



Le budget santé de la Communauté française de 2004 à 2008

Les femmes issues de l'immigration appellent de plus en plus Télé-Accueil

Face à la fréquence des appels en provenance des femmes issues de l'immigration, l'Observatoire social de Télé-Accueil Bruxelles a réalisé, entre janvier et juin 2007, une recherche sur le contenu de ces appels. Il en ressort des récits de femmes ambivalentes, prises entre deux cultures, entre le désir de rester fidèles à leurs familles d'origine et la nécessité de s'intégrer dans leur pays d'accueil.

Depuis 48 ans, grâce au numéro de téléphone 107, gratuit et accessible 24 heures sur 24, Télé-Accueil Bruxelles assure, dans l'anonymat et en toute confidentialité, l'écoute de toute personne vivant une situation de crise, une difficulté sur le plan moral, social ou psychologique et qui souhaite en parler.

Cette écoute est assurée par des volontaires qui, mus par des motivations citoyennes et solidaires, partagent la conviction que parler est vital pour un être humain. L'objectif de Télé-Accueil vise à rendre à la personne sa qualité de sujet en l'encourageant à exprimer ce qu'elle vit, sent et recherche.

De ce fait, il se dit, à Télé-Accueil, des choses qui ne se disent pas ailleurs. « *Il s'agit de choses qui relèvent précisément de l'ordre de l'intime, de vécus en porte-à-faux avec l'opinion de l'entourage des appelants, observe Pascale Meunier, chercheuse et responsable de l'Observatoire social de Télé-Accueil Bruxelles. L'anonymat des échanges téléphoniques facilite une prise de parole, sans jugement. La confidentialité permet à l'appelant de faire son chemin sans que son entourage ait connaissance de son vécu intime, de ses difficultés, ainsi que de son appel à l'aide.* »

Observatoire social et recherche

Parallèlement à la réappropriation de la parole par les individus à l'intérieur de la relation d'écoute, Télé-Accueil est un témoin et un révélateur des tendances sociales et des changements à l'œuvre dans la société. Ces tendances et changements méritent d'être analysés et communiqués dans le but, d'une

part, de mieux comprendre les phénomènes sociaux actuels et, d'autre part, de les transmettre, notamment au monde politique.

C'est ainsi que Télé-Accueil Bruxelles a créé un Observatoire social dont le rôle est d'analyser et de communiquer les courants de société perçus par les écoutants lors des appels reçus. « *À l'occasion d'une première recherche auprès des écoutants, plusieurs problématiques marquantes sont apparues, rapporte Pascale Meunier. Parmi celles-ci, les appels de femmes issues de l'immigration ont retenu l'attention, tant par leur fréquence que par le poids de leur contenu. Les écoutants ont, en effet, souligné, pour 2006 et 2007, le nombre croissant d'appels de femmes issues de l'immigration. Les appels proviennent davantage de jeunes femmes que de femmes âgées. Ces jeunes femmes vivent principalement en famille et en couple.* » La recherche, basée sur les récits de femmes issues de l'immigration, porte sur les appels reçus par 19 écoutants, collectés entre janvier et juin 2007. Les femmes dont il est question sont principalement d'origine maghrébine et turque.

De quoi témoignent les femmes ?

Les situations dont parlent les femmes issues de l'immigration ont principalement trait aux relations de couple, notamment aux problématiques en lien, de près ou de loin, avec le mariage : choix du partenaire, violences conjugales, virginité, grossesse... « *Elles abordent plus fréquemment que la moyenne générale des femmes le sujet du divorce et de la rupture, la recherche d'un partenaire, la déception amoureuse et les relations de couple, analyse Pascale Meunier. Elles parlent aussi de la violence : viol, abus, harcèlement, violences psychiques et physiques.* »

Pascale Meunier attire l'attention sur l'ambivalence de ces femmes et sur les choix douloureux auxquels elles sont confrontées. « *Elles témoignent d'une ambivalence entre deux cultures, d'une vie faite de choix de cœur et de raison. Les rapports à autrui pren-*

nent une large place et s'expriment en termes de solitude, de liens parents-enfants, de rapports de genres, de place dans la société d'accueil et dans le contexte plus vaste de l'immigration. Les statistiques montrent qu'elles sont en proie à un questionnement : elles s'interrogent sur le sens de la vie, retracent leur itinéraire de vie, cherchent des repères, manquent de confiance en elles. Elles abordent le choix de leurs études. Elles évoquent également plus fréquemment des projets concrets de suicide, ce qui ne manque pas de rappeler les échappatoires pessimistes au mariage forcé. »

Un conflit de générations

Appeler Télé-Accueil Bruxelles semble une affaire de génération. Un appel rassemble plusieurs critères pratiques : il faut connaître l'existence du service (certaines femmes appellent sur recommandation d'un tiers, d'un médecin, de la police), il faut avoir le ressort d'appeler à l'aide et particulièrement celui de téléphoner, il faut maîtriser un minimum la langue française, entrer dans une démarche de prise de parole à propos de soi. Or, les femmes âgées allochtones maîtrisent peu ou pas du tout le français ou le néerlandais, ne connaissent pas leurs droits, ni les dispositifs existants ainsi que les institutions belges.

« *Vu l'âge estimé des appelantes, s'adresser à Télé-Accueil semble plutôt l'apanage des deux dernières générations, celles qui sont le plus en friction avec la tradition de leur pays d'origine* », constate Pascale Meunier.

Interrogée dans le cadre de la recherche, Gertraud Langwiesner, responsable de la Maison mosaïque à Laeken, déclare ressentir davantage chez les femmes de la deuxième génération une rupture dans la culture, dans la relation avec le père : « *Soit elles se sont fort renfermées et ne parlent pas de leurs problèmes. Soit elles assument leur situation et se révoltent. Mais c'est une révolte beaucoup plus extrême.* »

Existe-t-il une problématique spécifique aux jeunes femmes qui se trouveraient davantage entre deux cultures que leurs mères davantage inscrites dans une culture typiquement maghrébine ? Selon Pascale Meunier, « les femmes qui téléphonent sont prises dans un conflit de générations. Leurs grands-mères se situaient dans un projet migratoire : elles avaient choisi la migration et ont emmené leurs enfants avec elles. Elles sont arrivées en Belgique avec leur culture, qu'elles ont transposée. La troisième génération est plus en rupture, en rébellion par rapport à la culture antérieure. »

Coincées entre deux cultures

Si le thème de la religion en tant que tel apparaît peu, la culture prend, en revanche, beaucoup de place dans le discours des femmes étrangères. Soit la culture s'impose, soit elle se négocie. Pour les jeunes femmes d'origine maghrébine, négocier entre la culture ambiante et leur propre culture, faire la part des choses, choisir, se positionner, relève de leur vécu quotidien.

■
Les situations dont parlent les femmes issues de l'immigration ont principalement trait aux relations de couple, notamment aux problématiques en lien, de près ou de loin, avec le mariage : choix du partenaire, violences conjugales, virginité, grossesse...
 ■

Une partie des femmes dont l'Observatoire social a étudié le récit sont à la fois très libres et coincées. « Elles ont envie de quitter la famille tout en souhaitant y rester, observe Pascale Meunier. Elles sont un peu dedans, un peu dehors, tantôt accrochées à des valeurs traditionnelles (la virginité, le mariage), tantôt attirées par une union mixte, tantôt indépendantes et tantôt nostalgiques du giron familial. Elles oscillent d'une culture à l'autre en fonction des pertes et des bénéfices qu'un choix engendre. Il arrive que ce choix les paralyse : elles éprouvent des difficultés à se décider, à entrevoir un avenir quelconque. Elles ont



Photo © Isopix

le sentiment d'être sacrifiées. Elles se sentent coupables. Il y a quelque chose de l'ordre d'un détachement inopérable, car ces femmes sont au milieu du gué, assises entre deux chaises, face à des choix impossibles. »

Télé-Accueil entend deux types de discours : « D'une part, nous entendons des femmes qui subissent leur situation. Elles ne sont pas actrices de leur propre récit, elles se sentent culpabilisées, indécises face à des choix de vie. À côté de cela, il y a aussi des femmes d'action, pleines d'énergie, de volonté, qui ont déjà choisi, qui se battent et se débattent. C'est un peu comme si elles allaient donner du courage aux autres. Cependant, celles qui ont choisi l'émancipation et quitté leur famille – avec l'envie de créer leur propre famille – entrent en confrontation violente avec leurs parents. Elles se retrouvent face à la difficulté d'avoir posé un choix qui n'est pas celui attendu par leur famille. »

