



Quelles urgences pour la promotion de la santé en Communauté française ?

« Mille facettes », un outil, un réseau de partenaires

De l'expertise à l'expérience

Dans le cadre de ses activités, Nadja reçoit de nombreux **adultes** (enseignants, éducateurs, animateurs, intervenants psychomédico-sociaux) confrontés à des jeunes qui adoptent des conduites addictives (consommation de drogues légales et illégales, rapport problématique au jeu, à la nourriture...). Leur demande initiale à l'asbl en tant que spécialiste dans le domaine des assuétudes consiste à solliciter une intervention auprès de ces jeunes. En filigrane, ces adultes espèrent que « les experts » de Nadja vont divulguer des informations irréfutables permettant de démontrer le danger des conduites addictives, dont principalement la consommation de drogues.

Or, de nombreuses études ont démontré que les informations centrées uniquement sur les effets des produits ne s'avèrent pas efficaces pour modifier un comportement de consommation. Elles risquent même d'être contre-productives, d'éveiller l'intérêt pour les produits.

Ce savoir sur les produits est certes nécessaire mais doit s'intégrer dans une approche globale de la problématique qui tienne compte du vécu des jeunes et des différents contextes dans lesquels ils évoluent.

Ces adultes qui sont en contact régulier avec les jeunes dans leurs différents milieux de vie sont à même d'établir un dialogue avec leur public, d'aborder la problématique de consommation et d'amener une réflexion sur les conduites à risque. Ils pourront également gérer de nombreuses situations dans les limites de leur fonction. Seules les situations jugées trop complexes nécessitent un accompagnement vers des structures de prise en charge.

Cependant, ces adultes communiquent souvent leur **sentiment d'incompétence** pour aborder ce thème. Soit ils n'ont jamais expérimenté de drogues et se sentent démunis pour délivrer des informations; soit ils en ont fait l'expérience lorsqu'ils étaient adolescents et se sentent mal à l'aise pour donner des conseils.



Ils soulignent également le manque d'aide méthodologique actuellement accessible et le manque de temps pour pouvoir se former. C'est à ce stade que « Mille facettes » intervient pour donner à ces adultes relais les moyens pour atteindre leurs objectifs.

« Mille facettes » est un outil pédagogique, dont la forme souple, attractive et évolutive constitue un nouveau point d'appui pour accompagner les adultes dans leur rôle d'acteurs de prévention en matière d'assuétudes.

Cet outil aidera l'animateur à ouvrir le dialogue avec les jeunes, depuis la fin de l'enseignement primaire jusqu'à la fin des humanités, en situant l'usage de produits psychotropes dans leurs préoccupations et motivations de jeunes.

Les thèmes développés jettent **un pont entre les générations** en recadrant la consommation de produits psychotropes dans diverses facettes de toute expérience humaine : la dépendance, la modification de conscience, le rapport aux normes, l'appartenance à un groupe, etc.

Les jeunes, acteurs de leur santé

L'objectif de « Mille facettes » consiste à favoriser la communication des jeunes avec les adultes qui les entourent; à les amener à

découvrir les différents aspects de leur identité (polarités); à identifier leurs besoins, valeurs, motivations, émotions et sentiments; à analyser leurs comportements et attitudes; à donner sens aux conduites qu'ils adoptent; à développer une image valorisante d'eux-mêmes; à s'exprimer; à s'intégrer dans un groupe en affirmant leur individualité et en respectant la différence de chacun; à apprendre à vivre ensemble dans l'écoute de chacun; à intégrer des repères internes et à donner sens aux limites extérieures; à concevoir des projets de vie; à s'engager dans la réalisation de projets collectifs.

■
Le savoir sur les produits est certes nécessaire mais doit s'intégrer dans une approche globale de la problématique qui tienne compte du vécu des jeunes et des différents contextes dans lesquels ils évoluent.

Bref, l'objectif consiste à développer des **compétences transversales** utiles dans tous les domaines de la vie en plus de connaissances et compétences directement liées à la problématique des assuétudes.

Il s'agit donc d'inciter les jeunes à être acteurs de leur santé et de leur bien-être; à participer à des projets collectifs; et de leur faire acquérir un savoir objectif et critique sur les assuétudes.

« Mille facettes », théorie et pratique

La **partie théorique** aborde les connaissances nécessaires concernant :

- la problématique des assuétudes, à savoir les différents facteurs impliqués dans l'interaction **P-I-E** : « **Produit - Individu - Environnement** ».

Tous les comportements que nous adoptons (dont la consommation de **Produits**) sont en lien avec ce que nous pensons et ressentons

L'asbl Nadja a vu le jour en 1978 et s'est spécialisée dans l'information, la prévention et le traitement des dépendances. Ses activités se développent autour de trois services :

- un centre de documentation (qui regroupe plus de 8000 références, et est ouvert aux professionnels comme au grand public);
- un service de traitement (consultations destinées aux consommateurs en difficulté ainsi qu'à leur entourage, formations et supervisions de professionnels);
- un service de prévention qui entend promouvoir le rôle actif de chacun (adultes et jeunes) face à la problématique des dépendances. Les adultes présents dans les différents lieux de vie des jeunes (familles, maisons de jeunes, mouvements de jeunesse, AMO, institutions scolaires...) sont en effet des acteurs privilégiés pour les aider à devenir responsables de leurs choix. Ils les connaissent, ont l'habitude de dialoguer avec eux, de les épauler, afin de leur offrir des lieux structurants et de les aider à se construire. La mission de l'asbl consiste donc à renforcer leurs compétences et à les outiller pour qu'ils se sentent à l'aise pour aborder les dépendances avec les jeunes qu'ils côtoient.

Ces trois services partagent une lecture commune de la problématique des assuétudes fondée sur les théories de la communication, qui imprègne les différents axes de travail (préventif, curatif) de Nadja.

Tous les comportements que nous adoptons sont en lien avec ce que nous pensons et ressentons, ils témoignent de ce qui est important pour nous, à un moment précis, dans un contexte donné.

Consommer une drogue est envisagé en tant que comportement humain qui exprime un sens spécifique pour la personne qui y recourt. Celle-ci cherche à obtenir ou préserver ce qu'elle juge important pour elle, à ce moment de son évolution. Si elle n'envisage aucun autre choix satisfaisant, la consommation risque de devenir systématique jusqu'à se transformer en dépendance.

Selon cette lecture, toute réflexion sur les assuétudes se porte sur le sens que peut revêtir l'usage d'un produit, pour un individu, dans un certain milieu de vie. La prévention ne consiste dès lors ni à lutter contre les drogues pour les éradiquer, ni à se focaliser sur les produits ni à essayer d'isoler l'un ou l'autre facteur de vulnérabilité.

Elle ouvre le dialogue sur la recherche de chaque être humain pour **accéder au bien-être**, donner un sens à sa vie, au travers des

relations qu'il tisse avec les autres et des multiples événements qui viennent se greffer dans son quotidien. Il ne s'agit pas de préconiser un code détaillé des bonnes ou mauvaises attitudes à adopter mais de susciter l'apprentissage de choix de vie épanouissants, de favoriser l'acquisition de ressources qui permettent à chacun de trouver son identité.

Dans cette optique, toute intervention préventive s'inscrit dans un cadre de communication.

La prévention la plus efficace se vit au quotidien. Elle s'intègre à la vie familiale dès le plus jeune âge. Et plus tard à la vie scolaire puis professionnelle. Les artisans de cette prévention « primordiale » ne sont autres que les adultes qui entourent habituellement les jeunes (parents, éducateurs, travailleurs sociaux, enseignants, responsables et animateurs de mouvements de jeunesse...).

Le travail du service prévention de l'asbl Nadja consiste principalement à accompagner les adultes dans leur rôle d'acteurs de prévention, dans leur cadre de vie, par le biais d'informations, de formations, d'aide méthodologique dans la réalisation de projets...

(notre **Individualité**), ils témoignent de ce qui est important pour nous, à un moment précis, dans un contexte donné (**Environnement**);

- la démarche préventive appliquée aux assuétudes dans une **optique de promotion de la santé**.

Promouvoir la santé, c'est agir sur les différents facteurs (comportementaux et environnementaux) qui la déterminent. Dans cette optique, la santé n'est pas synonyme d'absence de symptômes, de maladies mais d'un équilibre et d'une harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques, sociales). Cet équilibre exige la satisfaction des besoins fondamentaux (nourriture, toit, éducation, liens affectifs, insertion sociale...) et l'adaptation sans cesse

réajustée à un environnement en perpétuelle mutation (Université Sabatier de Toulouse, 1983);

- les règles de base de l'utilisation des outils de prévention.

La partie pratique est constituée de 4 grands thèmes qui peuvent être abordés de deux manières.

Soit en partant directement des 4 grandes classifications des produits psychotropes évoquées par la documentation spécialisée (classification selon les effets psychiques, physiques qu'ils procurent; selon la dépendance psychique, physique, la tolérance qu'ils déclenchent; la classification drogues dures et douces qui débouchent sur la notion d'usage dur et doux; la classification

selon le statut légal). Elle souligne les problèmes inhérents à ces classifications, pour déboucher sur les facettes de l'expérience humaine qu'elles interrogent.

Soit en partant de 4 facettes de l'expérience humaine pour y inscrire la consommation de drogues et les assuétudes (la recherche de la modification de conscience, la dépendance, la prise de risques, le rapport au groupe, aux normes, à la société).

Le guide n'impose donc pas un schéma obligatoire. Il est conçu pour permettre à l'animateur de **choisir le thème** à débattre en fonction de ses préoccupations et de celles des jeunes.

Chacun des thèmes est développé pour l'animateur avec les objectifs de l'animation.

Plusieurs fiches-outils détaillées permettent d'aborder ces thèmes en animation. Une **feuille de route** permet à l'animateur d'évaluer son animation et aux jeunes d'intégrer les acquis du dialogue.

Deux formations permettent de s'approprier l'outil

Les sensibilisations « Mille facettes » à destination des intervenants (qui vont utiliser directement l'outil avec des jeunes) **et des centres documentaires.**

Il s'agit d'une sensibilisation aux principes théoriques et à la manipulation de « Mille facettes ». Elle s'effectue en 2 séances de 3 heures.

Première séance

- Aborder les connaissances théoriques en matière d'assuétudes;
- Aborder une démarche de promotion de la santé appliquée aux assuétudes;
- Aborder les règles de base de l'utilisation des outils de prévention.

Deuxième séance

Initiation à l'utilisation du guide « Mille facettes » (découverte des fiches-outils, mise en situation...).

La formation accompagnateur « Mille facettes » pour les intermédiaires (qui eux-mêmes vont former des intervenants de première ligne). Cette formation est dispensée par Nadja et comprend le cycle de base « Communication et Assuétudes » ainsi que les principes théoriques et la manipulation de « Mille facettes ». Elle s'étale sur cinq journées.

Un outil demandé et évolutif

Dès sa sortie de presse, « Mille facettes » a suscité l'intérêt de différents acteurs de première comme de seconde ligne. Des demandes de formations mais aussi d'échanges de pratiques autour de l'outil ont émergé de ces deux types d'acteurs.

Ce sont les raisons pour lesquelles un réseau d'acteurs de deuxième ligne, formés à l'utilisation de l'outil, diffuse aujourd'hui localement ce dernier et assure des formations régionales. À côté de ce réseau d'échange, les futurs utilisateurs auront également, en plus de la possibilité de se former localement à l'utilisation de l'outil, celle de participer à des journées de rencontre et d'échange entre utilisateurs de terrain.

Cet outil est évidemment appelé à évoluer sur base des commentaires et évaluations de ses utilisateurs ainsi que des partenaires du réseau « Mille facettes ». Des rencontres régionales permettront aux utilisateurs qui le souhaitent de rencontrer d'autres utilisateurs, d'échanger leurs pratiques et expériences.

Concrètement

« Mille facettes » n'est pas un traité, c'est un guide d'animation. On l'obtient au terme d'une sensibilisation de 6h, effectuée auprès d'un des partenaires du réseau « Mille facettes ». Il est en vente au prix de 50 €.

Pour connaître les coordonnées des partenaires du réseau « Mille facettes » sur votre territoire et/ou vous former à l'utilisation de cet outil, ou pour en savoir plus sur le projet, contactez

Dominique Humblet, Nicole Sténuit, ou Anne-France Hubaux à l'asbl Nadja, rue Souverain Pont 56, 4000 Liège.

Tél.: 04 223 01 19.

Ou visitez le site internet www.nadja-asbl.be

Les inégalités sociales en matière de santé en Belgique chiffrées avec précision

Dans les pays occidentaux, les inégalités en matière de santé s'accroissent aux dépens des populations socialement défavorisées.

La Mutualité chrétienne a souhaité objectiver ce constat, non pas sur base d'un échantillon mais bien de façon systématique. L'étude qu'elle vient de finaliser mesure les inégalités sur base de données objectives, à l'échelle d'une population de 4,5 millions de personnes affiliées. Elle confirme l'existence d'inégalités prononcées.

Par rapport aux individus socialement les plus favorisés, la Mutualité chrétienne a ainsi par exemple observé que les individus appartenant à la classe sociale la plus défavorisée ont un risque de mortalité accru de

45 % et 24 % de 'chance' en moins de décéder à domicile. Ils ont également deux fois plus de risques d'être admis en hôpital psychiatrique ou dans le service (neuro)psychiatrique d'un hôpital général.

La méthodologie

L'observation d'inégalités sociales en matière de santé implique la mise en relation d'indicateurs de santé avec une échelle sociale. Les données mutualistes ne contiennent pas de diagnostics en tant que tels, ni de données sur les revenus ou le niveau d'études des affiliés. L'étude se base donc sur les données de facturation ainsi que sur les statistiques fiscales de la Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie

(ex-Institut National de Statistique).

Pour les **indicateurs relatifs à la santé**, l'organisme assureur s'est basé sur les données administratives et les prestations de soins de santé remboursées par l'assurance maladie-invalidité. À l'aide de cette source, la Mutualité chrétienne peut faire état de divers événements liés à la santé : être admis à l'hôpital, avoir consommé tels types de soins ou de médicaments, décéder, être en incapacité de travail, etc. La fréquence de ces événements est mesurée à l'aide d'indices standardisés, ce qui neutralise les différences éventuelles d'âge, de sexe, de région entre les classes sociales.

