivent ?

Un peu comme dans l'expérience liégeoise de distribution contrôlée d'héroïne où l'Etat se fait (pour une fois) violence en ne subordonnant pas d'office son aide à l'arrêt de la consommation.

Pour améliorer durablement la situation, ne conviendrait-il pas que l'autorité publique, et, reconnaissons-le, une bonne part de la population, changent le regard qu'elles portent sur les consommateurs de drogues et écoutent l'expertise des professionnels des soins et de la prévention ? Peut-être faut-il commencer par créer un lieu où débattre de façon méthodique de telles questions ?⁶

Comme le grand public, nos responsables politiques perçoivent ce phénomène d'assez loin. Tant les professionnels qui côtoient au jour le jour les usagers de drogues que ceux qui analysent l'évolution, l'étendue et la nature profonde des situations disposent d'un savoir utile à la prise de décision politique. Sachant qu'il faut apporter des solutions diversifiées à des situations très différentes les unes des autres.

Changer de méthode pourrait éviter à l'avenir les fausses solutions à ces vrais problèmes. Commencerait alors une nouvelle approche du phénomène. Plus respectueuse de l'être humain, plus citoyenne et, au final, faisons-en le pari, plus efficace.

Infor-Drogues - Ce texte a fait l'objet d'une Carte blanche dans 'Le Soir' du 28/03/2007 dans une version légèrement différente

1 Voir aussi son site www.margriet.be. A lire ses positions carrées en matière de prévention, vous avez sans doute une petite idée du parti auquel elle appartient ? Raté! Elle est *Open VLD*. Mais il faudrait plutôt dire *Gesloten VLD* en l'occurrence...

2 La répression coûterait chaque année plus de 98 millions et les soins, bien souvent contraints par la justice, 72 millions. In *La politique des drogues en chiffres*, De Ruyver, Pelc, Casselman, Service Public fédéral de Programmation Politique Scientifique, 2004.

3 Cf. par exemple, *Ne vaut-il pas mieux prévenir que guérir ? Le gouvernement fédéral plaide donc pour une politique de prévention efficace*, in Note politique de janvier 2001 du Gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue.

4 In *La politique des drogues en chiffres*, De Ruyver, Pelc, Casselman, Service Public fédéral de Programmation Politique Scientifique, 2004.

5 La question reste de découvrir le sens, l'utilité de cette consommation pour ces personnes.

6 A ce propos, notre pays attend depuis 2001, la création de la Cellule politique « drogues » rassemblant tous les acteurs concernés annoncée dans la Note du Gouvernement.



Dossier : Prévenir les consommations à risque chez les jeunes

Editorial

Développer la prévention, *Philippe Lamoureux*

Quelles consommations... et quels risques ?

Substances psychoactives : ce que consomment les jeunes, *François Beck, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka*

Drogues : de quoi parle-t-on ? *Judith Cytrynowicz*

Des représentations différenciées du risque

Conduites à risque ou... passion du risque ?, *David Le Breton*

Adolescentes en souffrance : pour une prise en charge plus proche de leur sensibilité, *Hakima Ait El Cadi*

Parents-adolescents : des représentations opposées du risque, *Barbara Lilin*

Stratégies de prévention et intervention des professionnels

Adolescents et usages de cannabis : plaider pour une intervention précoce, *Alain Morel*

« Elle est où, notre liberté ? » Dialogues à la

MJC Jean-Vilar, *Alain Douiller, Philippe Lecorps*

Prévention des addictions : une responsabilité collective, *Philippe-Jean Parquet*

Des résultats sur la prévention du tabagisme, des inquiétudes sur l'alcool, *Didier Jayle*

Programme Capri : résultats instructifs, *Isabelle Grémy*

Éducation pour la santé :

des actions ciblées selon les lieux et les populations

Publicité et pressions sociales : un outil pour apprendre à résister, *Corinne Røehrig*

Prévention des conduites addictives : un guide d'intervention en milieu scolaire, *Monique Baudry*

Réduire les risques dans les teknivals :

urgence et limites de la prévention, *Jimmy Kempfer*

En Lorraine, une action pour prévenir le dopage chez les jeunes sportifs, *Patrick Laure*

Jeunes en difficulté : une semaine pour voir sa santé autrement, *Martine Cazaoulou, Yann Binet, Laurent Goislard*

Prévention dans les lieux de loisirs : soixante-quinze actions financées, *Soraya Bérichi*

Préférence sexuelle, niveau social, origine ethnique : la discrimination conduit à la prise de risque, *Éric Verdier*

Rubriques

Qualité de vie

Obésité des jeunes : une maladie en pleine progression, *Denis Dangaix*

« Créer partout des centres de soins gratuits pour les jeunes obèses », *entretien avec Arnaud Basdevant*

Le Languedoc-Roussillon, précurseur sur la nutrition, *Geneviève Le Bihan*

À Dijon, des petits déjeuners santé pour les personnes précaires, *Myriam Grandgeorges, Nadine Labaye, Daniel Rigaud, Myriam Le Tallec*

« Sachons écouter nos sensations alimentaires », *entretien avec Gérard Apfeldorfer*

Lyon expérimente la prise en charge des enfants en surpoids, *Sophie Treppoz*

Cinq réseaux pilotes de prise en charge de l'obésité infantile en France, *Isabelle Olivier, Maïthé Tauber, Véronique Nègre, Caroline Resplandy, Soisik Verborg*

Éducation du patient

Vérité et mensonge, des composantes de la relation médecin-patient, *entretien avec Sylvie Fainzang*

Lectures

Olivier Delmer, Yves Géry

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

Pour tout renseignement : *La Santé de l'Homme, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 42 Bd de la Libération, F-93203 Saint-Denis cedex.*

Tél. 1 49 33 22 22. Fax 1 49 33 23 90.

Internet : www.inpes.sante.fr

Sommaire

Initiatives

Promotion de la santé à l'école : une journée pour lancer officiellement le « projet de service », par *Sophie Grignard et Chantal Vandoorne* 2

La Communauté française et la Semaine européenne de la vaccination, par *Christian De Bock* 5

Une mise au point en prévention cardio-vasculaire 7

Pour une politique de santé « drogues » cohérente, par *Marcel Vanhex, Jacques Van Russelt, Serge Zombek, Stéphane Luisetto et Dirk Vandeveld* 8

Réflexions

Ne dites pas à ma mère que j'ai commis une campagne TV de promotion de la santé..., par *Michel Devriese* 9

Stratégie

Plan communautaire opérationnel - la vaccination, par *Béatrice Swennen, Marie-Christine Miermans et Karin Levie* 12

Outil

Sida : ne te fais pas dribbler 14

Données

Regard sur la santé dentaire des jeunes 15

Vu pour vous

Évaluation du lancement du Plan national nutrition santé belge 17

Brèves

17

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

Rédaction : Maryse Van Audenhaege, Carole Feulien.

Où collaborer à ce numéro : Michel Devriese, FEDITO, Sophie Grignard, KCE, Karin Levie, Marie-Christine Miermans, Observatoire de la Santé du Hainaut, Béatrice Swennen, Chantal Vandoorne

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

Site internet : www.educationsante.be.

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 Jazyk, Roger Lonfils, Carine Maillard, Paul Sonkes, Catherine Spiece, Bernadette Teymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorne, Christian Van Rompaey.

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

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2.300 exemplaires.

Diffusion : 2.100 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.