La famille et le mariage

Les appelantes sont prises dans un réseau de sociabilité culturelle et principalement familial. Pascale Meunier relève le poids de la famille et l'importance du réseau qui protège, mais qui crée des obligations. « Si les femmes s'en extirpent, d'une manière ou d'une autre, elles ont l'impression de le trahir. Le contexte familial et culturel donne la primauté au collectif et à la communauté, au clan. Épouser un

Européen, par exemple, c'est davantage se licencier de sa famille que de la religion. »

L'ambivalence se retrouve aussi dans les rapports familiaux. « Les jeunes femmes ne sont pas toujours en bons termes avec leur famille. Des sujets délicats comme celui du mariage conduisent régulièrement à des disputes. Les contacts se distancient au grand dam de ces femmes qui souhaitent maintenir un lien, qui ne veulent pas être rejetées, mais qui se sentent comme telles. C'est une grande souffrance d'avoir quitté sa famille et d'en être rejetée parce que, malgré ce rejet, elles aiment cette famille. Elles souffrent de cette séparation, elles se sentent seules. Le 'chez moi' qu'elles expriment quand elles vivent seules, ce n'est pas chez elles, c'est chez leurs parents. »

La distance, le refus des traditions familiales, religieuses ou culturelles sont cependant empreints de reproductions et de contradictions. « Si les jeunes femmes ne veulent pas contracter un mariage traditionnel, elles souhaitent néanmoins se réaliser dans le mariage. Elles cherchent à fuir leur famille, mais espèrent créer leur propre famille. Les projets de certaines femmes sont les mêmes que ceux de leurs parents, comme, par exemples, devenir propriétaire (alors qu'elles se sentent mal dans leur appartement et vivent difficilement la solitude qui l'accompagne), ou être vierge au jour du mariage. »

L'image que renvoient les pairs est difficile à soutenir. Le rejet du mariage traditionnel est lourd à porter, surtout s'il ne s'accompagne pas d'une autre union, de la constitution d'un couple harmonieux, mixte ou autre, conciliant les aspirations des jeunes femmes et les principes dont elles restent imprégnées. « Ce fameux mariage, quand il se réalise ou tel qu'il est rêvé, reste aussi empreint de la crainte de l'échec, un échec qui se vit comme la conséquence de s'être écartée des sillons familiaux. »

La violence

Les écoutants du 107 sont confrontés à des propos très durs en provenance, par exemple, de filles menacées de mort par leurs parents. Elles ont intériorisé le caractère plénipotentiaire du père. Pour les jeunes filles, cela peut aller jusqu'au droit de vie ou de mort des parents sur leurs enfants. Le père a plein pouvoir sur ce que fait sa fille, notamment en ce

qui concerne le mariage. Celle qui transgresse, qui faute, se fait violemment rappeler à l'ordre.

La violence conjugale, quant à elle, n'est pas plus importante dans telle ou telle communauté culturelle. À cet égard, Pascale Meunier cite l'analyse de K. Marijnissen et A. Sassy¹ : « *Beaucoup de couples fonctionnaient bien avant de venir en Belgique. Il n'y avait pas de pathologie. C'est le changement de contexte qui bouleverse leur équilibre. Les facteurs qui fragilisent l'équilibre du couple sont le parcours migratoire, le choc culturel, l'adaptation aux valeurs de la société d'accueil, l'isolement social, la perte de statut et de perspective d'avenir, la rupture avec les liens familiaux, la longueur des procédures, l'absence d'intimité et la vie en collectivité, l'oisiveté subie, l'absence de revenus...* ».

Il est rare qu'une mère marocaine téléphone, et encore moins souvent un père. « *Là, on pourrait avoir un dialogue. Mais tant que les gens sont coincés dans leur système de valeurs, de traditions, on ne peut pas les soulever avec un cri* », déplore un écoutant. « *Ce sont essentiellement des jeunes qui nous téléphonent, des personnes qui expriment leurs problèmes avec la génération qui les précède, pas des personnes d'âge mûr inquiètes pour elles-mêmes ou pour leurs enfants* », poursuit Pascale Meunier.

Les femmes qui appellent Télé-Accueil Bruxelles disent ne pas pouvoir parler avec leur mère, ne pas pouvoir parler de leurs problèmes autour d'elles. Elles évoquent les relations difficiles avec leurs mères qui ne les comprennent pas, qui n'ont qu'une seule lecture des choses, qui n'intègrent pas ce qui se passe ici, qui s'accrochent et semblent à des années lumière de ce que leurs filles essaient de vivre. Avec leurs frères, pourtant de la même génération qu'elles, cela se passe aussi très mal, sans aucune compréhension. Pascale Meunier constate encore une absence de communication dans ces familles où on ne se parle pas. « *Et la confrontation entre deux cultures amplifie encore le problème de communication.* »

Le Centre régional du libre examen² a recueilli des témoignages de femmes migrantes en

Quelques chiffres

- Les femmes, toutes origines confondues, représentent 6.255 appels sur 9.397, soit plus de deux tiers (66,56 %) des appels reçus par Télé-Accueil Bruxelles, au cours du premier trimestre 2007.
- Parmi ces appels de femmes, 16,02 % sont passés par des femmes d'origine étrangère.
- Les appels d'hommes ne représentent que 33,44 % de tous les appels. Parmi ces appels masculins, 11,55 % sont le fait d'hommes d'origine étrangère.
- Les hommes téléphonent moins que les femmes à Télé-Accueil Bruxelles. Ce retrait est encore plus marqué lorsqu'ils sont d'origine étrangère. Si peu d'hommes issus de l'immigration appellent le 107, cela ne signifie pas que leur vie soit plus simple. Ils éprouvent probablement plus de difficultés à parler que les femmes.

alphabétisation. Ils sont proches de ceux que l'on peut entendre chez Télé-Accueil. « *Les filles sont souvent soumises au contrôle des frères et des amis des frères. Elles deviennent le garant de l'honneur familial. La liberté de se parler, de se rencontrer, de se séduire n'existe pas. Approcher l'autre sexe devient problématique. Il y a de la méfiance. Les filles ont peur de passer pour des dévergondées. Les garçons ont peur des filles émancipées. Et face à tous ces facteurs, la tradition devient un refuge puisqu'elle organise et permet d'improbables rencontres entre les filles et les garçons, entre cousins et cousines, ici ou là-bas.* »

Les conditions de l'appel au 107

Pourquoi des femmes issues de l'immigration s'adressent-elles à Télé-Accueil Bruxelles ?

« *Selon elles, il n'y a pas d'autre endroit où vider leur sac*, rapporte Pascale Meunier. *Elles savent qu'elles seront entendues avec le décalage entre les deux cultures qu'elles vivent au quotidien. En appelant Télé-Accueil, elles choisissent délibérément de ne pas se confier à des pairs, mais à la culture d'accueil.* »

D'autre part, ces femmes disent réellement à Télé-Accueil des choses qu'elles ne disent pas ailleurs car ce cadre leur offre une liberté d'expression et leur garantit une sécurité de parole.

« *L'anonymat et la confidentialité ne se rencontrent pas toujours dans le milieu de vie de ces appelantes, dans leur environnement communautaire, social ou religieux. L'aspect non*

jugeant et non normatif sont également des facilitateurs, comme l'est aussi un accès gratuit au service. »

Selon Sami Zemni, professeur en sciences politiques et sociales à l'Université de Gand³, le recours aux lignes d'aide de Télé-Accueil est une des rares possibilités qui s'offrent aux femmes qui vivent un mariage forcé. « *Outre la médiation et ses limites, la fuite ou le suicide, elles peuvent aussi essayer de divorcer, recourir à un accompagnement thérapeutique ou contacter des lignes d'aide spécifique comme Télé-Accueil. Elles peuvent également s'adresser à des intervenants sociaux extérieurs pour récolter des informations ou recevoir un soutien lors de leur fuite. Certaines participantes font remarquer qu'elles n'oseraient pas se tourner vers des instances officielles, le pas à franchir étant trop grand pour elles. La plupart du temps, elles chercheront d'abord de l'aide au sein de leur propre réseau.* » Mais Sami Zemni remarque aussi que « *les bénévoles travaillant pour ces lignes d'aide disposent parfois de trop peu de connaissances et de compétences pour proposer un soutien adéquat.* »

Comment être à l'écoute de ces femmes ?