La **construction d'une échelle sociale** passe par l'emploi de statistiques fiscales afférentes aux secteurs statistiques (unité géographique de

Risques de (pour 2006)	Indice standardisé*		Ratio (1)/(2)
	classe la plus faible (1)	classe la plus élevée (2)	
Décéder	121,0	83,4	1,45
Décéder à domicile	82,9	109,6	0,76
Etre en incapacité de travail (au moins 30 jours)	124,7	80,6	1,55
Devenir invalide	132,8	80	1,66
Etre admis en hôpital psychiatrique ou dans le service (neuro) psychiatrique d'un hôpital général	158,5	72,4	2,19
Bénéficiaire de soins dentaires préventifs	72,4	113,6	0,64
Se voir facturer un forfait pour soins urgents	143,4	87,5	1,64

* A comparer avec l'indice 100 qui donne la moyenne pour l'ensemble de la population étudiée.

la taille d'un quartier, soit environ 20.000 unités en Belgique). Connaissant l'adresse de résidence de ses membres, la Mutualité chrétienne a construit une échelle sociale de cinq classes de secteurs statistiques, par ordre croissant de valeur des revenus fiscaux qui y sont déclarés (en suivant la médiane par secteur statistique). Les limites de ces cinq classes ont été établies de sorte qu'elles correspondent à la répartition en quintiles de la population belge ayant déclaré des revenus.

La plus-value de la méthode suivie réside dans le fait qu'elle est systématique (elle couvre les 4,5 millions de membres) et qu'elle porte sur des données réelles enregistrées et contrôlées dans le cadre de l'assurance maladie (données administratives et de consommation de soins de santé). Par ailleurs, elle peut se répéter chaque année. Ce sont des avantages importants par rapport aux enquêtes de santé menées sur base d'échantillons, tous les trois à quatre ans et portant sur les déclarations des répondants.

Toutes les données traitées sont relatives à l'année 2006 et à la cohorte des membres de la Mutualité chrétienne au cours de cette période.

Les principaux résultats

Le tableau ci-dessus reprend les résultats les plus frappants de l'étude.

Les recommandations de la Mutualité chrétienne

Tous les résultats concordent : à mesure que l'on descend le long de l'échelle sociale, on voit les indicateurs de santé se dégrader. Il est clair que les causes de ce phénomène dépassent de loin le domaine de l'accès et de la qualité des soins de santé. Ces causes sont aussi bien de nature structurelle que culturelle. Parmi les facteurs structurels, on compte les conditions de travail (plus lourdes, malsaines, peu gratifiantes), le logement (espace, salubrité), l'environnement (sécurité, pollution) et la qualité du tissu social. Les facteurs culturels concernent les attitudes et pratiques en matière de prévention, d'alimentation et de comportement sains.

De telles inégalités ne constituent pas une fatalité. Elles témoignent d'une véritable injustice sociale et doivent mobiliser l'attention de tous les acteurs. L'égalité en matière d'accès à la santé doit être un objectif commun. Nous ne pourrions réduire les inégalités que si nous agissons de façon concertée

et sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé : emploi, revenus, logement, éducation, environnement.

Les champs d'action pour les acteurs du système de santé sont nombreux. Pour les mutualités, ils se situent au niveau de la prévention et la promotion de la santé, de la diffusion d'informations ciblées, de l'optimisation des droits, de l'aide sociale et des efforts soutenus pour favoriser l'accessibilité aux soins de santé.

La Mutualité chrétienne a ainsi lancé plusieurs projets de recherche-action pour augmenter la qualité de son service et de sa communication envers les groupes défavorisés. De leur côté, les médecins et les autres prestataires de soins (surtout ceux de première ligne) peuvent également agir en étant à l'écoute des difficultés sociales de leurs patients, par une pratique et une prescription adaptée (conseils et soins préventifs, médicaments génériques, dossier médical global, renforcement de l'usage du tiers-payant...).

Les résultats complets de l'étude sont téléchargeables sur www.mc.be. Nous publierons le mois prochain un article détaillé sur ces résultats.

La prévention du sida et des infections sexuellement transmissibles à Charleroi-Mons

L'asbl 'Sida-MST Charleroi' est active depuis 1988 et a étendu depuis 2 ans son action à la région de Mons. Elle s'appelle d'ailleurs

aujourd'hui 'Sida-IST Charleroi-Mons (asbl)'. Son travail est la prévention de l'infection par le VIH et autres IST, en particulier au sein

de publics défavorisés. Elle est subventionnée par la Communauté française de Belgique et par la Région wal-

lonne par le biais du système des emplois APE. L'asbl est aussi soutenue par les CPAS et villes de Charleroi et de Mons.

Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire : médecins, éducateur, assistantes sociales, travailleuse sociale, secrétaire. Elle propose un accueil, une écoute téléphonique et des échanges par Internet (chat, courriel...). Elle s'adresse à tous les publics : population générale, population précarisée, migrants, jeunes, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, personnes infectées par le VIH, usagers de drogues, personnes se prostituant. Les objectifs de travail et les stratégies sont adaptés en fonction du facteur de vulnérabilité de chaque public (discrimination, marginalisation, précarité économique, sociale, psychologique).

Pour la population générale, ses activités sont principalement des actions de visibilité reconduites d'année en année, comme l'action du 1^{er} décembre, la campagne d'été, la Saint-Valentin, le Salon *Erotix*... Elle propose aussi des animations au sein du *Resto du Cœur* et dans les services de formation professionnelle de Charleroi et de Mons.

'Sida-IST Charleroi-Mons' est en contact avec les centres d'accueil de candidats réfugiés, car beaucoup de migrants découvrent leur séropositivité pendant leur séjour dans ces centres. C'est l'occasion d'un travail de promotion de la santé, et plus particulièrement de prévention des IST.

Un des endroits où l'asbl peut nouer de nouvelles rencontres est le milieu associatif culturel. Par des séances d'information, des actions ponctuelles ou tout simplement par une simple présence, des contacts individuels ou collectifs s'établissent et permettent de développer des projets plus conséquents. Sur le terrain, les night-shops, les cabines téléphoniques et les bars dans le milieu africain sont des lieux stratégiques pour la prévention. L'asbl investit également le milieu associatif maghrébin et turc.

La prévention dans le public jeune se concrétise essentiellement au travers des animations en milieu scolaire ou extra-scolaire, des activités de visibilité (par exemple dans les festivals d'été, les soirées) et des activités récurrentes telles que le 1^{er} décembre et la Saint-Valentin, les portes ouvertes dans les écoles, le salon de la jeunesse à La Louvière, etc.

A Mons, l'asbl élargit ses contacts en participant aux réunions inter-quartiers et de coordination sociale dans les différentes entités pour se faire connaître vu sa récente implantation dans la ville.

Elle suscite, soutient et développe des projets à l'initiative des jeunes fréquentant les structures du secteur de l'Aide à la Jeunesse (maisons de jeunes, AMO, IPPJ...).

Facilité d'action et d'anonymat font d'Internet un endroit privilégié d'échange, de drague et de rencontre. L'asbl est présente sur les sites de rencontre et échange avec les tchatteurs en glissant un message de prévention.

Pour le public d'usagers de drogues, elle participe au projet « Drogues, risquer moins » visant à diffuser des informations de réductions des risques en milieu festif. Concrètement, des stands d'information sont installés lors de soirées avec la mise à disposition de brochures informatives et du matériel afin de limiter les risques liés à la consommation de drogues.

L'ensemble de ses activités pour les personnes infectées par le VIH s'inscrit dans le cadre de la lutte contre la ségrégation et la promotion d'une solidarité envers les personnes séropositives. Chaque année, 'Sida-IST Charleroi-Mons' organise une journée de réflexion à l'intention des personnes concernées par la prévention, le traitement du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles.

Tables rectangulaires

Le fondateur 'historique' de l'asbl 'Sida-IST Charleroi-Mons', le **D' Jean-Claude Legrand**, a eu la bonne idée de proposer une journée d'échanges entre les acteurs de la prévention et de la prise en charge et les politiques d'une part le matin, et la presse d'autre part l'après-midi, pour célébrer les 20 ans de son institution.

Il y avait deux tables rondes (en fait elles étaient rectangulaires !) au menu du 18 novembre dernier.

Le matin, trois représentants des partis démocratiques francophones (il manquait le CdH) ont eu l'occasion d'exprimer leur sensibilité sur la question, et aussi leur perception du rôle qu'ils peuvent jouer pour faire progresser la cause commune.

L'hôte du jour avait préparé pour chacun d'eux une question volontairement provo-

cante, voire 'populiste' selon ses propres dires. On a particulièrement apprécié la réponse de la jeune députée fédérale Ecolo, **Juliette Boulet**, qui a répondu sur le même ton avec beaucoup de finesse, avant d'exprimer avec simplicité et détermination les choix prioritaires de son parti.

Ou encore cette formule heureuse (voulue ou non !) de **Jean-Jacques Flahaux** (MR), à propos de la chape de silence qui règne toujours maintenant autour des IST, ces 'maladies sexuellement transmissibles mais non communicables'.

Pour sa part, **Joëlle Kapompole** (PS) affirma que la prévention est une priorité absolue, tout en déplorant que l'école donne aux élèves une information sur l'appareil reproducteur sans la moindre allusion aux IST.

L'après-midi, ce fut au tour de quatre représentants de la presse d'expliquer leur façon de travailler et les contraintes auxquelles ils doivent faire face au quotidien, et aussi aux participants d'exprimer leurs attentes vis-à-vis des médias. Avec cette frustration paradoxale d'attendre de la presse plus qu'un simple 'copier-coller' de communiqués de presse fournis 'clé sur porte' tout en craignant un 'mauvais traitement' des informations communiquées aux journalistes.

Pierre Dewaele (*Polyhedra*, presse médicale) rappela à la salle que tous les médias subissent des pressions diverses qui limitent leur autonomie : il peut s'agir des annonceurs pour la presse gratuite, des pouvoirs publics pour la presse subsidiée, des lecteurs (et donc du 'marché') pour la presse payante grand public. Il souligna aussi la différence essentielle entre le souci légitime de communiquer des associations et le devoir déontologique d'information, donc de traitement critique des sources, des journalistes.

Pour sa part **Frédéric Soumois** (*Le Soir*) expliqua combien il est difficile d'imposer un sujet qui ne génère plus assez de 'nouveautés' aux yeux des responsables éditoriaux d'un grand quotidien. Maintenir un peu de bruit autour du sida, ce n'est pas simple pour les travailleurs du social et de la santé qui s'en préoccupent en permanence, c'est tout aussi compliqué pour les journalistes !

Christian De Bock (*Education Santé*) insista sur deux points essentiels à ses yeux : d'abord,

associations et journalistes doivent se faire confiance; ensuite le souci de transparence doit les guider dans leurs relations comme dans leurs initiatives.

Thierry Poucet (*Renouer*), qui animait les débats, se félicita de la variété et de la qua-

lité des points de vue, et émit deux suggestions intéressantes comme suivi de la journée: mettre en place une observation 'objective' du traitement du sida et des IST dans les médias, et organiser des rencontres périodiques entre secteur préventif tous

domaines de santé publique confondus et journalistes concernés pour mieux se comprendre et collaborer dans le respect de l'autonomie de chacun.

Gilles C. Jourdan

La formation en tabacologie, à qui s'adresse-t-elle, quel est son impact ?

Depuis un peu plus de 7 ans, à l'initiative du « Service prévention tabac » et du Comité scientifique « tabac » du FARES (Fonds des affections respiratoires), une formation en tabacologie¹ a vu le jour en Communauté française de Belgique. L'Université libre de Bruxelles, l'Université de Liège, l'Université catholique de Louvain, la Société scientifique de médecine générale et la Fondation belge contre le cancer se sont jointes d'emblée à ce projet. Son succès est constant. A ce stade, il est apparu nécessaire de mener une évaluation de l'impact à long terme de cette formation.

Introduction

La formation est organisée sur le modèle de deux formations analogues, dont une mise en œuvre en France. Elle compte 49 heures de cours réparties sur 7 samedis entre la mi-octobre et la fin avril, au terme desquelles un mémoire et un rapport de stage sont exigés. Depuis 3 ans, ce programme est complété par une rencontre de post-formation qui offre l'intérêt d'actualiser les données et d'ouvrir la réflexion vers des publics ou des approches particulières (tabac et adolescence, tabac et cannabis, chicha - effets de mode et usages, tabac et promotion de la santé, etc). L'enseignement proposé concerne le tabac et son usage. Il aborde les effets du tabagisme sur la santé, la recherche dans le domaine du tabac, en particulier sur le phénomène de dépendance et les méthodes d'aide à l'arrêt, ainsi que les évolutions législatives relatives

à la protection contre le tabagisme.

Les aspects psychologiques et pharmacologiques associés au sevrage constituent également une partie importante de l'enseignement. Les relations et les similitudes avec l'usage d'autres assuétudes sont aussi étudiées.

La formation s'adresse aux professionnels de santé et aux étudiants des disciplines correspondantes afin d'augmenter leurs compétences dans l'accompagnement des fumeurs à la gestion de leur tabagisme, en divers lieux de vie. Il s'agit de leur donner les moyens d'acquérir plus d'assurance et de connaissances dans ce domaine via des lieux d'échanges, de ressources et de partages de pratiques.

Qui sont les tabacologues ?

Une évaluation de la formation a été réalisée en mars 2008 afin de mesurer de façon rétrospective l'impact de celle-ci dans la pratique des professionnels ayant obtenu leur certificat de tabacologue entre 2002 et 2006. Un questionnaire anonyme a été envoyé aux 125 tabacologues diplômés sur cette période. De manière générale, on constate que les participants viennent d'horizons professionnels divers en Communauté française. Relevons également la pluridisciplinarité des participants, ce qui renforce les objectifs de transversalité et de travail en réseau, chers au Service prévention tabac du Fares. Sur les 125 tabacologues, 43 % sont médecins, 19 % sont infirmier(e)s, 27 % sont psychologues et 11 % sont issus d'autres professions telles que pharmacien(ne)s, diététicien(ne)s, ergothérapeutes, kinésithérapeutes.



Photo © Isopix

A quelles demandes la formation répond-t-elle ?

Pour la moitié des tabacologues interrogés (48,7 %), suivre la formation répondait à une réelle nécessité professionnelle. L'intérêt pour la question du tabagisme et son sevrage a également été un élément de motivation à l'inscription. La formation semble, au regard de ces données, répondre à une demande du terrain en matière de prise en charge du tabagisme. En effet, pour presque 70 % des tabacologues, la formation a entièrement répondu à leurs attentes.