Si la question de la formation des écoutants se pose effectivement, Pascale Meunier souligne que « *l'objectif de Télé-Accueil Bruxelles n'est pas de proposer une aide à proprement*

1 Marijnissen K. et Sassy A. Le couple à l'épreuve des cultures, dans Crises, conflits, violences dans le couple : approche interculturelle, actes du colloque du 26 janvier 2007. FPS, Bruxelles.

2 Centre régional du libre examen (2006). De la migration à la citoyenneté : parcours au féminin. Réflexions à partir de vécus de femmes migrantes en alphabétisation. Bruxelles.

3 Zemni S., Casier M., Peene N. (2007). Etude des facteurs limitant la liberté de choix d'un partenaire dans les groupes de population d'origine étrangère en Belgique. Recommandations politiques. Centre pour l'Islam en Europe. Université de Gand.

parler, qu'elle soit spécialisée dans le domaine du mariage forcé, de l'immigration ou de quelque autre problématique, mais simplement une écoute.» Au 107, la connaissance culturelle de l'autre n'est effectivement pas essentielle à l'écoute. La reconnaissance de la difficulté de l'autre est, en revanche, indispensable. Un écoutant attire cependant l'attention sur la difficulté d'échapper à une forme de compassion spontanée « tant on est heurté par une forme de différence ou de condition faite

à la femme qui nous semble offensante ou arriérée, voire archaïque.»

Un autre écoutant pose quant à lui la question de l'ethnocentrisme : « Nous sommes tous dans une forme de complaisance par rapport à l'émancipation ou à l'autonomie des jeunes femmes en particulier. Est-ce qu'il n'y a pas là quelque chose d'inapproprié ? Outre le fait qu'on n'est pas là pour conseiller, il y a quand même une disposition à dire 'allez-y, c'est scandaleux d'être encore sous influence'. On pourrait se demander pourquoi ce monde-

là aurait tort, pourquoi leurs opinions ou leurs convictions seraient mauvaises par rapport à nous qui en avons d'autres... Quand on voit ce qu'on fait aujourd'hui de notre émancipation, de notre évolution, on peut se demander vers quoi notre culture va. On est loin d'être des exemples ou des repères et je trouve que cela va un peu vite dans le sens d'une conviction que cette émancipation, cette autonomie est la voie à suivre.»

Colette Barbier

Jeunes et école, la parole et les cris

Alors que l'école a été créée pour instruire les individus, on l'interroge aujourd'hui, comme on interroge la police : « Mais que fait l'école ? ». Dans ce lieu, l'enfant devrait avoir le temps de grandir et construire son devenir d'adulte apte à vivre avec les autres. Mais pour cela, il s'agit de lui donner le temps de « s'égarer dans des stades même fâcheux de son développement », comme le disait Freud.

Depuis plus de trente ans, Infor-Drogues travaille les questions de prévention en s'appuyant, notamment, sur sa pratique auprès des usagers de drogues et de leur entourage. Ses objectifs visent à fournir information, conseil et soutien à toute personne en difficulté ou en interrogation par rapport à l'usage de substances psychoactives.

Ses activités de prévention sont destinées aux professionnels de l'éducation et, plus largement, à celles et ceux qui accompagnent les jeunes. Les situations abordées avec eux amènent Infor-Drogues à inscrire ses interventions au-delà du champ des assuétudes et à travailler également la relation jeunes-adultes. C'est dans ce contexte qu'Infor-Drogues a invité **Violaine Clément**, adjointe de direction d'une école secondaire à Fribourg (Suisse), enseignante de latin et de grec et psychanalyste d'orientation lacanienne.

Les jeunes en difficulté, et les professionnels aussi bien, Violaine Clément les rencontre au quotidien. Elle nous a convié à réfléchir avec elle sur les façons d'accompagner ces jeunes,

en s'appuyant sur l'expérience qu'elle mène, avec d'autres, pour décrypter les questions que nous posent les adolescents – par l'expression souvent violente de leur malaise – et pour essayer d'y apporter des ébauches de solution, en se servant des crises et en tentant de traduire les cris.

C'est dans le cadre enchanteur de la Maison du Livre à Saint-Gilles (Bruxelles) que la conférencière partagea avec nous son expérience. Dans ce lieu dédié à la lecture, elle centra son exposé sur l'oralité, nous expliquant que la clé de l'aide qu'elle peut apporter dans sa pratique réside dans son souci d'apprendre la langue de l'autre, source de richesse évidemment, mais aussi de bien des malentendus (au sens propre comme figuré), ceci étant valable avec les élèves dits difficiles comme avec les professeurs en souffrance.

Pas question ici de trucs et ficelles pour mieux 'gérer' (Contenir ? Cadrer ? Étouffer ? Punir ?) la violence verbale et/ou physique, mais d'une leçon plus modeste pour nous aider à 'tenir notre parole', à la fois pour s'exprimer, tout simplement, mais aussi pour respecter les engagements mutuels des profs et des élèves.

Le discours somme toute encourageant de la conférencière contrastait avec celui de la tribune hebdomadaire de **Jean-Claude Guillebaud** dans le supplément *Télé Ciné du Nouvel Observateur*. Celui-ci, le même jour, partageait avec le lecteur son inquiétude face à la 'Dislocation du langage' chez les

jeunes des banlieues françaises, qui 'parlent dorénavant une langue qui n'est plus celle des profs. Ni dans sa syntaxe, ni dans son imaginaire. L'effet de brisure, d'incommunicabilité en devient vertigineux', ou encore, 'Quand les mots eux-mêmes se dissolvent ou se décomposent, quand advient la désaffiliation de la parole elle-même, c'est que rôde, en effet, un obscur péril', selon les formules élégantes de l'essayiste.

En bonne psy lacanienne, Violaine Clément ne fut pas non plus avare de formules percutantes, comme par exemple « On colle une étiquette aux élèves, dommage qu'il y manque un 'h' entre le 't' et le 'i' », ou encore « Nous voulons tous être des exceptions tout en aspirant à la conformité ».

Si l'accent (à peine perceptible !) fut mis sur le pouvoir libérateur de la parole, la conférencière, sûrement inspirée par les lieux, nous recommanda aussi quelques belles lectures (**Jeanne Benameur** et 'Les demeures', le dernier **Pascal Quignard**), tout en terminant par une citation du grand Sigmund.

Une soirée stimulante, qui nous laissa aussi perplexe par moments, avouons-le, et dont la question des assuétudes fut largement absente, ce dont on saura gré pour une fois à Infor-Drogues !

Christian De Bock

Santé des étudiants : tout va bien, mais...

C'est certain, une grande majorité des étudiants du supérieur sont en pleine forme et vivent très bien leur nouvelle vie trépidante et exigeante, avec son lot d'apprentissages et de festivités divers. Mais ce n'est pas une raison pour oublier ceux qui ne passent pas ce cap aussi facilement, comme a voulu le souligner le colloque « La santé des étudiants », organisé en juin dernier par le Service d'aide aux étudiants de l'UCL.

L'un des enseignements les plus marquants de cette journée concerne la santé mentale de ces jeunes qui vivent difficilement cette période de chamboulement. L'objectif est que l'étudiant en souffrance ne reste pas seul face à ses soucis ou son mal-être. Face à des difficultés, il est utile de rappeler que chacun peut trouver une oreille attentive, que ce soit chez un médecin, chez un psychologue ou chez un assistant social.

La somatisation n'est pas rare, comme le confie le **D^r Myriam Provost**, médecin généraliste en milieu étudiant depuis 30 ans : « Une plainte fréquente est celle des maux de tête ou du stress, qui peut être rattachée à d'innombrables situations. Par exemple, lorsque des parents vivent comme un échec personnel celui de l'étudiant, ce qui peut engendrer des conflits; ou encore les angoisses apparaissant avant un stage, vécu comme une entrée déstabilisante dans la vie active. On remarque aussi chez les étudiants étrangers des inquiétudes propres, comme l'isolement par rapport à la famille ou encore une plus grande fragilité par rapport à la maladie. Ainsi, en janvier dernier, une 'épidémie' de pneumonie les a frappés... »

Une catégorie très spécifique d'étudiants fait l'objet d'une attention toute particulière : ceux de médecine... « Ils ont tendance à reconnaître chez eux et des personnes de leur entourage les symptômes étudiés en cours ! Ensuite, il y a leur implication trop précoce dans un rôle de médecin : dès la 3^e année, on leur accorde déjà la place d'un médecin en consultation, dans une relation d'aide et d'écoute. Ils sont interpellés par des

patients ou des amis, considérés comme des médecins, alors qu'eux-mêmes se sentent encore trop 'novices'; cela peut aussi générer un mal-être. Enfin, il y a l'accès aux soins, perturbé par le savoir médical; heureusement qu'ils ne peuvent pas 'se' prescrire, cela les oblige à consulter. De plus, ils sont souvent réticents à cette consultation, puisqu'ils risquent de croiser leurs professeurs ou des amis stagiaires... »

Bobos à l'âme...

Les étudiants qui consultent le généraliste ne le font pas nécessairement pour traiter une maladie somatique, mais parfois aussi pour trouver une oreille attentive et compatissante. « Un contact sur deux ne fait pas l'objet d'une attestation de soins. En plus des renouvellements de prescriptions ou des vaccins réalisés gratuitement, nous jouons un rôle essentiel de conseil, d'écoute, qui ne fait pas non plus l'objet d'une facturation. Car il est important que les jeunes sachent qu'ils peuvent venir nous dire qu'ils vont mal sans sortir le portefeuille... Ils sont très sensibles à cette proximité et à la confidentialité, pas uniquement par rapport aux problèmes médicaux qu'ils rencontrent, mais aussi par rapport à ce qu'ils n'osent pas dire à leur professeur, par crainte d'avoir de mauvaises notes... »

D'autres, face à ces problèmes, se tourneront plus facilement vers un psychologue. Tout particulièrement en période d'examen, d'ailleurs. Car il s'agit, comme l'explique **Christian Ghistelink**, psychologue au Service d'aide aux étudiants (SAE), d'une situation propice à l'angoisse et la mauvaise estime de soi. « Il y a bien sûr des motifs rationnels, tout à fait accessibles qui permettent de comprendre cette angoisse : une année d'étude coûte cher, l'image de soi est engagée, voire la réputation des parents, et puis on est dans une société où il faut réussir à tout prix... » Le jeune peut alors craindre l'échec ou le moment de l'annoncer à la famille.

... et au portefeuille!

Et puis il y a les soucis matériels que pas mal d'étudiants connaissent, comme l'a expliqué **Anne-Michèle De Jonge**, assistante sociale au SAE qui gère 1500 demandes d'aide (sur les 20.000 étudiants inscrits).

« Des demandes d'aide généralement financières, mais qui peuvent cacher d'autres réalités... On assiste à des problèmes familiaux, comme une pression très forte pour faire de longs trajets, une formation non choisie par l'étudiant, des parents qui contrôlent de manière stricte les budgets, voire la rupture familiale. On peut aussi retrouver une difficulté à affronter la pression académique, comme le concours lors de la spécialisation chez les étudiants en médecine. Chez les étudiants étrangers s'ajoutent l'isolement, la perte de repères, les problèmes médicaux spécifiques qui ne sont pas pris en charge par les mutuelles, la pression de la famille qui compte sur cet investissement lourd, le déracinement culturel, les bourses insuffisantes ou encore des garants qui les 'laissent tomber'. Nous constatons également que l'augmentation des familles mono-parentales va de pair avec une augmentation des situations où l'étudiant doit être encore plus attentif à son budget, au détriment bien souvent des soins de santé, de l'alimentation correcte et de la prévention... »

Toutes ces préoccupations ne doivent pas être oubliées car même si elles ne concernent pas ou ne constituent pas un frein pour tous les étudiants, certains peuvent perdre pied à cause d'elles. « Il est donc nécessaire d'avoir et de maintenir un dispositif qui veille à préserver la santé à l'université », conclut **Michel Tavernier**, l'un des initiateurs d'Univers santé. Car si la santé n'est pas la préoccupation majeure des jeunes, elle n'est pas pour autant à sous-estimer !

Carine Maillard

Service d'aide aux étudiants,
rue des Wallons 10-12, 1348 Louvain-la-Neuve.
Tél.: 010 47 20 02.
Courriel : jacobs@aide.ucl.ac.be

L'évolution et la répartition du budget santé de la Communauté française entre 2004 et 2008

Chaque année, *Éducation Santé vous propose un article présentant la façon dont le budget 'santé' de la Communauté française a été ventilé et dépensé au cours de l'année précédente*¹.

Cette fois-ci, nous pouvons aller plus loin grâce à une analyse réalisée par la Direction de la promotion de la santé, un des services de la Direction générale de la santé du Ministère de la Communauté française. Cette analyse porte sur une législation presque complète, puisqu'elle s'est penchée sur les chiffres de 2004 à 2008.

Explication

La progression globale du budget santé au cours des cinq dernières années apparaît comme une évidence à qui fait une rapide lecture des données. Cela doit être considéré comme un signe encourageant, étant donné l'énorme retard d'investissement dans la 'santé préventive' par rapport à la 'médecine curative' (pour faire court !), dans notre pays comme dans beaucoup d'autres. La Direction de la promotion de la santé a voulu décoder ce qui se cache derrière cette tendance positive.

Il lui semblait qu'il y avait moins de projets de promotion de la santé soutenus par la Communauté française qu'auparavant. On

pouvait se demander alors à quelles interventions profitait cette modeste augmentation de moyens de la santé 'communautaire'.

L'auteure, **Tatiana Pereira**, a creusé quelque peu les comparaisons pour voir de quelle manière la progression globale du budget avait concrètement été distribuée, et notamment la place prise par deux nouveaux programmes de médecine préventive lancés au cours de ces 5 dernières années². L'analyse sur 5 ans offre la possibilité de mettre en évidence des orientations éventuelles, de faire des projections pour le futur et d'exprimer des craintes et des satisfactions. Notons qu'il faut la lire en la situant dans le cadre du partage des compétences en santé propre à notre pays; la Communauté française n'a pas à sa charge tous les aspects de santé publique, loin de là.

Voici le résultat de cette recherche, illustré de quelques tableaux significatifs. Nous espérons que le lecteur y trouvera matière à réflexion! Pour commencer, quelques clés vous permettant de bien lire les tableaux 1 et 2.

Programme 0 « subsistance »: biens et services. Il s'agit d'un budget destiné aux dépenses pour le fonctionnement et la gestion de la Direction générale de la santé. On y retrouve les honoraires de médecins et d'avocats, les frais de justice, les jetons de présence des organes d'avis,

les frais de route et de séjour pour des personnes étrangères aux administrations de la Communauté française, des prestations de tiers, des frais de réunion, d'enquêtes, de publications, d'imprimés...

Programme 1 « interventions diverses »: la dotation à l'Académie royale de médecine de Belgique et les dépenses relatives aux accords de coopération. Ces derniers concernent la part de la Communauté française dans le financement de la « Cellule politique de santé en matière de drogues », du Comité consultatif de bioéthique de Belgique et du NEHAP (environnement).

Le programme 2 « prévention et promotion de la santé » regroupe l'ensemble des budgets destinés aux services agréés de promotion de la santé, aux projets de promotion de la santé, aux programmes de médecine préventive ainsi que diverses subventions pour la recherche, des campagnes médiatiques, des brochures... (voir détails plus loin).

Le programme 3 « promotion de la santé à l'école »: paiement des équipes, des frais de fonctionnement, d'équipement, de formation et de transport.

Les budgets présentés dans les tableaux correspondent aux montants engagés⁴ entre 2004 et 2008. Pour l'année 2009, il s'agit des montants

Tableau 1 - Les programmes 'santé' de la division organique 16³

Programmes	Budgets engagés, exprimés en milliers d'euros (après ajustements et redistributions)					Crédits de base
	2004	2005	2006	2007	2008	
Programme 0 : subsistance	74	72	72	68	70	74
Programme 1 : accords de coopération et Académie royale de médecine	164	164	168	170	174	190
Programme 2 : prévention et promotion de la santé	15.802	15.893	17.021	18.870	20.757	21.628
Programme 3 : promotion de la santé à l'école	14.923	16.705	16.911	18.525	17.642	18.929
Total	30.963	32.834	34.172	37.633	38.643	40.821

Source - Ministère de la Communauté française, base de données de gestion des dépenses de la Communauté française.