Quelles sont les compétences acquises au cours de la formation ?

En terme de connaissances, l'évaluation révèle que la formation a permis à la majo-

¹ La formation est organisée grâce au soutien de la Région wallonne et du Ministère fédéral de la Santé Publique.

rité des tabacologues d'acquérir de nombreuses connaissances par rapport au tabagisme et à sa prise en charge. Les exposés et les ateliers ont permis aux tabacologues d'enrichir leur bagage théorique de façon satisfaisante. Néanmoins, un quart des tabacologues auraient aimé approfondir encore davantage leurs connaissances sur les aspects psychologiques associés au sevrage comme la motivation, l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle, les leviers et les outils à utiliser dans le cadre d'une prise en charge.

Plusieurs tabacologues insistent également sur la nécessité d'intégrer encore plus de pratique sous forme d'ateliers, de jeux de rôle, de mises en situation et d'études de cas, l'acquisition de ces connaissances nécessitant un apprentissage par la pratique.

En terme d'assurance acquise dans l'accompagnement du fumeur à la gestion de son tabagisme, la quasi totalité des tabacologues (94,9 %) estime que la formation lui a donné suffisamment de moyens d'acquérir plus d'assurance, notamment par l'obtention de repères et d'outils pratiques et par une meilleure compréhension des symptômes liés au sevrage et au vécu du fumeur.

La formation a-t-elle un impact sur la pratique des professionnels de santé ?

La très grande majorité des tabacologues ne pratiquait pas d'activité en lien avec le tabagisme avant d'avoir suivi la formation. Suite à la formation, un professionnel sur deux a mis en place une consultation spécifiquement consacrée à la tabacologie en individuel et un tabacologue sur trois travaille dans un Centre d'aide aux fumeurs². Ces données mettent en avant l'apport significatif de la formation dans l'accessibilité du fumeur à une structure spécifique d'aide à l'arrêt du tabac. En moyenne, le tabacologue voit entre 8 et 9 fumeurs par semaine en consultation individuelle (de tabacologie ou autre).

Ces données peuvent être complétées par celles de l'annuaire de tabacologie (à consulter sur www.fares.be). Au 30 juin 2008, on

comptait 44 Centres d'aide aux fumeurs et 145 tabacologues. Il faut relever la diversité des activités qu'ils ont entreprises suite à la formation, telles l'organisation de séances de sensibilisation pour les professionnels, des interventions de groupe, la coordination de l'aide au sevrage en milieu hospitalier, des activités de prévention en milieu scolaire, etc.

42,3 % des tabacologues estiment que la formation leur a permis d'élargir considérablement leur activité professionnelle. L'autre moitié, soit 46,2 %, rapportent, quant à eux, que la formation ne leur a que partiellement permis d'élargir leur activité.

L'explication rapportée par quelques-uns d'entre eux concerne un manque de soutien et de reconnaissance de la direction hospitalière pour la tabacologie. A ce sujet, il est probable que la situation évoluera dans les mois à venir après la mise en application du Plan cancer de la Ministre **Laurette Onkelinks**, qui prévoit le remboursement des consultations de tabacologie.

Les tabacologues travaillent généralement en équipe (59,7 %). Celle-ci se compose, pour la majorité d'entre eux, d'autres tabacologues (69,6 %) comportant une proportion importante de médecins, de psychologues et d'infirmiers. D'autres professions sont également mentionnées dans des proportions diverses. Le tabacologue peut donc s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire, ce qui est primordial quand on sait qu'un sevrage tabagique signifie se défaire d'une dépendance à la fois physique, psychologique et comportementale.

Conclusion

L'évaluation réalisée auprès des tabacologues diplômés entre 2002 et 2006 révèle que la formation a un impact positif sur leur pratique professionnelle, en termes d'acquis de connaissances, d'assurance dans l'accompagnement du fumeur et d'élargissement de leur champ d'activité. De plus, la formation semble répondre à une réelle demande du terrain. Les perspectives d'amélioration de la formation concernent principalement l'approfondissement des aspects psychologiques associés au sevrage tabagique et une nécessité d'intégrer encore davantage de

pratique. En ce sens, l'approche communicationnelle de l'entretien motivationnel, qui faisait l'objet d'un atelier facultatif, a été intégrée au cursus de base de la formation³. Il s'avère donc pertinent de poursuivre l'organisation de cette formation toujours unique en Belgique. En effet, la mobilisation et une formation spécifique des professionnels de santé permet d'augmenter l'accessibilité et la proximité de l'accompagnement à la cessation tabagique, ce qui semble important au regard de la prévalence du tabagisme en Belgique⁴ et en se référant aux recommandations des experts concernant la prise en charge du sevrage tabagique⁵.

Une mobilisation plus large a également été possible en concertation avec les acteurs du Plan wallon sans tabac de la Région wallonne⁶, qui a intégré l'aspect formatif et qui a visé à étendre le réseau des professionnels de santé sensibilisés à la prise en charge du tabagisme.

Françoise Cousin avec l'appui du Comité scientifique « tabac » du Fares⁷

Pour obtenir plus d'informations sur la formation en tabacologie ou sur la formation à l'entretien motivationnel : www.fares.be, tél.: 02 512 29 36,

courriel : prevention.tabac@fares.be.

Pour obtenir la liste complète des consultations de tabacologie : www.fares.be, ligne Tabac Stop 0800.111.00.

3 Le Fares propose également une formation spécifique à l'entretien motivationnel. Celle-ci se déroule sur 3 jours et permet d'approfondir spécifiquement les aspects psychologiques associés à un changement de comportement, notamment par la pratique.

4 En 2008, le pourcentage de fumeurs quotidiens s'élève à 30 %, soit 3 % de plus qu'en 2007 (enquête réalisée par Ipsos à la demande de la Fondation contre le cancer, novembre 2008).

5 'Les spécialistes de la santé doivent proposer une intervention de désaccoutumance à tous leurs patients qui consomment du tabac. La dépendance au tabac est une maladie chronique qui rend nécessaire des interventions répétées (...) Des thérapies efficaces permettent d'augmenter de manière significative les taux d'abstinence à long terme.' Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al., Treating Tobacco Use and Dependence, Department of Health and Human Services, Public Health Service, May 2008.

6 Le comité de pilotage du Plan wallon sans tabac est constitué de représentants du Fonds des affections respiratoires, de la Société scientifique de médecine générale, du Département de médecine générale de l'Université de Liège, de la Fédération des Maisons Médicales, du Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme, de l'Association pharmaceutique belge et de la Société scientifique des pharmaciens francophones.

7 Composition : Prof. Pierre Bartsch, Martial Bodo, D' Juan Coulon, Jacques Dumont, D' Patrick Emonts, D' Jeanine Gailly, Prof. Laurence Galanti, D' Véronique Godding, D' Pierre Nys, Prof. Jacques Prignot, Caroline Rasson, Prof. Jean-Paul Van Vooren, D' Maryse Wanlin.

2 Equipe pluridisciplinaire composée de tabacologues travaillant spécifiquement dans le domaine du tabagisme.

Quelles urgences pour la promotion de la santé en Communauté française ?

Une fois n'est pas coutume, nous donnons la parole à un politicien, André du Bus (CdH), élu bruxellois au Parlement de la Communauté française. Son intérêt pour la santé en général et la promotion de la santé en particulier n'est pas fortuit, puisqu'il a travaillé plusieurs années au service de promotion de la santé de la Croix-Rouge de Belgique avant de se lancer dans l'aventure politique qui l'a mené aux niveaux communal, fédéral, régional et communautaire.

Education Santé : Le secteur de la promotion de la santé a l'impression que les politiques le connaissent mal, qu'ils s'intéressent peu finalement à cette compétence de la Communauté française (à de rares exceptions près comme vous-même) mais aussi qu'ils jugent un peu sévèrement ses initiatives. Qu'en pensez-vous ?

André du Bus : La question de la pertinence et de l'efficacité des stratégies déployées actuellement par les acteurs de la promotion de la santé sur l'ensemble de la Communauté française est effectivement posée par le monde politique. Cette question est alimentée par une série d'éléments qui tendent à opposer le monde politique et celui de la promotion de la santé. J'en pointerai 5 qui me frappent particulièrement.

Les cadres de référence de la promotion de la santé s'opposent à ceux du politique

La promotion de la santé fait référence, par nature, à la transversalité et l'intersectorialité. Elle plaide pour une approche globale de la santé et de ses déterminants. Ce qui s'oppose à l'organisation du monde politique qui reste cloisonné à des compétences distinctes les unes des autres. Cette organisation institutionnelle permet à chacun des acteurs politiques de se différencier et d'exister sous une bannière bien spécifique et clairement identifiable. Dans ce contexte, le discours sur l'intégration des compétences, la transversalité et le décroisement s'oppose en permanence aux intérêts des acteurs politiques. Ce discours réunit donc, en lui-même, les



Photo © Photoneews

conditions d'une frustration permanente dans le chef des acteurs de la promotion de la santé à l'égard du politique.

Mais, étant d'une nature optimiste, je dirais que ce constat ouvre une perspective d'action tant pour le politique que pour le secteur : multiplier les occasions de concertation mutuelle, se mettre à l'écoute les uns des autres.

L'horizon de la promotion de la santé n'est pas celui du politique

Travaillant sur les facteurs comportementaux, sur les habitudes et les modes de vie, sur les représentations mentales et sur les valeurs, les programmes de la promotion de la santé proposent des objectifs de santé qui inscrivent leur action principalement dans le long terme. Un horizon temporel qui ne correspond pas à celui des acteurs politiques. Ces derniers inscrivent leur action prioritairement dans le cadre de leur mandat, soit un terme de quatre à cinq années au mieux. La question de la visibilité des résultats des actions menées échappe la plupart du temps à l'acteur politique qui ne

peut sortir de sa logique du court terme. Cette opposition entre le long et le court terme ne trouve pas seulement son origine dans cet antagonisme entre acteurs. Cette tension est également observée sur le terrain : les séances d'animation, les campagnes de sensibilisation, les formations tout comme de nombreux projets se caractérisent par du (très) court terme... pour répondre à des objectifs fixés par les programmes quinquennaux et autres qui sont à (très) long terme. Entre ces deux extrêmes émerge une nouvelle demande, celle du moyen terme. Il s'agit de trouver le juste milieu entre actions « one shot » et projets de longue durée, entre ambition et modestie, entre projet « réaliste » et plan « idéal ». Une piste de solution résiderait dans un travail d'identification des critères de réussite à moyen terme, des critères différents ou nuancés par rapport au court comme au long terme.

Le politique commence à reconnaître le modèle holistique de la santé, mais...

Cantonnés jusqu'il y a peu dans un modèle strictement biomédical de la santé, les acteurs politiques ont (enfin) compris que l'état de santé des individus résultait avant tout d'une série de déterminants sociaux et environnementaux. Le discours sur la santé faisant référence au bien-être tel que défini par l'OMS juste après la guerre n'est plus un discours novateur. Il se heurte cependant toujours, aujourd'hui comme hier, à l'organisation politique, aux structures, aux institutions et aux enjeux économiques qui s'alimentent malheureusement encore principalement et majoritairement d'une vision biomédicale de la santé.

Dans le registre des compétences politiques et à titre d'exemple, si l'état et la qualité du logement sont reconnus comme des facteurs de santé, le responsable politique en charge de la santé renverra à son collègue en charge du logement toute réflexion sur le sujet.

Tout comme il renverra à son collègue en charge des matières sociales ou de l'aide aux personnes le discours portant sur l'urgence du renforcement des liens sociaux, également reconnu comme facteurs de santé. Dans ses structures et au sein de son organisation, le monde politique éprouve donc des difficultés à traduire le caractère transversal de la santé. On ne peut ignorer toutefois le plan national « Environnement-Santé » assuré par le fédéral et auxquels participent les entités fédérées. Tout comme on soulignera l'initiative conjointe des ministres bruxellois francophones de la santé et de l'aide aux personnes qui défendent actuellement un projet de décret intégrant le social et la santé. Cela va dans le bon sens.

■
Travaillant sur les facteurs comportementaux, sur les habitudes et les modes de vie, sur les représentations mentales et sur les valeurs, les programmes de la promotion de la santé proposent des objectifs de santé qui inscrivent leur action principalement dans le long terme.
 ■

Le discours de la méthode : le piège de la promotion de la santé

Sur le plan de la santé tel que défini par la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé valorise tous les processus d'appropriation par les citoyens des questions qui les concernent. Ces processus restent complexes et aléatoires. Ils font donc débat. Des débats qui font intrinsèquement partie du quotidien des acteurs de la promotion de la santé et qui justifient les multiples réunions axées sur des questions méthodologiques, sur celles des indicateurs, sur les concepts d'évaluation... La multiplication de ces réunions, le temps y consacré et une forme d'intellectualisation du discours participent à l'impression suivant laquelle le monde de la promotion de la santé, véritable terreau pour initiés, vit en vase clos.

En parallèle de cette réalité s'organise une série d'actions très concrètes et très lisibles (petits déjeuners malins, opération de distribution de fruits, journée de l'escalier à la

place de l'ascenseur) dont il est malaisé, pour l'observateur extérieur, de comprendre les liens avec l'ampleur de la réflexion qui les sous-tend.

Afin de réduire l'écart entre réflexion et action, une piste féconde pourrait être de travailler sur la lisibilité des objectifs poursuivis.

Responsabiliser et réglementer : des logiques apparemment dissonantes

La promotion de la santé qui se veut respectueuse des droits individuels, qui veut promouvoir responsabilisation et autonomie, est souvent opposée aux interdits et aux messages culpabilisateurs. Elle valorisera tous les processus de prise de conscience et de respect. Des processus sans doute louables, qui se heurtent toutefois aux résultats positifs des dispositions légales radicales telles que l'interdiction de fumer dans la plupart des lieux publics et au travail. Fondamentalement, la promotion de la santé a encore des difficultés avec la valeur structurante de la loi.

Dans le registre des messages culpabilisateurs qui utilisent le champ émotionnel, on notera, en matière de sécurité routière, l'opposition entre les partisans des photos sanglantes d'accidents de voiture et les tenants des campagnes de sécurité routière de type « soft ».

Cette dissonance dans les messages se matérialise également face à l'évolution de la recherche : à propos de l'obésité, comment s'y retrouver entre les résultats des recherches qui identifient une origine génétique et les recommandations de type « manger mieux » qui privilégient le style de vie ?