1 Voir par exemple, pour 2007, le texte 'Le budget de la Communauté française en 2007', de C. De Bock et D. Lebaillly dans le numéro 241 (www.educationsante.be/es/article.php?id=1078). Le site de la revue propose cette information pour les années 2000 à 2007.

2 Notons au passage que ces deux programmes sont gérés au sein de la même Direction du Ministère que les programmes de promotion de la santé.

3 Dans le jargon administratif, chaque division organique représente une matière gérée par la Communauté française :

enseignement obligatoire, sport, santé, enfance, culture...

4 Ils ont pratiquement été entièrement utilisés. Dans certaines situations, de l'argent « engagé » peut ne pas être utilisé, il retourne alors au « trésor », c'est-à-dire dans la manne globale de la Communauté française.

prévus en début d'année; ils sont modifiables en cours d'année (transferts d'un programme à un autre et, une à deux fois par an, l'ensemble des

budgets est ajusté, ce qui signifie que des montants sont transférés entre divisions organiques). Dans le cadre de cette analyse nous nous atta-

cherons essentiellement aux programmes 2 et 3.

Les différents programmes sont divisés en

Tableau 2 - Division organique 16 - détail des programmes 2 et 3

	Montants engagés ⁵					Crédits de base
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Programme 2 - prévention et promotion de la santé						
1. actions et recherches en promotion de la santé (AB 33.04)	3.956	3.220				
2. prévention des assuétudes (AB 33.01.24)			1.031	1.230	1.422	1.322
3. prévention du sida (AB 33.02.24)	531	1.579	2.067	1.942	1.790	2.123
4. prévention des maladies cardiovasculaires (AB 33.04.24)	104	178	423	416	435	698
5. prévention des traumatismes et promotion de la sécurité (AB 33.06.24)			175	175	175	180
6. études et recherches en relation avec le pilotage du Plan communautaire opérationnel (AB 33.07.24)	373	444	476	363	164	343
7. subventions diverses pour la mise en œuvre du Plan communautaire opérationnel (AB 33.08.24)			989	1.151	905	611
8. problématiques émergentes et projets pilotes (AB 33.03.25)			462	525		
9. programmes locaux de promotion de la santé (AB 33.04.24)	477	574	616	484	331	445
10. initiatives du gouvernement et problématiques émergentes (AB 33.02.25)					717	503
11. initiatives du gouvernement (AB 33.02.25)	428	569	473	195		
Total 'promotion de la santé'	5.869	6.564	6.712	6.481	5.939	6.225
12. vaccination (AB 12.01.24)	3.000	2.876	2.730	5.187	6.151	6.002
13. prévention des cancers (AB 33.03.24)	826	820	1.404	811	1.935	2.046
14. prévention de la tuberculose (AB 33.05.24)	1.296	1.296	1.296	1.397	1.459	1.443
15. dépistage des anomalies congénitales (AB 33.05.25)	690	675	680	820	820	840
16. dépistage de la surdité néonatale (AB 33.06.25)			185	185	321	383
Total 'médecine préventive'	5.812	5.667	6.295	8.400	10.686	10.714
17. organismes agréés (AB 33.01.25)	2.422	2.202	2.577	2.630	2.741	3.075
18. dépenses de toute nature en promotion de la santé (AB 12.01.25)	331	191	225	152	132	193
19. Institut scientifique de santé publique (AB 45.40.25)	906	821	834	887	887	887
20. Programme de transition professionnelle ⁶ (AB 33.07.25)	13	4	4	0	0	13
21. subvention d'équipement aux organismes d'éducation pour la santé (AB 52.10.25) ⁷	39	8	20	0	29	0
22. contrôle médicospportif (dopage) (AB 12.36.22 et 33.01.22)	410	436	354	320	343	521
Total programme 2	15.802	15.893	17.021	18.870	20.757	21.628
Programme 3 - promotion de la santé à l'école						
23. services de promotion de la santé (programme 31)	14.457	16.337	16.668	18.328	17.499	18.617
24. formation continue PSE (programme 32)	394	165	90	40	0	154
25. équipement (programme 33)	72	203	153	157	143	158
Total programme 3	14.923	16.705	16.911	18.525	17.642	18.929
Total général	30.963	32.834	34.172	37.633	38.643	40.821

Source - Ministère de la Communauté française, base de données de gestion des dépenses de la Communauté française.

⁵ S'il n'apparaît pas de montant dans une case, c'est que l'allocation de base (AB) n'existe pas (ou plus) cette année-là.

⁶ Programme de transition professionnelle : contribution pour l'engagement de chômeurs dans le secteur non-marchand. Cette contribution est payée au Forem.

⁷ Les subventions d'équipement aux organismes d'éducation pour la santé couvrent des frais d'équipement pour les projets (ou les services agréés). En théorie, la législation exclut l'achat d'équipement dans le cadre des subventions à des projets. Dans certaines circonstances exceptionnelles, des équipements sont pris en charge sur cette allocation de base spécifique. Il s'agit de montants très modestes.

« allocations de base » (AB) qui correspondent à un type d'activités; elles sont numérotées ici de 1 à 25 (pour la facilité de lecture, cela ne correspond pas aux numéros réels...). Le programme 3 étant directement dépendant de critères de subventionnement précisés dans la législation de base, c'est le programme 2 qui sera le plus développé puisqu'il est le plus représentatif des politiques décidées. Le programme 2 de ce tableau mérite quelques explications.

Pour en faciliter la lisibilité, les différentes allocations de base du programme 2 ont été rassemblées pour distinguer d'une part ce qui est consacré plus spécifiquement aux projets de promotion de la santé, et d'autre part ce qui est consacré aux programmes de médecine préventive. Elles sont numérotées pour faciliter le référencement.

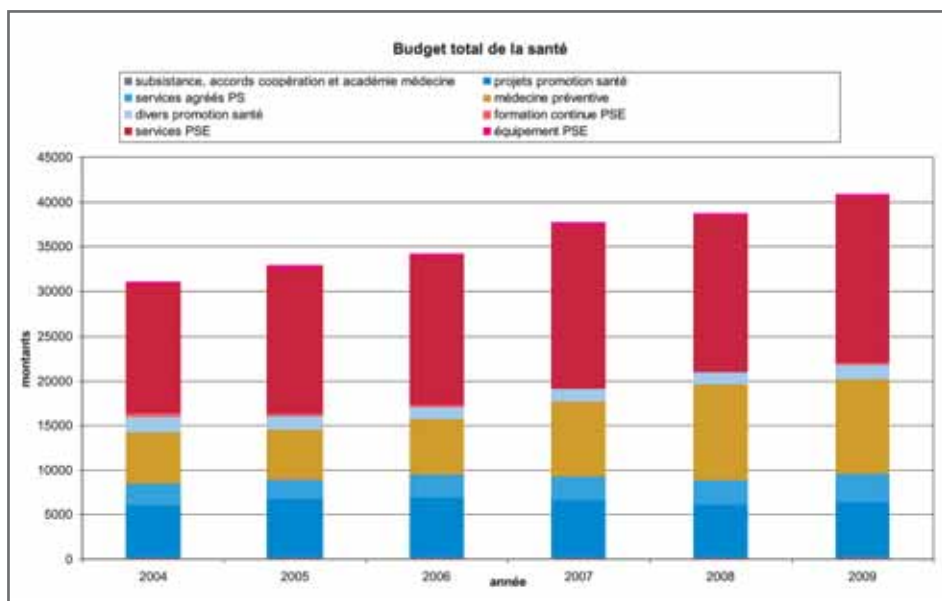
Quelques précisions supplémentaires ne sont pas superflues.

Les organismes agréés (17) sont les Services communautaires de promotion de la santé (au nombre de 4) et les Centres locaux de promotion de la santé (10 en 2004, 9 entre 2005 et 2008, 10 à nouveau à partir de 2009).

Les montants qu'ils reçoivent sont automatiquement indexés chaque année. Cette prise en compte des sauts d'index ne permet toutefois pas de couvrir les augmentations barémiques liées notamment à l'ancienneté.

Les dépenses de toute nature (18) correspondent à des commandes de documents et des frais de manifestations (colloque, journée d'étude...) organisées par le Ministre.

En 2006, de nouvelles allocations de base ont été créées (les allocations numérotées 2, 5, 7 et 8) pour couvrir de manière explicite les priorités du plan communautaire opérationnel (PCO)⁸. Auparavant, la plupart des projets de promotion de la santé étaient pris sur une même allocation de base sans distinction de problématique, « Actions et recherches en



Source - Ministère de la Communauté française, base de données de gestion des dépenses de la Communauté française.

promotion de la santé » (1); celle-ci a disparu logiquement la même année 2006.

L'allocation relative aux programmes locaux (9) couvrait en 2004 et 2005, outre certains projets locaux (pour environ 120.000 euros), les projets pilotes de promotion de la santé à l'école et les projets « communaux » (pour des budgets variant entre 170 et 240.000 euros chacun). Ces derniers ont disparu en 2006.

À partir de 2006, les projets de promotion de la santé se sont répartis entre les différentes allocations de base suivant la problématique abordée; les allocations « projets locaux », « sida » et « cardiovasculaire » ont été plus investies que précédemment.

La réorganisation en « thèmes » du budget alloué aux projets de promotion de la santé, si elle fait référence à la nécessité de rendre visible les priorités du PCO, suscite des réflexions par rapport à l'approche de promotion de la santé. En effet, dans l'allocation de base unique on pouvait voir le reflet de l'approche globale de promotion de la santé, détachée des problématiques spécifiques de santé dans la mesure où elle s'attache avant tout au bien-être des personnes et à leur pouvoir d'agir sur leur propre santé.

En identifiant les projets de promotion de la santé suivant une problématique de santé spécifique, on est confronté à la difficulté de les faire tous entrer dans des « cases », ce qui n'est pas toujours aisé. Les projets de santé communautaire, les projets développant un travail de formation avec les relais ou les pro-

jets abordant une « problématique » non couverte par le PCO mais néanmoins jugés prioritaires ont été repris dans des allocations de base créées à cette fin : subventions diverses (7) et problématiques émergentes et projets pilotes (8).

Il existe depuis toujours une allocation de base réservée aux initiatives du gouvernement (11 et puis 10). Il s'agit d'un budget dont le Ministre dispose pour soutenir ce qu'il juge opportun. Cette allocation de base a la particularité de n'être soumise à aucune procédure d'avis. En 2008, cette allocation de base a été fusionnée avec celle réservée aux problématiques émergentes.

Procédure d'avis

Depuis 1997, c'est sous forme de « projets » (et de « programmes de médecine préventive » depuis 2003) que la Communauté française applique ses compétences en matière de promotion de la santé.

La promotion de la santé s'appuie sur une approche globale de la santé plutôt que de se centrer sur une problématique de santé en particulier (la médecine préventive est toutefois axée sur un thème de santé précis tout en tentant de développer une approche globale). Les « projets » ne s'inscrivent donc pas nécessairement dans une thématique identifiable. C'est dans cette logique que l'ensemble des « projets de promotion de la santé » étaient regroupés dans une même AB jusqu'en 2006.

⁸ Les problématiques prioritaires reprises dans le plan communautaire opérationnel (PCO):

- prévention du sida et des IST - éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle;
- prévention des assuétudes;
- prévention des cancers;
- lutte contre la tuberculose;
- prévention des traumatismes et promotion de la sécurité;
- programme de vaccination;
- promotion de la santé cardiovasculaire;
- dépistage néonatal de la surdité et dépistage des anomalies congénitales.

Réglementairement, les projets de promotion de la santé sont soumis à une procédure d'avis. Il s'agit des avis rendus par trois Commissions⁹ (Commission d'avis des projets locaux, Commission d'avis sur les programmes, Commission « épidémiologie ») et par l'Administration¹⁰. Cette procédure a pour but de garantir la qualité des projets en regard des stratégies défendues (notamment) par le décret de promotion de la santé et une certaine équité dans le traitement des demandes de subvention.

Les programmes de médecine préventive sont soumis quant à eux à l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé.

Une série d'activités étaient jusqu'en 2006 soutenues sans procédures d'avis établies (les 'collectes de données' par exemple, prises sur l'AB « études et recherches en promotion de la santé », n'étaient pas systématiquement soumises à l'avis d'une commission) ou obligatoires (c'est le cas des 'initiatives' du gouvernement).

⁹ Il y a aussi une Commission d'avis sur les campagnes radio-diffusées de promotion de la santé, qui ne se prononce pas sur des allocations budgétaires, mais sur des temps d'antenne concédés gracieusement aux promoteurs de campagnes médiatiques.

¹⁰ Les projets « INTERREG », en cofinancement avec l'Europe notamment, ne sont pas soumis à l'avis d'une de ces commissions, mais à une autre procédure extrêmement exigeante qui comporte aussi un avis de l'Administration.

Ainsi donc, jusqu'en 2006 les procédures d'avis sur les projets étaient explicitement liées à une allocation de base. Avec la division en plusieurs allocations de base (découpées en thématiques) il n'y en a plus une réservée aux projets de promotion de la santé (essentiellement d'approche globale), mais bien des projets qu'il faut « caser » dans des allocations de base. Malgré la négociation des procédures d'avis entre le Cabinet et l'Administration dès 2006, l'éclatement en plusieurs allocations de base a rendu difficile leur application et il est arrivé d'ailleurs que des subventions soient octroyées sans y être soumises (par exemple des registres, des activités d'initiatives ministérielles – campagnes médiatiques, animations...). Par ailleurs, le flou autour de l'application des procédures d'avis a généré aussi de la confusion auprès des demandeurs de subvention qui ne savaient plus très bien où s'adresser ou comment le suivi de leur demande allait être assuré.

Depuis 2008, progressivement, l'Administration tente de ramener toutes les subventions dans le même cadre et de soumettre la plupart des activités aux procédures d'avis (notamment les « registres » qui jusque-là en avaient été dispensés). Néanmoins il subsiste toujours la possibilité pour le Ministre de soutenir une activité sur « les initiatives », ce qui ne nécessite pas de procédure d'avis.

Que trouve-t-on à l'intérieur des allocations de base ?

Afin de cerner les activités de « prévention » nous nous attachons ici aux programmes et projets en promotion de la santé y compris la médecine préventive (soit le programme 2, AB de 1 à 16). Une distinction est faite dans le texte qui suit entre les « projets de promotion de la santé » qui sont ceux ayant suivi les procédures d'avis et les « activités de promotion de la santé soutenues par le Ministre » qui n'ont pas fait l'objet des procédures d'avis. Par ailleurs, les programmes et activités de médecine préventive considérés sont identifiés à part, sans pour autant remettre en question le fait qu'ils sont bel et bien intégrés dans la « promotion de la santé » au sens du décret de 1997.

Pour donner une idée du contenu des allocations de base et donc de leur utilisation, le tableau 3 reprend un aperçu de ce qui a été pris en charge pour deux années, 2004 et 2008. Nous commençons par la promotion de la santé.

Nous observons que le nombre de projets de promotion de la santé est passé de 64 à 53 et les activités de 37 à 27. La diminution du nombre de projets s'accompagne d'un statu quo des subventions. Certains projets ont donc bénéficié d'une augmentation budgétaire, mais au prix de la perte de diversité de projets.

Tableau 3 - Evolution du nombre de projets en promotion de la santé

2004	Nombre de projets de promotion de la santé (avec procédure d'avis)	Nombre d'activités soutenues par le Ministre	Autres
1. actions et recherches en promotion de la santé	49		
3. prévention du sida et des IST	2		
4. prévention des maladies cardiovasculaires			
6. études et recherche en relation avec le pilotage du PCO	4		
9. programmes locaux	3		11 projets dans le cadre de l'appel à projets communaux 1 projet de soutien aux politiques communales
10. initiatives du gouvernement	6 cofinancements Interreg	37	1 appel à projets EVRAS (40 plannings). Soutien à 19 associations pour participation à un colloque ¹¹

¹¹ « Programmes locaux et régionaux de santé » au Québec.