On le voit à travers ces options différentes, les stratégies utilisées pour susciter de nouveaux comportements font l'objet de réels débats qui doivent trouver des occasions de rencontre et d'expression entre les acteurs. S'il n'y a pas nécessairement opposition entre les deux logiques – responsabiliser contre réglementer – nombreux sont ceux qui pointent une carence pédagogique des mesures légales favorables à la santé, tant auprès des relais que du grand public.

E.S.: N'êtes-vous pas un peu trop sévère à l'égard de la promotion de la santé ? Ses logiques 'citoyennes' n'ont-elles pas quitté la

sphère de l'expertise pour percoler sur le terrain ?

A. d. B.: La promotion de la santé s'est caractérisée par la mise en avant des méthodologies participatives et par la valorisation de la notion de projet collectif. Durant les années '90 jusqu'au début des années 2000, ces pratiques étaient surtout le fait d'experts qui traduisaient les fruits de leurs recherches à travers des expériences pilotes.

■
La promotion de la santé, qui se veut respectueuse des droits individuels, qui veut promouvoir responsabilisation et autonomie, est souvent opposée aux interdits et aux messages culpabilisateurs.
 ■

Aujourd'hui, faisant suite aux différentes initiatives politiques (décret PSE entre autres) et à l'essaimage progressif des concepts grâce à la vigueur d'un secteur en recherche constante (colloques, publications...), force est de constater que de plus en plus d'acteurs de terrain (enseignants, travailleurs médico-sociaux entre autres) se sont appropriés les concepts de base et sont entrés dans la logique du projet.

Du côté du secteur privé, on remarque également une intégration progressive des messages de santé globale. En témoigne l'utilisation des slogans promotionnels pour toute une série de produits alimentaires.

Cette évolution largement positive ne doit pas masquer trois éléments :

- une frilosité grandissante liée aux changements brutaux de notre société;
- les demandes de communication, de vulgarisation et d'appropriation des expertises, projets réalisés et expériences menées sont de plus en plus grandes;
- si les messages semblent bien intégrés, les aspects méthodologiques sont souvent délaissés, principalement en termes d'évaluation. Les critères de réussite sont peu transmis ou mal communiqués.

Ace propos, peut-être faudrait-il renforcer le rôle du service communautaire chargé de la veille documentaire en matière méthodologique ?

D'autre part, j'observe aussi que les demandes d'accompagnement sur le terrain sont croissantes, ce qui en soi est très positif.

Ce sont plus particulièrement les structures qui ont pignon sur rue, telles que les Centres locaux de promotion de la santé, qui établissent ce constat. Les demandes proviennent tant du secteur public que du secteur associatif. Des communes souhaitent un accompagnement méthodologique pour monter un projet de lutte contre l'obésité ou de sensibilisation au dépistage de tel cancer ou encore de sensibilisation aux assuétudes. Des associations sont en recherche d'une demande de support méthodologique pour évaluer leur action, pour mieux identifier les besoins émergents. Des enseignants sont à la recherche d'outils d'animation...

Les demandes sont de plus en plus diversifiées et de plus en plus nombreuses. Les CLPS n'ont pas les moyens et les ressources nécessaires pour répondre à ces demandes, ce qui les place dans des situations de choix et de sélection constante. Derrière ces constats se profile indirectement la question du type de soutien à l'égard d'un secteur associatif souvent en phase avec les besoins de la population.

La question des moyens et des priorités d'action à l'égard des CLPS doit être mise en avant et tranchée par le politique.

E.S.: La communication entre les niveaux de réflexion et d'action vous laisse parfois perplexe ?

A. d.B.: C'est pour moi une source majeure de distorsion.

On peut distinguer schématiquement trois niveaux d'action et/ou de réflexion :

- les théoriques / producteurs de modèles / universités / Conseil supérieur de promotion de la santé;
- les associations et opérateurs de projets / les ASBL diverses / ...;
- les acteurs de terrain / écoles / animateurs / ... « consommateurs ».

Le terrain est souvent confronté à des opérateurs qui ne se sont peu ou pas concertés ou coordonnés, offrant des « produits » parfois redondants, et dont la connaissance et la maîtrise des concepts, programmes, évaluations produits par le niveau expert reste très limitée. Cette situation génère, selon

André Lufin, une dispersion d'énergie, l'impression d'inventer des concepts pourtant anciens et éprouvés, la répétition des activités et... des erreurs. Je partage assez son avis. On pourrait dès lors objectiver un manque de concertation des associations et des opérateurs. Or des organes de concertation existent, comme par exemple le Conseil supérieur, ce qui ne réduit pas pour autant l'écart entre les niveaux d'action : les effets semblent peu visibles sur le terrain, les enseignants, éducateurs... restent confrontés à un ensemble de produits, offres, méthodes, associations... diversifiés et multiples. Comment choisir ? Comment s'y retrouver ? Comment établir des liens ? Ce n'est pas simple.

■
En matière de santé,
toutes les initiatives locales
renforçant la cohésion sociale
tout en répondant à des objectifs
de première nécessité
et de lutte contre la précarité
devront être privilégiées.
■

E.S.: Dans ces conditions, le secteur de la promotion de la santé fait-il autorité ?

A. d.B.: La question de la légitimité et de l'autorité est posée face aux interventions de plus en plus nombreuses du secteur privé (notamment agroalimentaire) en milieu scolaire, avec des moyens sans commune mesure avec ceux dont dispose l'associatif, et donc plus d'impact sur le terrain.

Les relations entre privé et public sont une vaste question à aborder (peut-être) de façon moins manichéenne et crispée que ce n'est le cas aujourd'hui, votre revue s'y emploie d'ailleurs et cela me semble utile.

Que penser du projet Viasano et de sa noble cause, la lutte contre l'obésité, quand cela implique que des firmes comme Unilever, Carrefour ou – pire – Ferrero sont amenées indirectement à travailler avec les pouvoirs publics locaux ?

Dans ces initiatives, la Communauté française semble céder de plus en plus de terrain au privé. Elle n'est plus reconnue comme organe de concertation/coordination incontournable. Je le déplore.

La Communauté (avec le niveau fédéral dans certains cas) devrait reprendre la main, mieux encadrer, coordonner, et pourquoi pas susciter elle-même des partenariats plutôt que de les subir.

E.S.: Vous êtes aussi très sensible aux services rendus par la Promotion de la santé à l'école ?

A. d.B.: Tout à fait, et là je suis vraiment inquiet. Dans notre société caractérisée par une précarité croissante, les services PSE me disent qu'ils n'arrivent plus à remplir leurs missions de base.

Confrontés à des situations familiales de plus en plus difficiles, à l'absence de référence à un médecin de famille, à la baisse de consultation médicale, les PSE doivent de plus en plus souvent pallier la précarité croissante qui signe la dualisation montante de notre société.

A titre d'exemple, le manque de financement pour administrer les vaccins¹ impose des choix difficiles à poser pour les travailleurs de la santé. Et dans ce contexte la présence d'un médecin est indispensable, ce qui pose aussi problème. Les difficultés actuelles à recruter et fidéliser un médecin coordinateur – dont le statut réclame aujourd'hui une revalorisation – ne sont pas de nature à soutenir les équipes PSE dans leurs missions de base !

Par ailleurs on ne note aucune amélioration des relations entre le « terrain » et les « décideurs », les pouvoirs organisateurs. Le sentiment du terrain est celui de ne pas être écouté, soutenu, suivi, même quand il respecte et suit les recommandations des pouvoirs organisateurs. Cela suscite incompréhension et découragement.

E.S.: Vous êtes particulièrement attentif aux initiatives du secteur associatif. Des motifs de satisfaction de ce côté ?

A. d.B.: En répondant à des besoins de santé fondamentaux émanant de tous les publics, le secteur associatif devient un acteur de santé de première ligne, j'en suis convaincu. Les expériences de terrain fourmillent d'exemples concrets qui illustrent les urgences en matière de santé publique. En voici trois que j'aime citer en exemple, et qui concernent la

¹ Précision : il ne s'agit pas ici de moyens insuffisants pour acheter les vaccins, mais bien pour réaliser le mieux possible la vaccination en milieu scolaire, avec en plus chaque année de nouveaux défis à relever à mesure que le calendrier vaccinal s'étoffe (ndlr).

surcharge pondérale chez les jeunes, les enjeux de la parentalité et la prise en charge des personnes âgées.

Le travail effectué dans les *Babykots*² (5 unités à Bruxelles-Ville) prend en considération l'urgente question de la mauvaise alimentation des enfants, avec un travail sur les messages parentaux, les habitudes, les valeurs, les connaissances alimentaires de base, l'accompagnement dans le temps. Ce travail, effectué par des professionnelles, exige des investissements financiers conséquents en termes de formation continue et de supervision, mais le jeu en vaut largement la chandelle.

Les « Ateliers autour de la naissance » s'adressent aux futurs et/ou jeunes parents et visent à les accompagner dans leur projet parental et à répondre aux multiples questions que génère ce changement de vie. En les aidant à franchir ce cap, ces ateliers créent les conditions favorables pour aider les parents à faire de leurs enfants des personnes épanouies, citoyennes et responsables. Soutenues par les communes à travers les partenariats santé-parentalité, ces actions s'inscrivent pleine-

ment dans la dimension « long terme » de la promotion de la santé.

Je veux aussi pointer les expériences menées en partenariat avec l'asbl Baluchon Alzheimer, qui s'adressent aux personnes âgées et visent à leur permettre de prendre des décisions à temps, c'est-à-dire lorsqu'elles sont encore en pleine possession de leurs facultés. La personne âgée connaît aujourd'hui le paradoxe suivant lequel la société l'incite à s'investir pour l'intérêt collectif et, par ailleurs, lui demande de faire à temps un travail de deuil quant aux limites qui sont les siennes et qui ne connaissent qu'une logique, celle de la croissance infinie. Dans ce contexte, l'accompagnement à la prise de décision se révèle particulièrement pertinent, à la fois source d'apaisement, de confort, de prévention et par là également source d'économies financières. L'ampleur des besoins en cette matière, ampleur liée au vieillissement de la population et à l'augmentation de la longévité, nécessiterait une démultiplication de ces initiatives.

A ces exemples on pourrait ajouter la situation des consultations prénatales qui deviennent les premiers réceptacles des demandes de santé. Le report de plus en plus fréquent de la consultation médicale tout comme l'absence chez certaines familles précarisées d'un médecin de famille transforme progressivement la consultation pour nourrissons de l'ONE en acteur médical de première ligne.

Pour de nombreuses familles, c'est à l'occasion de ces consultations que sont exposés des problèmes de santé familiaux.

Ces exemples illustrent une réalité réconfortante : le secteur associatif a les capacités d'adapter son offre de services aux besoins de la société. Cette offre de services est de plus en plus pertinente et de mieux en mieux ciblée. C'est aussi la raison pour laquelle le débat sur le pacte associatif doit trouver un aboutissement concret et ouvert à l'évolution des besoins.

Et, en matière de santé, toutes les initiatives locales renforçant la cohésion sociale tout en répondant à des objectifs de première nécessité et de lutte contre la précarité devront être privilégiées.

Ma conviction profonde est que la promotion de la santé pourrait apporter une plus-value à ces multiples initiatives en leur fournissant un cadre méthodologique, des repères et des outils d'évaluation. Ce qui nécessite une affirmation politique majeure de l'importance de la promotion de la santé dans notre société.

Propos recueillis par **Gilles C. Jourdan**

Note : avant cette interview, André du Bus a eu une série d'entretiens avec plusieurs acteurs du monde de la santé et de la promotion de la santé qu'il tient à remercier ici : Chantal Noël, Lydwine Verhaegen, André Lufin, Michel Pettiaux et Christian De Bock.

² Le Babykot est un espace, un lieu d'accueil chaleureux et convivial pour les enfants âgés de 0 à 3 ans, accompagnés de leurs parents ou d'un adulte de référence. Les parents peuvent venir partager un moment agréable avec leurs enfants. De plus, ces derniers rencontrent leurs pairs et font ainsi l'expérience du groupe, ce qui facilite leur socialisation et les prépare tout doucement à l'école maternelle. Ces lieux ouverts permettent également la rencontre avec d'autres parents en offrant un espace pour se poser et partager vécu et expériences.

STRATÉGIE

Le budget santé de la Communauté française en 2007

On sait que les montants consacrés à la santé par la Communauté française ne pèsent pas bien lourd à côté des moyens alloués aux soins de santé fédéraux, avec en plus une norme de croissance favorable à ces derniers qui ne fait qu'accentuer l'écart au fil des ans. Voici quelques années, le fait que pour 1 euro consacré à la santé par la Communauté française, le niveau fédéral en dépensait 1.000, avait de quoi choquer.

La situation ne s'est guère améliorée depuis si on considère les engagements hors 'promotion santé à l'école'. Environ 19.000.000 d'un côté, pour plus de 20 milliards de l'autre...

Les dépenses en 2007

La structure du budget a été revue sérieusement en 2006 pour suivre le Plan communautaire opérationnel et ses déclinaisons thématiques. Cela donne un tableau sans

doute un peu plus lisible qu'auparavant.

Statu quo légèrement amélioré

Le montant est légèrement supérieur à celui de 2006. Cela reste donc dérisoire à l'aune des dépenses globales de la Communauté ou du budget fédéral des soins de santé. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il n'y a pas quelques évolutions significatives.

Programme	Nature	Contenu	2006	2007
Programme 0	Subsistance	Fonctionnement des conseil et commissions, réunions, enquêtes...	72.000	72.000
Programme 1	Interventions diverses	Accords de coopération et dotation à l'Académie Royale de Médecine	168.000	179.000
Programme 2				
	<i>Contrôle médico-sportif</i>		506.000	521.000
	Mise en œuvre du PCO			
		Vaccination	2.730.000	5.186.409
		Assuétudes	1.031.000	1.229.307
		Sida	2.067.000	1.934.508
		Cancer	1.404.000	810.372
		Cardio-vasculaire	423.000	415.970
		Tuberculose	1.296.000	1.367.000
		Traumatismes et sécurité	175.000	175.000
		Etudes, recherches et pilotage du PCO	476.000	362.113
		Subventions diverses pour mise en œuvre du PCO	989.000	1.150.903
			10.591.000	13.152.582
Promotion et protection de la santé				
		Dépenses de toute nature	225.000	151.503
		Organismes agréés (CLPS et SCPS)	2.577.000	2.622.928
		Initiatives du Gouvernement	473.000	196.180
		Problématiques émergentes, programmes pilotes ¹	462.000	524.490
		Programmes locaux	616.000	483.492
		Dépistage maladies métaboliques	680.000	755.000
		Dépistage surdité néonatale	185.000	184.631
		Subventions aux programmes de transition professionnelle	4.000	0
		Subvention à l'Institut scientifique de santé publique	834.000	886.609
			6.056.000	5.804.833
		Divers	35.000	-
Total programme 2			17.188.000	18.957.415
Programme 3	Promotion de la santé à l'école		16.911.000	17.540.000
Total général			34.339.000	36.748.415

¹ Dont des programmes en matière de promotion de la santé sexuelle et affective

Ainsi, la progression considérable du budget 'vaccination' saute aux yeux. Il a pratiquement doublé d'une année à l'autre, ce qui est remarquable à enveloppe globale quasi constante. On observe aussi une légère progression du budget dévolu à la promotion de la santé à l'école.

Principaux bénéficiaires

Dans la mise en œuvre du PCO (thématiques, recherches, pilotage...), relevons les programmes dotés de plus de 100.000 euros :

- assuétudes : programme visant les jeunes en milieux institutionnels et de loisirs (Citadelle/Canal J), recherche et développement de pistes de prévention dans les milieux de vie des jeunes (FARES), Infor-

- Drogues, Prospective Jeunesse, Eurotox;
- HIV/Sida : promotion de la santé en milieu de prostitution (Espace P), Ex æquo, prévention et réduction des risques liés à l'usage de drogues (Modus Vivendi), Observatoire du sida et des sexualités, Plate-forme prévention sida, prévention du sida et des autres MST chez les migrants (SIREAS);
- cancer : Brumamo, Fondation registre du cancer, centres provinciaux;
- maladies cardiovasculaires : cellule CAP Cœur, santé cardiovasculaire en médecine générale;
- traumatismes : Educa Santé;
- approches communautaires en santé publique (Fédération des maisons médicales);
- revue *Education Santé* (ANMC);
- 'carnets de voyage' (CORDES);

- société, cultures et promotion de la santé (Cultures et Santé);
- collection 'Education santé' (Médiathèque);
- formations (Repères);
- préparation colloque Mons 2008 (Sacopar);
- Outilthèque santé (UNMS).

Notons encore trois autres programmes à plus de 100.000 euros : promotion de la santé autour de la naissance (Centre d'éducation du patient), promotion de la santé affective et sexuelle en milieu scolaire (Fédération laïque de centres de planning familial), vie relationnelle et sexuelle des personnes handicapées physiques (Facultés Notre-Dame de la Paix).

Christian De Bock, avec la collaboration de **Didier Lebaillly**, DG Santé

Le Plan d'action national alcool (PANA) 2008-2012

Le Conseil supérieur de promotion santé remet au Gouvernement de la Communauté française des avis destinés à assister ce dernier dans sa politique de promotion de la santé et de médecine préventive. Il s'agit souvent de recommandations techniques, imposées par la législation, ou d'avis ponctuels sur des programmes d'action et de recherche, sur des campagnes médiatiques, des registres de pathologies, etc.

Le Conseil est aussi amené à répondre à des questions de portée plus générale, et peut aussi prendre l'initiative d'attirer l'attention de la ministre sur une question qu'il juge intéressante ou préoccupante.

L'avis reproduit ci-dessous a été donné le 18 avril 2008 en réponse à une demande de Madame

Catherine Fonck, Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé.

A noter : le site sante.cfwb.be contient beaucoup d'informations utiles sur le Conseil, dont une partie de ses avis.

Note : les titres sont de la rédaction

Le Conseil, à la demande de la Direction générale de la santé, a examiné le Plan d'action national alcool (PANA) 2008-2012.

Les discussions et décisions entre le Fédéral et les Entités fédérées ont été reportées au plus tôt à juin 2008. L'une des raisons est sans doute liée au fait que les questions abordées dans ce Plan dépassent le seul secteur de la santé et concernent de nombreux autres départements (justice, communication...). Dans ces conditions, le Conseil estime opportun de remettre un avis à la Ministre de la santé de la Communauté française, Catherine Fonck, en vue d'argumenter les discussions qui devront encore se tenir.

Rôles du 'fédéral' et des Communautés

Le Conseil s'inquiète de la multiplicité des plans nationaux élaborés au niveau fédéral avec la participation des Communautés; ces plans envisagent chacun leur problématique spécifique en fonction sans doute de lobbies; aucune organisation de gestion de ces plans n'est réfléchie ni prévue (finance-

ment, équipe de gestion, accord structurel visant un engagement des Entités fédérées et du Fédéral en fonction de leurs compétences...) de telle sorte que ces Plans relèvent plus d'un souci de visibilité passager que d'une volonté d'agir durablement.

Le Conseil s'interroge sur le peu de place laissé aux Communautés et aux pouvoirs locaux et de leur implication dans les choix des actions menées et des publics cibles visés. Le Conseil estime que le Plan s'octroie pour partie un rôle dévolu aux Communautés dans la mesure où il définit lui-même les choix politiques de prévention et précise les actions de sensibilisation et de formation de divers groupes cibles, domaines de compétence communautaires.

La *Cellule Politiques de santé en matière de drogues* s'institue dans le PANA comme l'interlocuteur privilégié – si pas unique – des actions concrètes proposées dans le Plan, la Conférence interministérielle étant le passage obligé. Malgré l'évidence des compétences communautaires, le PANA semble donc bien un Plan que se propose de diriger le Fédéral dans une vision pasteurienne. Les Communautés sont considérées par le Fédéral plutôt comme des collaborateurs, ce qui risque d'amener à des blocages lors de l'exécution des actions.

Une approche obsolète et naïve

Le Conseil souligne d'abord l'absence dans le PANA de la moindre référence aux objectifs et stratégies de promotion de la santé. L'approche biomédicale, pasteurienne est seule mise en évidence : dépistage médical, traitement, information alarmiste des publics et propositions répressives. Travailler avec les usagers, proposer une stratégie qui s'appuie sur les besoins tels que définis par les populations visées n'est jamais envisagé.

Les publics cibles privilégiés concernent en fait l'ensemble de la population : jeunes, femmes enceintes et hommes...

L'approche par public cible privilégiée est peu judicieuse; il conviendrait de privilégier les situations de consommation.

Le Conseil souligne que le Plan s'engage insuffisamment vis-à-vis des aspects liés à l'offre; le lobby des alcooliers est ainsi escamoté en privilégiant de se pencher plutôt vers les personnes qui consomment de façon excessive. Le Conseil souligne l'intérêt du Plan pour sa prise en compte des différents niveaux de compétences politiques tout en gardant les spécificités de chacun. Le Conseil estime que la réalisation d'un Plan national doit prévoir un temps de consultation, de négociation, de travail avec les acteurs, permettant une co-construction entre fédéral et entités fédérées.

Le Conseil souligne la multitude des idées avancées, les affirmations mal étayées, les ambiguïtés, les confusions d'idées et les approximations, les jugements moraux... ce qui décrédibilise l'ensemble du document. A titre d'exemples, page 7 « le nombre d'années de vie potentiellement perdues à cause de la consommation d'alcool était estimé à 93.000 en 1995 » et « les parents directs peuvent être victimes d'abus ou d'autres comportements inadmissibles » et page 8 « les experts vont jusqu'à attribuer 25 % à 40 % des accidents de la route à la consommation de l'alcool ».

Le Plan fait preuve d'une grande naïveté en considérant qu'il suffit d'améliorer les connaissances du public quant aux dangers de l'alcool. Certaines propositions pourraient même s'avérer contre-productives (mener des actions d'information en milieu scolaire pourrait avoir des effets incitatifs, prôner l'abstinence totale chez les femmes enceintes pourrait provoquer chez celles qui se sentent coupables une augmentation de leur consommation, et en inciter d'autres à taire leur consommation).

La question des consommations excessives et problématiques est envisagée sans toucher au contexte de ces consommations, tel par exemple le stress en entreprise. Le coût social de l'alcool est présenté comme un coût économique.

Le Conseil se pose trop de questions quant aux contenus visés par des mesures suggé-

rées de telle sorte qu'il ne peut les mettre toutes en évidence. Le Plan est écrit de façon peu cohérente, confuse; certains types de consommation sont abordés comme argumentaires d'actions. Le manque de précision sur des propositions notamment de détection précoce et d'intervention précoce est inquiétant.

Des lacunes énormes apparaissent tout au long de l'éventail de mesures proposées, sans lien avec la promotion de la santé et du bien-être et sans prendre en compte le danger de certaines mesures en matière de préservation des droits individuels.

Face à autant de questions importantes et de remarques qui lui paraissent fondamentales, le Conseil tient à attirer l'attention de la Ministre sur les ambiguïtés de ce Plan, sa mauvaise préparation et le risque, en y adhérant sans réserve, de voir remises en question les stratégies de promotion de la santé et de réduction des risques des acteurs en Communauté française, soutenues par le politique depuis de nombreuses années.

Il semble donc essentiel pour le Conseil d'attirer l'attention de la Ministre sur la mise en avant des incursions du fédéral dans des matières communautaires sans qu'il soit

fait références aux stratégies existant au niveau de ces communautés et régions.

La Présidente du Conseil, **Martine Bantuelle**

Réaction ministérielle musclée

Le quotidien *Le Soir*, dont la lecture du sujet est depuis longtemps critique vis-à-vis des initiatives des autorités, a repris des éléments de l'avis du Conseil dans son édition du 10 septembre 2008, ce qui a fait réagir Catherine Fonck au quart de tour.

Voici le communiqué qu'elle a publié le même jour sous le titre 'Lobbying des alcooliers sur le Plan national alcool : Fantômes et affabulations'.

Catherine Fonck, Ministre de la Santé en Communauté française a pris connaissance avec étonnement de l'article publié dans « Le Soir » de ce mercredi 10 septembre qui relaie l'affirmation du Conseil supérieur de promotion de la santé selon laquelle les dispositions du Plan National Alcool auraient succombé au lobbying des alcooliers. La Ministre soutient que de telles allégations relèvent du fantasme et de l'affabulation. Elle n'a pour sa part jamais reçu les alcooliers, ni cédé à une quelconque pression exercée par eux.

Catherine Fonck rappelle au contraire l'engagement fort des sept ministres concernés en

Belgique par la lutte contre les ravages que provoque un abus de consommation d'alcool. La Conférence interministérielle du 17 juin dernier s'est ainsi accordée sur le fait que la vente et la consommation de bière et d'alcool ne seront plus autorisées qu'aux jeunes âgés au minimum de 16 ans. Et il faudra 18 ans pour pouvoir consommer des alcools forts.

Par ailleurs, elle signale que les Ministres de la Santé recommandent une séparation nette entre les alcools et les autres boissons dans les rayons du secteur de la distribution. Cette mesure vise particulièrement les alcopops qui rencontrent un large succès chez les jeunes (l'alcool est masqué à l'aide d'eau très sucrée et colorée).

L'apposition sur les bouteilles d'alcool d'un logo préventif à destination des femmes enceintes et l'interdiction faite aux publicitaires d'associer la consommation d'alcool au plaisir (slogan de type « No Martini, no party ») constituent autant de dispositions susceptibles de déplaire aux alcooliers.

Pour Catherine Fonck, l'interdiction de distribuer gratuitement de l'alcool lors d'événements sportifs et culturels ne paraît pas non plus être une décision censée symboliser une prétendue soumission au secteur de la vente d'alcool.

OUTIL

Stereotypik

Description de l'outil

STEREOTYPIK est un outil de réflexion et d'animation sur les stéréotypes. Il est destiné aux enfants de 8 à 12 ans et à toute personne sensible à l'égalité hommes - femmes, nord - sud.

Par des animations courtes et vivantes, faisant appel à diverses matières (mathématiques, français, éveil géographique, éveil historique) et compétences (rechercher, réaliser, créer, communiquer, argumenter, etc), les enfants ont l'opportunité de s'exprimer sur des sujets tels que la santé, la publicité, la violence... et de découvrir des informa-



tions sur les droits économiques et sociaux à propos des différents thèmes abordés.

Cet outil a été réalisé avec le soutien de l'Institut pour l'Égalité des femmes et des hommes, le Centre national de coopération au développement (CNCD) et la Coopération belge au développement.

Promoteur :

*Le monde selon les femmes,
rue de la Sablonnière 18,
1000 Bruxelles.*

Tél.: 02 223 05 12. Fax : 02 223 15 12.

Courriel : monde.femmes@skynet.be.

Internet : <http://www.mondefemmes.org>.

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 (mars 2007).

Appréciation globale

Ce dossier pédagogique, très « ouvert » dans ses préoccupations et méthodes éducatives, fournit un support pertinent pour induire une dynamique participative dans les classes et

pour faire évoluer les représentations. Les procédés pédagogiques permettent aux enfants de s'appuyer sur leur quotidien ou sur l'actualité pour aborder les préjugés. De plus, une fiche de synthèse, à photocopier, permet à chaque élève de conserver les infos principales à retenir, ainsi qu'une trace de l'évolution de ses représentations avant/après l'activité.

Les valeurs militantes du promoteur ne constituent pas un frein à l'utilisation de l'outil. Cependant, l'animateur devra être au clair avec ses propres valeurs.

Le dossier au graphisme « cultures du monde » fournit des propositions d'activités concrètes, claires et directement opérationnelles. Le découpage des activités permet un usage modulaire et transdisciplinaire, à court ou moyen terme. Attention : les promoteurs sous-estiment le temps nécessaire aux animations, au vu de la richesse possible des débats.

Objectifs de l'outil

Connaître certaines des réalités vécues par les hommes et les femmes, au Nord comme au Sud.

Prendre conscience des stéréotypes / préjugés / discriminations liés aux relations hommes / femmes et aux relations Nord/Sud.

Confronter sa perception à celle du groupe.

Public cible

8-12 ans, mais aussi dans les premières classes du secondaire.

Utilisation conseillée

Dans le cadre d'un cours philosophique, sur la clarification des valeurs.

Les nombreuses données chiffrées devront rapidement être actualisées; pourquoi ne pas le faire en groupe ?

¹ Pour une description de l'Outilthèque et du fonctionnement de la cellule d'experts, voir SPIECE C., La Cellule d'experts de l'Outilthèque-santé, paru dans Education Santé, n° 172, septembre 2002 (<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=339>). Lire aussi du même auteur Quels outils en promotion de la santé ?, Education Santé n° 210, mars 2006 (<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=731>). L'Outilthèque se trouve exclusivement sur le site <http://www.pipsa.org>.