2008	Nombre de projets de promotion de la santé (avec procédure d'avis)	Nombre d'activités soutenues par le Ministre	Autres
2. prévention des assuétudes	11 (+ 1 cofinancement Interreg)		9 points d'appui « assuétudes » (CLPS)
3. prévention du sida et des IST	11		
4. prévention des maladies cardiovasculaires	4 (+ 3 cofinancements Interreg)	2	1 appel à projets en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin
5. prévention des traumatismes et promotion de la sécurité	1		
6. études et recherche en relation avec le pilotage du PCO	2	1	suivi de la population de Mellery
7. subventions diverses pour la mise en œuvre du PCO	10		
9. programmes locaux	7		
10. initiatives du gouvernement + problématiques émergentes	3 (1 avec deux avis défavorables et 2 projets EVRAS)	24	2 activités de récolte de données (type registre)

Cette diversité représente un élément essentiel en promotion de la santé dans la mesure où elle permet d'envisager un ensemble de besoins et d'attentes de la population par des stratégies adaptées au public. Stratégies qui se déclinent notamment au travers de « nombreux » projets locaux plutôt qu'au travers d'un « gros projet » communautaire.

En médecine préventive

En **prévention des cancers**, on retrouve en 2008¹² : les subventions à Brumammo et au Centre de référence pour le dépistage du cancer du sein et du cancer du colon; les Centres provinciaux (cancer du sein); le registre du cancer; les campagnes médiatiques; des logiciels... Le budget 2004 porte sur les mêmes objets, à l'exception du dépistage du cancer colorectal qui n'était pas encore lancé (préparation en 2008, démarrage effectif en 2009).

Les **dépistages** (tuberculose, anomalies congénitales et surdité) sont payés à l'acte. Les montants sont indexés chaque année. Le dépistage de la surdité néonatale a débuté au cours de l'année 2006.

En ce qui concerne le programme de **vaccination**, il s'agit de l'achat et la livraison de vaccins, ainsi que de la convention avec PROVAC (environ 300.000 euros par an).

Les vaccins pris en charge en 2008 sont :

- Imovax®, vaccin inactivé monovalent contre la poliomyélite;
- Infanrix Hexa®, vaccin hexavalent contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'Haemophilus influenzae de type b, l'Hépatite B et la poliomyélite;
- Tetravac®, vaccin tétravalent contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, et la poliomyélite;
- Tedivax Pro Adulto®, contre la diphtérie et le tétanos (dosage adulte);
- Priorix®, contre la rougeole, la rubéole et les oreillons;
- Hbvapro®, contre l'hépatite B;
- Menjugate®, contre le méningocoque C;
- Prevenar®, vaccin conjugué heptavalent contre 7 types de pneumocoque.

Tous ces vaccins existaient déjà en 2004 (certains sous un autre nom) à l'exception du Prevenar, pris en charge à partir de 2007. Il est le responsable de la forte augmentation budgétaire de cette allocation de base (doublement entre 2004 et 2008).

Quelques commentaires à propos des programmes de médecine préventive.

Il faut noter qu'une collaboration financière avec l'INAMI réduit considérablement les coûts pour la Communauté française. C'est le cas des vaccinations (payées à raison de 2/3 par l'INAMI), mais aussi du dépistage du cancer du sein dont les actes sont entièrement

financés par l'INAMI laissant à charge de la Communauté française l'organisation du programme. En ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal (commencé officiellement en 2009), des négociations ont prévu une prise en charge similaire qui n'est cependant pas encore effective.

En revanche, les programmes de dépistage néonatal sont entièrement pris en charge par la Communauté française. Une priorité devrait être une concertation avec l'INAMI pour une prise en charge des actes de dépistage, d'autant que de nouveaux dépistages génétiques seront probablement envisagés dans le futur. Par ailleurs, le programme de la tuberculose, non réglementé à l'heure actuelle par le décret de 1997, comporte une série d'actes dont la prise en charge par la Communauté française relève d'un certain flou. En effet, le partage de compétences avec le niveau fédéral reste encore à comprendre clairement dans ce domaine.

Ces programmes reflètent une même idée : la Communauté française centralise l'organisation qu'elle délègue pour chaque programme à un centre de référence ou une structure de coordination assumant la coordination des acteurs, l'information, les invitations, le suivi, la formation, le recueil des données...

D'une manière générale, l'organisation des programmes de médecine préventive gagne à intégrer des stratégies de promotion de la santé telles que l'action intersectorielle (tra-

¹² L'achat de matériel pour le centre unique de 2^e lecture a provoqué une augmentation temporaire des coûts qui devraient à terme s'avérer moins conséquents que ceux liés à la présence de 5 centres de seconde lecture.

vail avec divers relais locaux) et le développement des compétences des personnes pour permettre au public de se sentir concerné par le programme et d'avoir envie d'en bénéficier. Toutefois, à ce stade, il faut noter que les divers engagements financiers de ces structures, ainsi que les plans et rapports d'activité ne reflètent pas un intérêt marqué pour les stratégies de promotion de la santé. Ainsi, les services préventifs existent et peuvent être sous-utilisés (c'est le cas du dépistage du cancer du sein) ou vécus comme des obligations dont le sens échappe aux usagers (le dépistage des anomalies congénitales par

exemple), en contradiction avec l'objectif du décret de permettre à chacun d'être acteur de sa santé.

Le tableau ci-dessous résume ces évolutions, et le suivant exprime le poids budgétaire des différents aspects de la médecine préventive pris en charge par la Communauté française.

Regard sur les montants

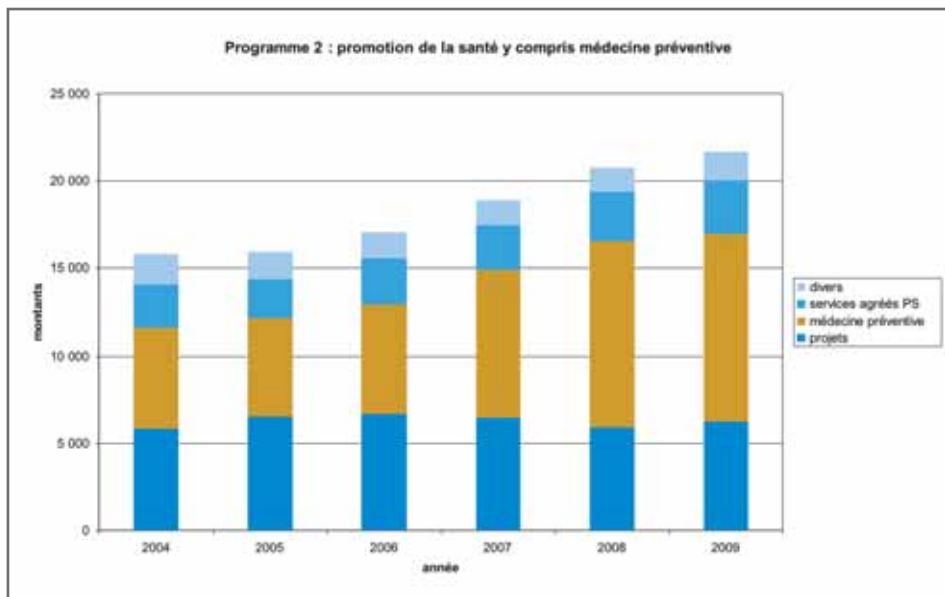
Comme on peut le constater, globalement, le budget de la « santé » a augmenté de près de 25 % en 5 ans, passant de 31 millions d'euros en 2004 à près de 39 millions en 2008. À

titre de comparaison, sur la même période l'index santé est passé de 100 à 111,24¹³, soit une augmentation d'un peu plus de 11 %.