LU POUR VOUS

Un nouvel éclairage sur la pauvreté en Région bruxelloise

Le nouveau Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008 de l'Observatoire de la Santé et du Social comporte cinq parties qui développent chacune un aspect particulier de la problématique de la pauvreté à Bruxelles. Il rassemble différentes approches qui contribuent à la lutte contre la pauvreté : mesurer et comprendre, solliciter la participation des personnes concernées, nourrir le débat parlementaire et engager l'action politique.

Le *Baromètre social* dessine les grandes lignes de l'évolution de la pauvreté en Région bruxelloise au travers d'une série d'indicateurs. Si certains d'entre eux montrent une évolution positive comme par exemple la diminution du chômage des jeunes, la plupart indiquent que la pauvreté persiste à un niveau préoccupant en Région bruxelloise : plus d'un Bruxellois sur quatre vit sous le seuil du risque de pauvreté, le taux de chômage de la population bruxelloise est plus du double du taux belge, malgré les

améliorations. Ainsi, 32 % des jeunes de moins de 25 ans sur le marché de l'emploi sont au chômage, un jeune Bruxellois sur cinq a quitté l'école avec au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur et ne suit plus de formation, et plus de 26.000 ménages sont sur la liste d'attente pour un logement social. Le rapport thématique *Pauvreté et vieillissement* relate le vécu de Bruxellois âgés en situation sociale précaire et de Bruxellois confrontés à un vieillissement prématuré lié à la pauvreté. Ils parlent de leurs inquiétudes, par exemple de leurs conditions matérielles, des relations familiales rompues, des problèmes d'accès à l'information et de leur sentiment d'exclusion; l'Observatoire en tire quelques pistes de réflexion. Un parcours de vie marqué par la pauvreté amène souvent un épuisement physique et psychique bien avant l'âge de la retraite. Les personnes confrontées à un vieillissement précoce interpellent la société sur les réponses qui leur sont offertes.

Diverses questions importantes touchant à la pauvreté sont discutées par différents acteurs bruxellois dans les Contributions externes : Actiris analyse la politique de l'emploi des travailleurs âgés, les fédérations de services sociaux abordent la quintuple fracture urbaine et le rôle crucial des services sociaux pour faire face aux besoins, La Strada propose quelques pistes de réflexions pour élaborer une image aussi complète que possible de la question des personnes sans-abri, la Plateforme de concertation pour la santé mentale pose la question des liens entre précarité et santé mentale et en particulier de la prise en charge et de l'accueil des patients relevant de la psychiatrie lourde qui nécessitent des soins chroniques et complexes et, enfin, la coordination Gaz-électricité-eau fait le bilan social d'une année de libéralisation du marché du gaz et de l'électricité.

Le *Plan d'action bruxellois de lutte contre la pauvreté* constitue le volet politique du rap-



La zone du canal à Molenbeek

Photo © Isopix

port pauvreté. Il rassemble pour la première fois les actions menées par les diverses autorités bruxelloises dans le cadre de la

lutte contre la pauvreté. Ce premier plan bruxellois pourrait permettre de développer, préciser et harmoniser ultérieurement

la politique de lutte contre la pauvreté à Bruxelles.

Ces différents aspects feront l'objet d'une discussion entre les décideurs politiques et les personnes qui personnellement ou professionnellement sont confrontées à la pauvreté au cours d'une table ronde qui sera organisée au parlement bruxellois. La *Synthèse de la table ronde* constituera la cinquième partie du rapport bruxellois sur la pauvreté (à paraître en février).

Vous pouvez consulter ou télécharger gratuitement ce document sur le site internet de l'Observatoire de la Santé et du social www.observatbru.be. Il est également possible de le commander (bon de commande sur le site).

Observatoire de la Santé et du social de Bruxelles, av. Louise 183, 1050 Bruxelles.

Tél.: 02 552 01 89. Fax : 02 502 59 05.

Courriel : observat@ccc.irisnet.be.

Site : www.observatbru.be

Arrêter de fumer tue

Arrêter de fumer tue. Arrêter de fumer est tuant.

Heureusement, **Thomas Bidegain**, candidat à l'arrêt tabagique dispose d'une armure et d'une arme. Elles ont pour nom « dictaphone » et « journal intime », le second découlant de l'utilisation du premier.

C'est que le projet d'arrêt lancé, Thomas Bidegain craint de passer pour un geignard auprès de son entourage. Il se confie bien aux siens par épisodes, comme il est enclin à s'épancher selon des voies toutefois balisées, pour la bonne cause, face au tabacologue, à la diététicienne ou au pneumologue, voire au marabout qu'on trouve parmi ses interlocuteurs. Les entretiens avec les précités permettent à l'auteur de livrer de savoureux commentaires. Ainsi : « *Les tabacologues dirigent le monde, leurs femmes sont belles, leurs maris font du sport, on se tait quand ils parlent. Ils sont assis sur le toit du monde. Leurs pieds se balancent.* »

Quant à la diététicienne, ses conseils pèsent

peu face aux fringales et à l'alcoolisation du candidat à l'arrêt. Qui s'interroge : « *Comment savoir quand un repas est terminé s'il ne se clôture pas par l'habituelle cigarette ?* »

« Arrêter de fumer tue » couvre quelques mois de la vie d'un fumeur puis d'un ex-fumeur et enfin d'un non-fumeur.

On veillera à ne pas confondre l'ex-fumeur et le non-fumeur. Le distinguo fait germer le projet suivant dans le chef de l'auteur : « *Penser à faire fortune en créant dans les restaurants une troisième zone, en plus de la fumeur et de la non-fumeur, la ex-fumeur. Un peu à l'écart, avec des menus minceur, des gants de boxe et des couteaux à bouts ronds.* »

Arrêter de fumer n'a heureusement pas tué Thomas Bidegain, sorti vivant de son combat face à la nicotine. L'épreuve a même aiguisé son sens de l'humour. C'est avec beaucoup de verve que le futur ex-fumeur évoque ses combats avec les emballages des chewing-gums à la nicotine (double couche de plastique et d'alu), son recours aux antidépresseurs, et sur-

tout son questionnement permanent (« *Ce serait quoi le bon moment ? Le jour où d'un coup on se réveille sans avoir envie de fumer ? Le jour où le praticien ordonne l'arrêt immédiat ? Je navigue quelque part entre les deux* »). Il y a même des sursauts de coquetterie chez cet homme-là, qui s'observe et se trouve élégant fumant, cigarette tenue au bout des doigts, entre le pouce et l'index, entre le majeur et l'annulaire sans parler de toutes les variations autour de l'expulsion de la fumée.

L'humour n'empêche pas qu'apparaissent au fil des pages des interrogations partagées par tous ceux qui tentent d'arrêter de fumer et par les professionnels de l'aide à l'arrêt : comment renforcer sa motivation ? Quelle méthode d'arrêt choisir ? Arrêter progressivement ou d'un coup ? Parler de son arrêt à son entourage ou reporter l'annonce ?

Parmi les certitudes avancées par l'auteur (il n'y en a pas beaucoup), on trouve celle-ci dans les dernières pages du livre : « *Arrêter de fumer peut commencer alors que l'on est*

toujours fumeur. Toute la différence réside dans la conscience d'allumer une cigarette. Quelque chose dans la routine s'enraie. L'aventure de l'arrêt commence alors.» Avec « Arrêter de fumer tue », Thomas

Bidegain, scénariste de cinéma et de BD, signe son premier opus littéraire. Né d'une expérience somme toute « rock'n roll » qui voit apparaître en renfort au détour des pages Lou Reed, Spartacus ou

Clint Eastwood; c'est dire...

Véronique Janzyk

Arrêter de fumer tue, Thomas Bidegain, Editions de La Martinière, 2007, 96 pages

DONNÉES

Forte augmentation du nombre de fumeurs en 2008

Pour la première fois en six ans, le pourcentage de fumeurs quotidiens accuse une augmentation significative dans notre pays, en passant de 27 % en 2007 à 30 % en 2008. L'absence de nouvelles initiatives, telles que des augmentations de prix ou l'interdiction totale de fumer dans tous les lieux publics (cafés compris), est une explication plausible.

Le nombre de fumeurs augmente

D'après l'enquête réalisée auprès de 4.037 personnes de plus de 15 ans (effectuée entre le 5 septembre et le 12 novembre 2008 par Ipsos pour la Fondation contre le Cancer et financée par le SPF Santé publique), le nombre de fumeurs enregistre une augmentation significative pour la première fois en six ans : le pourcentage de fumeurs est ainsi passé de 27 % en 2007 à 30 % en 2008 (voir dans le tableau ci-dessous le détail par sexe et tranches d'âge).

Cette augmentation du nombre de fumeurs n'est pas vraiment une surprise. En effet, d'après l'expérience de ces 30 dernières années, le nombre de fumeurs augmente si de nouvelles initiatives anti-tabac se font attendre.

Méthodologie de l'enquête réalisée par IPSOS

Six enquêtes réalisées par Ipsos utilisant la même méthodologie ont été menées auprès de 2.000 personnes en 2002, 2003 et 2005, et auprès de 4.000 personnes en 2006, 2007 et 2008, à la demande du CRIOC (2002), du VIG (2003) et de la Fondation contre le Cancer (2005, 2006, 2007 et 2008). La marge d'erreur relative à un échantillon de 4.000 personnes est de 1,3 %. On relève une différence significative entre le pourcentage de fumeurs quotidiens en 2007 et 2008. 4.037 personnes ont été interrogées chez elles lors d'une interview en face à face, entre le 5 septembre et le 12 novembre 2008. L'échantillon a été stratifié en fonction des provinces et du type d'urbanisation. Le croisement de ces deux variables donne 37 cellules. Dans chacune de ces cellules, un point de départ a été sélectionné au hasard et s'est vu attribuer un certain nombre d'interviews proportionnellement à la population de cette cellule. Le

nombre de points de départ est estimé à cent. Des quotas sont appliqués en ce qui concerne le sexe, l'âge, la profession (actif/inactif) et le niveau d'éducation de la personne interrogée. La détermination des groupes sociaux s'appuie sur un ratio calculé d'après la profession du principal responsable des revenus du ménage et son niveau de formation. La population est classée en fonction de la valeur résultant de la combinaison de ces deux variables, puis répartie en huit groupes plus ou moins égaux. Le groupe qui correspond aux valeurs les plus élevées (et, par conséquent, au niveau professionnel et/ou de formation le plus élevé) est désigné comme le groupe 1, tandis que le groupe 8 concorde avec les valeurs les plus faibles. La population totale concernait 8.600.000 personnes de quinze ans et plus vivant en Belgique.

En 2008, il n'y a pas eu d'augmentation de taxes sur les articles de tabac et l'interdiction

totale de fumer dans les cafés n'a pas encore été appliquée. Rappelons que quatorze pays européens ont pourtant déjà banni le tabac dans l'horeca : l'Irlande, la Norvège, l'Italie, Malte, la Suède, l'Écosse, la Lituanie, l'Islande, l'Estonie, l'Angleterre, la France, la Slovénie, les Pays-Bas et la Finlande.

En 2008, notre pays compte environ 5.860.000 personnes qui n'ont jamais fumé, 2.840.000 fumeurs et 1.630.000 ex-fumeurs. Toujours pour cette même année 2008, le pourcentage de fumeurs quotidiens s'élève à 30 %, les

Fumeurs quotidiens selon l'âge et le sexe en 2007 et 2008

	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	+65 ans	total
Femmes 2007	24 %	28 %	28 %	10 %	24 %
Femmes 2008	19 %	36 %	32 %	8 %	26 %
Hommes 2007	27 %	37 %	35 %	15 %	31 %
Hommes 2008	30 %	44 %	34 %	20 %	34 %
Total 2007	26 %	33 %	32 %	12 %	27 %
Total 2008	24 %	40 %	33 %	13 %	30 %

fumeurs occasionnels représentent 3 %, les anciens fumeurs 19 % et les personnes qui n'ont jamais fumé, 48 %.

Une plus grande visibilité de la ligne Tabac-Stop est souhaitée

La ligne Tabac-Stop est une ligne téléphonique d'informations et de conseils qui répond aux questions relatives au sevrage tabagique et propose un accompagnement adéquat. L'une



des quatorze mises en garde présentes sur les paquets de cigarettes reprend le numéro de la ligne : « *Faites-vous aider pour arrêter de fumer : 0800 111 00* ».

Environ 7 % de la totalité des paquets portent

donc ce message. Cependant, d'après l'enquête, il s'avère que 47 % des fumeurs ne connaissent pas l'existence de la ligne Tabac-Stop. En outre, toujours d'après cette enquête, 70 % des personnes interrogées souhaitent que le numéro de la ligne Tabac-Stop figure sur tous les paquets de cigarettes.

D'après un communiqué de presse de la Fondation contre le Cancer (4 décembre 2008)

VU POUR VOUS

www.promosante.net

Si vous consultez parfois notre site www.educationsante.be, vous aurez remarqué dans le coin supérieur droit de la page d'accueil une drôle de bulle de BD arc-en-ciel surmontant un genre de queue du marsupilami : c'est le symbole d'une plateforme de sites 'amis', travaillant en prévention et en promotion de la santé, qui



partagent une série de valeurs jugées importantes.

Au départ d'une initiative du SCPS-Question Santé asbl, quelques associations actives en promotion de la santé en Belgique francophone et disposant d'un site Internet ont décidé voici un peu plus de deux ans de créer une plate-forme des sites de promotion de la

La Charte de la plate-forme

La plate-forme des sites de promotion de la santé en Communauté française de Belgique vise à mettre en évidence la cohérence et l'ampleur des outils développés par notre secteur, et à augmenter la visibilité des différents sites membres par l'entremise d'une plate-forme commune. En effet, la popularité d'un site Internet se mesure notamment au nombre de liens qui pointent vers lui. Plus ce nombre est élevé, plus le site est populaire.

Objectifs fondamentaux

- Offrir à l'internaute une plate-forme répondant à des critères de qualité, lui offrant un large panel des outils disponibles en termes de promotion de la santé et de prévention en Communauté française.
- Augmenter la visibilité des sites de promotion de la santé en Communauté française.

Principes fondamentaux

- Les membres de la plate-forme mèneront leurs actions dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention sur le territoire de la Communauté française de Belgique.
- Les membres de la plate-forme s'engagent à respecter les critères d'accessibilité, de crédibilité, et de contenu pour les sites de leurs associations.
- Les membres de la plate-forme s'engagent à apposer le « tatoo » de la plate-forme sur la page d'accueil de leur site et à informer le responsable de la maintenance de la plate-forme du moindre changement dans les coordonnées du site.
- Ouverte à toutes les associations, fondations et institutions académiques, pour autant qu'elles soient sans but lucratif, et œuvrant dans le domaine de la promotion de la santé

en Communauté française de Belgique, la plate-forme considère que c'est par l'adhésion aux principes de la présente Charte qu'est reconnue l'affiliation en tant que membre. C'est sur cette même adhésion aux principes de la Charte et à leur mise en pratique que pourrait être mis en question, le cas échéant, le maintien du statut de membre.

Pour poser sa candidature

Vous pouvez en parler à un des membres fondateurs, il relayera votre demande à l'ensemble des membres.

Vous pouvez aussi remplir le formulaire d'adhésion sur le site. Celui-ci sera traité dans les meilleurs délais par le Service Communautaire de Promotion de la Santé - Question Santé asbl. Votre adhésion acceptée, vous recevrez le logo du réseau à apposer en page d'accueil.

santé en Communauté française de Belgique. Elle a plusieurs objectifs : le premier qui vient à l'esprit est d'augmenter la visibilité des différents sites membres par l'entremise d'un portail commun.

Mais cette plate-forme est plus ambitieuse que cela : elle a aussi et surtout pour ambition d'offrir à l'internaute un accès à des sites répondant à des critères de qualité, lui offrant un large panel d'outils disponibles en termes de promotion de la santé et de prévention en Communauté française.

Pour rejoindre la plate-forme, les conditions suivantes sont requises.

Critères de sélection

Localisation

L'association doit exercer ses activités en Communauté française, mais elle ne doit pas pour autant être subventionnée par celle-ci.

Crédibilité

L'association, la fondation ou l'institution académique qui produit le site doit être sans but lucratif, exercer une activité de prévention ou de promotion de la santé au profit de la popu-

lation ou de groupes cibles relevant de la Communauté française, et ses organes de gestion ne doivent comporter ni directement, ni indirectement, des membres ayant un intérêt industriel ou commercial au contenu développé par le site.

La raison d'être du site doit être explicite ou évidente; le nom, les coordonnées complètes de l'association et de la personne responsable doivent apparaître.

Le site doit mentionner les sources de financement de l'association.

Un avertissement vis-à-vis de la confidentialité des informations doit être présent si pertinent (forum, abonnement à une newsletter etc.).

Contenu

Le site doit étayer les informations de promotion de la santé et de prévention qu'il communique (sources avec renvois éventuels à celles-ci, fondements scientifiques etc.).

Le site doit veiller à éviter de présenter des calendriers d'activités dépassés.

Le responsable du site assure une actualisation régulière. Il doit indiquer la date de la mise en ligne des informations et/ou la dernière actualisation des infos.

Accessibilité

L'accès au site doit pouvoir se faire en permanence et doit mener exclusivement à l'information pour lequel il est destiné.

Les présentations PDF doivent être accompagnées d'un bouton de téléchargement gratuit du logiciel Acrobat Reader et indiquer la taille des fichiers à télécharger.

L'accès à l'information doit être facilitée, soit par la présence d'un moteur de recherche interne soit par un plan du site accessible dès la page d'accueil.

Les liens sont régulièrement mis à jour pour rester opérationnels.

Membres

Il y a actuellement une trentaine de sites affiliés. Certains d'entre eux sont déjà bien connus de nos lecteurs, d'autre le sont moins. Nous vous proposerons régulièrement de faire leur connaissance dans les prochains numéros.

Christian De Bock



Les articles vedettes d'Education Santé

En septembre 2007, nous avons procédé à une évaluation de notre publication auprès de ses abonnés¹, dont les résultats encourageants nous ont confortés dans notre politique éditoriale.

Le site de la revue offre aussi quelques éléments d'évaluation de l'impact de notre travail. Ainsi, le nombre de visiteurs ne fait qu'augmenter au fil des ans, ce qui est déjà un élément positif.

Nous sommes passés de 60.000 visiteurs en 2006 à 120.000 en 2007 et à plus de 200.000 en 2008!

Mais quelles informations les visiteurs du site recherchent-ils ? Quels articles ont une

'seconde vie' après l'éphémère existence sur papier ?

Nous disposons 'en routine' de pas mal d'éléments d'appréciation. Ainsi, nous pouvons connaître les articles consultés par les internautes depuis mars 2005, soit un peu plus de trois ans.

Au moment où nous avons procédé à l'extraction des données, il y avait un peu plus de 1.000 articles dans la base reprenant les articles publiés depuis janvier 2001 (numéro 155).

Plus de **280.000 articles** ont été consultés en trois ans, de mars 2005 à juin 2008². Le tableau page suivante reprend les 30 textes les plus 'populaires' avec le numéro de la

revue dans lequel il a été publié, le titre, l'auteur, et le nombre de consultations.

Il s'agit d'un résultat brut, qui ne tient pas compte du caractère plus ou moins récent d'un texte. Un article paru en mars 2005 (le premier du palmarès par exemple) a, cela va de soi, plus de chances d'avoir été souvent consulté qu'un texte paru en avril 2008 (cas du plus récent apparaissant dans le top 100 établi en juin)!

Les thématiques les plus recherchées sont l'alimentation et le couple tabac - alcool, et cela se confirme si on prend le 'top 50' ou le 'top 100'. Cela témoigne de l'attention particulière que notre pays et notre Communauté portent à ces sujets depuis plusieurs années, dont Education Santé est assez naturellement le reflet.

¹ Voir DE BOCK C., *Education Santé* : bon bulletin, Education Santé, n° 233, avril 2008.
<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1009>.

² La requête a été élaborée par Jacques Henkinbrant, et l'extraction effectuée par Maryse Van Audenhaege le 17 juin 2008.

N° revue	Titre article	Auteur(s)	Nombre des consultations
199	Promotion de la santé chez les personnes âgées : les chutes	BANTUELLE M., VAN BASTELAER M.C.	4764
218	Nouvelles courbes de croissance de l'OMS : l'allaitement maternel défini comme la norme	NOIRHOMME -RENARD F.	2616
205	15 ans de droit à l'avortement en Belgique		2511
212	Les jeunes et l'alcool. Un constat inquiétant		2184
219	Pour une meilleure prise en charge des troubles de l'attention chez l'enfant	MAILLARD C.	2043
200	Le retour de la campagne 'Bon appétit la santé !'		2015
216	Décret relatif à la prévention du tabagisme et l'interdiction de fumer à l'école		1854
210	L'humanisation des soins	MAILLARD C.	1837
216	Les collations saines à l'école	MAILLARD C..	1793
999	La responsabilisation individuelle : aboutissement de la logique néo-libérale et de l'individualisme	LEONARD C.	1789
199	Une réédition très attendue. Communication et promotion de la santé		1730
999	Ethique et morale en promotion de la santé	LECORPS P.	1601
201	Un bilan des 'Midis à l'école'	DELIENS C.	1570
198	L'interdiction des distributeurs de sodas et snacks sucrés à l'école	DE BOCK C.	1567
201	Prévention de l'obésité chez l'enfant	CHERON M.	1567
204	Distributeurs automatiques à l'école : un débat éclairant	BROUYAUX A.	1562
199	L'éducation du patient à l'hôpital	MAILLARD C.	1400
219	Contraception : le retour de Laura		1397
200	L'obésité en questions	GASPARD I., VERHAEGEN L.	1386
213	L'enquête de consommation alimentaire en Belgique : enfin !		1369
203	Obésité : agir sur tous les plans	MAILLARD C.	1364
202	Le recours aux Communautés thérapeutiques	JACQUES J.P.	1358
208	Quand les personnes âgées devancent la mort	JANZYK V.	1276
200	Alcool et sécurité routière : le triomphe de Bob		1275
208	L'interdiction de fumer sur le lieu de travail est devenue réalité	MAILLARD C.	1252
213	Le plan national nutrition et santé belge	DE BOCK C.	1202
209	Comment les services PSE et les écoles peuvent-ils favoriser la résilience et promouvoir la santé des enfants et des adolescents primo-arrivants ?	RENARD F., MARTIN E., DECCACHE A.	1199
199	Prévention tabac. Vos papiers s'il vous plaît		1192
206	Les jeunes et le tabagisme		1188
220	2007, une bonne année pour les non-fumeurs !	MAILLARD C.	1181

Le fait qu'un article traitant de promotion de la santé des personnes âgées vient largement en tête est assez sympa, il prend le jeu-nisme ambiant à rebrousse-poil !

Et je suis aussi très heureux de constater que les deux interventions de Christian Léonard et Philippe Lecorps lors de la journée de réflexion que nous avons organisée à l'oc-

casion de la sortie du n° 200 du mensuel, et qui ont fait l'objet d'un 'hors-série', sont très régulièrement consultées.

Christian De Bock

BRÈVES

Communication - relationnel

Liège

3 et 10 février 2009

Le planning familial le « 37 » organise 2 journées de formation sur le thème de la communication « vraie ».

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 dans le respect de soi et des autres.

Lieu : Planning familial le « 37 »,
rue St. Gilles 29, 4000 Liège.

Prix : 35 € pour les 2 journées.

L'inscription est indispensable et demande un entretien préalable gratuit.

Renseignements : 04 223 77 89 ou www.le37.be

Suicide

Bruxelles

3 février au 27 mars 2009

Exposition 'Le suicide en face'

Le suicide, une problématique sensible et complexe où le regard porté par un certain nombre de disciplines scientifiques et médicales s'avère particulièrement utile pour mieux comprendre et, peut-être, mieux combattre ou accompagner. Grâce à l'apport de psychiatres, psychologues, épidémiologistes, sociologues, neurobiologistes, généticiens, intervenants dans des associations de prévention... il s'agit de faire saisir au public les enjeux de santé publique mais aussi individuels et sociétaux posés par le suicide.

L'expo-dossier « Le suicide en face » a été réalisé par la Cité des Sciences et de l'Industrie et présentée à Paris du 27 novembre 2007 au 6 avril 2008. Elle sera présentée à Bruxelles en février et mars 2009 par le Centre de prévention du suicide, en collaboration avec le Centre d'action laïque de Namur.

Description de l'exposition

Des panneaux didactiques, avec textes, infographies, photos, permettent une approche tous publics de la problématique autour de quatre axes :

- une photographie du suicide. Qui ? Où ? Comment ?
 - de l'idée du suicide au passage à l'acte ;
 - pourquoi se suicide-t-on ? Du télescope du sociologue au microscope du « psy » ;
 - prévenir, prendre en charge... Quels dispositifs ?
- Parmi les principaux experts dont les interviews sont consultables dans cette exposition :

Jean-Claude Ameisen, médecin et biologiste, membre du Comité consultatif national d'éthique (France);

Christian Baudelot, sociologue, professeur et chercheur au Laboratoire des sciences sociales à l'École Normale Supérieure (France);

Barbara Cassin, linguiste et philosophe, directrice de recherche au CNRS (France);

Marie Choquet, épidémiologiste, directrice de recherche à l'Inserm (France);

Michel Debout, président de l'Union nationale pour la prévention du suicide (France);

Axel Kahn, médecin et biologiste, directeur de l'Institut Cochin (France);

Jean Leonetti, député, rapporteur de la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie (France);

Xavier Pommereau, psychiatre, responsable du centre Jean Abadie, pôle adolescents Aquitaine, CHU de Bordeaux (France);

Jean-Luc Romero, président de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (France).

L'exposition comprend 8 entretiens audio avec chercheurs et spécialistes (notamment cités ci-

dessus) et 5 films thématiques :

- « Après une tentative » ;
- « Suicide assisté : la frontière suisse » ;
- « Le suicide des femmes chinoises » ;
- « Origine et significations du mot suicide » ;
- « Face à un jeune qui a des idées de suicide ou qui a fait une tentative de suicide, que faire ? ».

Par ailleurs, l'exposition peut se clôturer avec un quiz multimédia composé de 2 séries de 10 questions, de deux niveaux différents.

Rencontres tous publics

Dans le cadre de l'exposition, le Centre de prévention du suicide animera plusieurs rencontres ouvertes à tous, sur les thèmes du deuil après suicide, des idées reçues sur le suicide, et des suicides à l'adolescence.

Chaque fois, deux dates sont proposées :

- « Deuil après suicide » (jeudi 19/02, de 12h00 à 13h30 et jeudi 12/03, de 16h00 à 17h30);
- « Les idées reçues » (lundi 16/02, de 12h00 à 13h30 et jeudi 19/03, de 16h00 à 17h30);
- « Suicides à l'adolescence » (vendredi 27/02, de 12h00 à 13h30 et mardi 24/03, de 16h00 à 17h30).

Infos pratiques

L'exposition a lieu à l'Espace 27 septembre, Communauté française, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Accès libre et gratuit, du lundi au vendredi, de 8h00 à 18h00.
Pour les rencontres : entrée libre, sans réservation.
Infos : tél.: 02 650 08 69,
courriel : cps@preventionsuicide.be,
site www.preventionsuicide.be

Suicide

Bruxelles

5 février 2009

Journée d'études 'Suicide et euthanasie'

Chaque année, dans le cadre des *Journées de la Prévention du suicide en Communauté française*, le Centre de prévention du suicide organise une rencontre entre les professionnels de la santé et du social afin de mener une réflexion sur la question du suicide.

Cette année, le thème est le suicide et l'euthanasie, vus non pas comme deux notions distinctes, mais en tant que *réalités d'une même thématique* :

abrèger la souffrance, en finir avec la vie.

Pourquoi parle-t-on d'une part de meurtre de soi, de passage à l'acte et, d'autre part, de « belle mort », de mort « digne », de décision « rationnelle » qu'il s'agit de respecter ?

Les questions du choix, du droit, de la liberté ou encore de l'ambivalence prennent-elles une place différente dans le suicide et l'euthanasie ?

Comment la manière dont une société encadre ou non la question du suicide ou de l'euthanasie

illustre-t-elle la façon dont elle définit son rapport à la mort et à la souffrance ?

Les intervenants apporteront chacun leur éclairage particulier sur ces questions (et bien d'autres !) et seront amenés à approfondir leur réflexion lors d'une table ronde animée par **Jacqueline Liesse** (rédactrice en chef de *La Première* et animatrice de l'émission *Transversales - RTBF*).

Intervenants

Pr. Léon Cassiers, psychiatre, psychanalyste, criminologue, professeur émérite de psychiatrie UCL, ancien président du Comité consultatif de bioéthique de Belgique;

Etienne Montero, Docteur en droit et professeur aux Facultés universitaires Notre-Dame de la Paix de Namur (FUNDP), co-auteur de « Euthanasie, les enjeux du débat » (Presses de la Renaissance, Paris, 2005);

Laurent Ravez, philosophe, chargé de cours à la Faculté des sciences de l'Université de Namur (FUNDP), Directeur du Centre Interdisciplinaire Droit, Ethique et Sciences de la Santé (CIDES);

Jacqueline Herremans, avocate, présidente de l'ADMD Belgique, membre de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie;

Claude Jamart, psychanalyste, membre de l'Association freudienne de Belgique et de l'Association lacanienne internationale

Infos pratiques

Lieu : Maison des associations internationales, rue Washington 40, à 1050 Bruxelles.
Participation aux frais : 40 € / 15 € (étudiants, chômeurs, seniors), petite restauration incluse. Une demande d'accréditation est en cours. Paiement par virement sur le compte 310-0190501-79.

Infos et inscriptions : tél.: 02 650 08 69,

courriel : cps@preventionsuicide.be,

site www.preventionsuicide.be

Avis aux impatients

Vous pouvez prendre connaissance d'*Éducation Santé* une quinzaine de jours avant sa parution. Pour cela, il vous suffit d'envoyer votre adresse électronique à education.sante@mc.be.

Vous recevrez alors la revue avant le 25 du mois précédent la date de parution. Elle vous sera envoyée au format PDF.

Pour rappel, les articles sont mis en ligne sur www.educationsante.be vers le 20 du mois indiqué sur la couverture.

Merci de nous prévenir si vous souhaitez supprimer votre abonnement postal par la même occasion.

Maladie de Lyme

Bruxelles

6 février 2009

Conférence internationale sur les conséquences du changement climatique sur l'écosystème des tiques, ces insectes à l'origine de la maladie de Lyme et de l'encéphalite à tiques.

Elle se déroulera (en anglais) au Pavillon des conférences de l'École de Santé publique de l'UCL, Clos chapelle-aux-champs 19, 1200 Bruxelles.

Informations et inscriptions : D' Luyasu, Groupe de recherches et d'informations sur la maladie de Lyme et les pathologies exotiques, Clinique St-Pierre, av. Reine Fabiola 9, 1340 Ottignies.

Courriel : vi.luyasu@clinique-saint-pierre.be

Estime de soi

Liège

De février à mai 2009

Améliorer son estime de soi ensemble, c'est possible ! Vous éprouvez des difficultés à oser, à dire non, à vous faire confiance, à placer vos limites, à vous respecter... et vous avez envie de changement ? L'équipe du « 37 » vous propose un travail en petits groupes où l'on évoque avec respect et précaution sa personnalité, son parcours de vie et surtout ses possibilités d'agir afin d'améliorer significativement son estime de soi.

Via des exercices individuels et collectifs et grâce à des apports théoriques, on découvre ce qui se cache derrière le concept « estime de soi ». Et surtout, chaque participant(e) se donne un objectif personnel, fil rouge entre les séances, que chacun essaiera d'atteindre grâce au soutien du groupe. L'atelier est ouvert à tout adulte et jeune adulte, homme ou femme et se limite à 8 personnes.

Lieu : le « 37 », rue St Gilles 29, 4000 Liège.

Dates : les mardis 17 février, les 3, 17 et 31 mars, le 21 avril et le 5 mai 2009, en journée de 13h30 à 16h30 ou en soirée de 19h00 à 22h00.

Le prix est de 120 € pour 6 x 3 heures.

L'inscription est indispensable et demande un entretien préalable gratuit.

Renseignez-vous à l'accueil du « 37 » pendant les heures de permanence (lundi et mercredi de 13h à 19h, mardi, jeudi et vendredi de 9h à 12h30):

04 223 77 89. Site Internet : www.le37.be.

Publications

Dépistage surdité

Nouveau recueil documentaire de RESOdoc 'Le dépistage néonatal de la surdité' (septembre 2008,

n° 19) réalisé dans le cadre de l'initiative que la Communauté française a prise dans ce domaine. Ce recueil présente une série d'articles sur le dépistage en Belgique, France, Suisse, Amérique du Nord, ainsi que la position de l'OMS et les attitudes parentales. Ce document d'une centaine de pages peut être téléchargé gratuitement sur www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso ou commandé au RESOdoc UCL, Centre Faculté - 1, Av Mounier 50, 1200 Bruxelles (compter 13,2 € de frais de reproduction, frais d'envoi inclus pour la Belgique).

Revues

Symbioses

Le magazine de l'éducation à l'environnement propose un numéro consacré à « Précarité : une question d'environnement ? »

Un Belge sur 7 vit encore dans la pauvreté. Des personnes précarisées qui se trouvent en première ligne d'un environnement pollué ou dégradé, alors qu'elles génèrent moins d'impacts sur l'environnement que le reste de la population. L'environnement – qu'il soit cadre de vie, énergie, mobilité, nature... – peut pourtant agir comme levier de progrès social. Ce nouveau dossier de *Symbioses* se penche sur les inégalités environnementales et propose des pistes pour adapter les pratiques pédagogiques avec un public précarisé. Il encourage travailleurs sociaux et acteurs de l'éducation à l'environnement à travailler main dans la main. Le tout enrichi, comme toujours, de réflexions, d'outils, d'adresses et d'idées utiles pour aller plus loin.

Symbioses, le magazine de l'Éducation relative à l'Environnement, est réalisé par le Réseau IDée. Il s'adresse aux enseignants, animateurs, parents, éco-conseillers, éducateurs... qui désirent mener des activités, des projets ou des événements d'éducation à l'environnement auprès des publics jeunes et moins jeunes. Trimestriel, 10 €/an ou 3 €/numéro. www.symbioses.be

Internet

Sachez ce que vous mangez : lebienmanger.be

'Light', 'riche en calcium', 'source naturelle d'Oméga 3' : ce ne sont que quelques-unes des allégations santé que le consommateur doit digérer de plus en plus ces derniers mois. Mais le 'light' l'est-il vraiment assez, et quelle est la fonction de l'Oméga 3 dans notre corps ? Pour répondre à ces questions, le CRIOC décode les étiquettes et évalue l'intérêt nutritionnel de plusieurs centaines de produits avec l'aide d'un nutritionniste externe et des experts CRIOC.

Résultats : des centaines de produits analysés et présentés individuellement sur un site internet pratique, www.lebienmanger.be.

Les allégations de santé sur des denrées sont de plus en plus nombreuses et à en croire les emballages, ces produits seraient 'indispensables'. Or, il n'existe pas vraiment des denrées alimentaires miracles. Pour aider le consommateur à s'y retrouver, le CRIOC a développé un site internet qui donne accès à toutes les informations utiles. De plus, le site www.lebienmanger.be offre également des informations concernant :

Tendances : un aperçu des allégations santé les plus courantes auxquelles les consommateurs sont confrontés aujourd'hui.

Législation : les allégations santé sont-elles vraiment autorisées et si oui, à quelles conditions ? Existe-t-il une réglementation européenne ?

Produits : une liste de centaines de produits dont les allégations santé ont été analysées et discutées par un expert nutritionnel et le CRIOC.

Lexique : une énumération de mots du secteur nutritionnel (comme lipides, vitamine B, C...), avec la description de leur fonction exacte dans le corps humain.

N'hésitez pas à aller voir sur le site www.lebienmanger.be !

Envoi des brèves

Si vous souhaitez publier une brève, merci de nous fournir l'information au plus tard pour les dates suivantes :

Numéro	Date limite
242	16/01/2009
243	13/02/2009
244	13/03/2009
245	17/04/2009
246	15/05/2009
247	19/06/2009
248	14/08/2009
249	18/09/2009
250	16/10/2009
251	13/11/2009
252	11/12/2009

N'oubliez pas de tenir compte du fait que la revue est livrée aux abonnés entre le 5 et le 10 du mois. Si vous êtes trop tard pour une insertion dans le mensuel, vous pouvez toujours nous demander de placer votre brève sur notre site www.educationsante.be.

Education Santé en prend pour 5 ans

Une très bonne nouvelle en ce début d'année. La Communauté française maintient sa confiance en notre mensuel, puisqu'elle a passé avec la Mutualité chrétienne qui l'édite une convention portant sur 5 ans. Une bonne nouvelle n'arrivant jamais seule, les moyens dont la revue disposera à l'avenir ont été revus à la hausse, passant de 125.000 à 150.000 euros par an.

La dotation du mensuel était inchangée depuis de très nombreuses années. Cette augmentation de 20 % permet un rattrapage par rapport à l'évolution des coûts salariaux et de fabrication, et même un peu plus.

En effet, notre revue augmente aujourd'hui légèrement sa pagination, passant de 20 à 24 pages. Le but est d'améliorer votre confort de lecture, tout en maintenant le volume d'informations fourni par la publication.

Sur le fond, *Education Santé* sera particulièrement attentif cette année à la contribution de la promotion de la santé à la réduction des inégalités. Ainsi, nous publierons dès le mois prochain une étude impressionnante de la Mutualité chrétienne qui précise le gradient social de la santé au départ de toutes les données administratives et de consommation de soins dont elle dispose concernant ses affiliés (43 % de la population du pays). Nous vous en donnons déjà un aperçu dans ce numéro.

Nous reviendrons aussi sur la journée du Centre liégeois de promotion de la santé du 7 octobre dernier, qui abordait les mêmes questions. Nous aurons aussi le plaisir de vous proposer un large tour d'horizon de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé, qui s'est tenue à Québec les 17 et 18 novembre dernier.

Sans oublier d'autres projets, comme celui de favoriser la visibilité des sites Internet de promotion de la santé qui partagent une même éthique de la communication; ou encore la mise à disposition de la version électronique d'*Education Santé* sur le site www.educationsante.be, qui interviendra dorénavant en même temps que la mise en ligne des articles.

Bref, il y aura de quoi faire pour l'équipe d'*Education Santé*.

Je profite de l'occasion pour remercier chaleureusement : **Maryse**, l'indispensable, aussi discrète qu'efficace; **Jacques**, notre webdesigner à qui aucun problème technique ne résiste; **Carole**, qui bien que s'étant éloignée du secteur de la prévention pour le moment, est restée fidèle à la revue; **Thierry** et **Alain**, qui suivent de près avec Jacques la vie du magazine; les membres du comité de rédaction 'stratégique' qui alimentent la publication en idées stimulantes; **Alda** et **Christian** pour leur soutien constant au projet; **Muriel** et **Olivier**, d'une parfaite ponctualité dans le travail de production; **Manufast-ABP**, l'atelier protégé indispensable au bon acheminement du mensuel vers ses abonnés...

A eux et à tous les lecteurs, je souhaite une année 2009 riche de projets et de rencontres passionnants!

Christian De Bock, rédacteur en chef

PS Un mot d'explication sur la photo de couverture. Nous avons choisi une vue du Botanique, haut lieu culturel de la Communauté française à Bruxelles. Pourquoi Bruxelles, et pas Namur, Liège ou Charleroi ? Pour illustrer une vision 'politique' des enjeux de la promotion de la santé, car la capitale du pays, la capitale de la Flandre, le siège de la Commission européenne, est aussi, rappelons-le, la capitale de la Communauté française Wallonie-Bruxelles, avec son parlement, son exécutif et son ministère.

www.educationsante.be

Visitez notre site internet ! Nous y avons stocké en texte intégral plus de 1.000 articles parus dans la revue depuis le n° 155 en janvier 2001. Vous pourrez y trouver un texte en cherchant par nom d'auteur, par numéro de parution, par rubrique, et par mots présents dans le texte (un ou deux mots, ensemble ou s'excluant l'un l'autre). Simple et efficace...

Vous y trouverez aussi le dernier numéro paru au format PDF (vers le 20 du mois en cours) et un agenda mis à jour toutes les semaines.

Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Karin Rondia, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenaehaeghe.
Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Thierry Poucet.
Editeur responsable : Jean Hermesse, chassée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.
Maquette et mise en page : Muriel Logist.
Impression : Impaprint.
Tirage : 2.800 exemplaires.
Diffusion : 2.600 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 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en août).
Abonnement : gratuit pour la Belgique, Pour l'étranger, nous contacter.
Réalisation et diffusion : Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.
Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).
Secrétaire de rédaction adjoint : Catherine Spièce (02 515 05 85, catherine.spiece@mutsoc.be).
Collaboratrice : Carole Feulien.
Journaliste : Gilles C Jourdan.
Documentation : Maryse Van Audenaehaeghe (02 246 48 51, maryse.vanaudenaehaeghe@mc.be).
Site internet : Jacques Henkinbrant (design), Maryse Van Audenaehaeghe (animation).
Contact abonnés : Maryse Van Audenaehaeghe (02 246 48 51, maryse.vanaudenaehaeghe@mc.be)
Comité stratégique : Gaëtan Absil, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Colette Barbier, Jean-Luc Collignon, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Fabienne

Initiatives

« Mille facettes », un outil, un réseau de partenaires, par *l'asbl Nadja* 2
 Les inégalités sociales en matière de santé en Belgique chiffrées avec précision 4
 La prévention du sida et des IST à Charleroi-Mons, par *Gilles C Jourdan* 5
 La formation en tabacologie, à qui s'adresse-t-elle, quel est son impact ? par *Françoise Cousin* 7

Réflexions

Quelles urgences pour la promotion de la santé en Communauté française, propos d'*André du Bus* recueillis par *Gilles C Jourdan* 9

Stratégie

Le budget santé de la Communauté française en 2007, par *Christian De Bock* et *Didier Lebailly* 12
 Le Plan d'action national alcool vu par le *Conseil supérieur de promotion santé* 14

Outil

Stereotypik 15

Lu pour vous

Un nouvel éclairage sur la pauvreté en Région bruxelloise 16
 Arrêter de fumer tue, par *Véronique Janzyk* 17

Données

Forte augmentation du nombre des fumeurs en 2008, par la *Fondation contre le Cancer* 18

Vu pour vous

www.promosante.net, par *Christian De Bock* 19
 Les articles vedettes d'*Education Santé*, par *Christian De Bock* 20

Brèves

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.