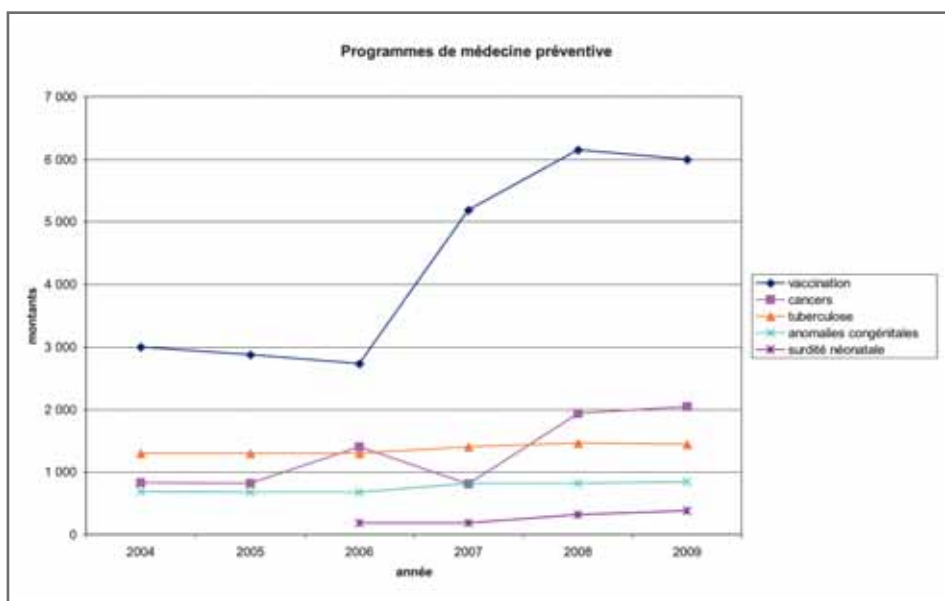
La PSE a été revalorisée au cours des années (il s'agit de payer des salaires), notamment pour tenir compte des accords du non-marchand (+18,22 % entre 2004 et 2008). La PSE représente 45,65 % du budget total de la santé en 2008 (48,20 % en 2004).

Le dernier tableau (page suivante) présente la part respective des grands postes rapportés à l'ensemble du budget santé en 2004 et 2008.

Les allocations de base réservées aux projets de promotion de la santé (AB de 1 à 11 dans le tableau 2) n'ont guère pris de valeur (+1,19 % entre 2004 et 2008). Il faut souligner que la dynamique de projets qui a remplacé le subventionnement de services en 1997 s'accompagne de la définition de budgets dits « facultatifs ». Cela veut dire qu'ils ne sont pas fixés et peuvent à tout moment être rabotés, notamment pour financer des activités très précises de services ou quand un besoin d'argent se fait sentir ailleurs. En 2008, les subventions aux projets représentent 15,37 % du budget santé total, contre 18,95 % en 2004. Globalement l'orientation qui se dégage est une diminution du nombre de projets avec une concentration des moyens disponibles vers les services agréés et les « gros » projets récurrents. Les projets locaux et les nouveaux projets se font de plus en plus rares. Notons à ce propos que les services agréés, les centres de référence et les actes de dépistage sont protégés par les règles législatives qui fixent des budgets et octroient automatiquement les indexations (même si ces dernières sont insuffisantes pour compenser l'évolution des coûts salariaux). Ce n'est pas le cas des projets de promotion de la santé dont certains ont pu bénéficier d'augmentations mais au détriment de projets plus petits qui ont disparu. Si la concentration des moyens peut donner le sentiment d'une plus grande efficacité, cela n'est qu'une apparence. En effet, la promotion de la santé tend à développer des approches collectives « communautaires », c'est-à-dire proches des « communautés de vie » pour pouvoir travailler avec

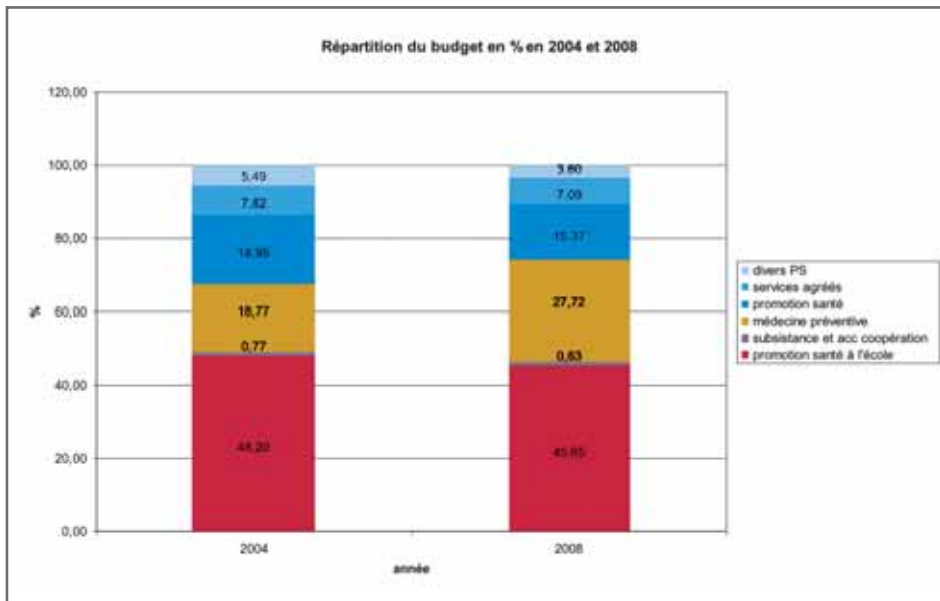


Source - Ministère de la Communauté française, base de données de gestion des dépenses de la Communauté française.



Source - Ministère de la Communauté française, base de données de gestion des dépenses de la Communauté française.

13 http://statbel.fgov.be/indicators/cpi/cpi_fr.asp



Source - Ministère de la Communauté française, base de données de gestion des dépenses de la Communauté française.

celles-ci de manière adaptée. Cela nécessite donc des approches locales (projets locaux) complémentaires aux approches qui visent l'ensemble du territoire de la Communauté française.

Les programmes de médecine préventive bénéficient quant à eux d'une large augmentation (+83,86 % entre 2004 et 2008), dont la plus grosse part est réservée à la vaccination. C'est une obligation incontournable, qui malgré le cofinancement important de l'INAMI pèse lourdement sur le budget santé de la Communauté française. En 2008, la vaccination représente 15,92 % du budget total de la santé (pour 9,69 % en 2004). Dans le futur, en l'absence d'une prise en charge plus conséquente par l'INAMI, les coûts en augmentation de la vaccination vont probablement grever encore plus le budget santé.

Les autres programmes de médecine préventive ont également pris de l'élan depuis 2004, notamment via le lancement du dépistage du cancer colorectal et du dépistage néonatal de la surdité.

Globalement la médecine préventive représente 27,72 % du budget total en 2008 (18,77 % en 2004).

Les choix politiques sur la période 2004-2008 ont porté, comme on peut le constater, sur les programmes de médecine préventive, au détriment des budgets consacrés aux projets de promotion de la santé (budgets dont

l'augmentation est même loin d'atteindre l'augmentation de l'index santé).

La question de la répartition budgétaire entre les deux groupes de programmes n'est évidemment qu'une composante visible du constat que nous faisons aujourd'hui. Il invite à réfléchir d'une part sur la pertinence à maintenir une diversité utile et cohérente dans les stratégies proposées pour améliorer la santé de la population et, d'autre part, à poser la question de savoir quelles sont les stratégies les plus adéquates pour réduire les inégalités de santé.

En pratique ces deux groupes de programmes répondent à des stratégies d'action très différentes mais complémentaires. Les programmes de médecine préventive proposent un acte standard (de dépistage, de vaccination) organisé et recommandé pour l'ensemble de la population ciblée (le plus grand nombre). La promotion de la santé vise quant à elle le renforcement du pouvoir d'agir des populations et un environnement favorable à la santé.

Elle a pour but d'améliorer les déterminants sociaux de la santé avec un objectif d'équité ¹⁴. Les stratégies concertées qui en découlent nécessitent de travailler sur des populations de petite taille et à long terme. Ces stratégies sont particulièrement adéquates et efficaces pour bien comprendre les déterminants de la

santé et mettre en place des actions utiles pour des populations spécifiques (femmes, jeunes, personnes isolées, primo-arrivants, sans emploi, peu scolarisés...).

Un des enjeux majeurs en matière de santé publique d'aujourd'hui, c'est de réduire les inégalités de santé. C'est bien connu, une personne qui a obtenu un diplôme d'enseignement supérieur a beaucoup plus de chance d'être en bonne santé qu'une personne qui a fait peu ou pas d'études ¹⁵. Ces inégalités sont aujourd'hui largement documentées ¹⁶. L'inadmissible écart entre les riches et les pauvres est plus que jamais d'actualité mais il est difficile à résorber. Il faut travailler sur des dimensions sociales, culturelles, environnementales, comportementales... et en partenariat avec l'enseignement, la culture, le sport, etc. Ce travail de promotion de la santé devrait être renforcé et, à tout le moins, suivre l'évolution budgétaire des programmes de médecine préventive universels; programmes qui seraient plus et/ou mieux utilisés par les publics si par ailleurs un travail était fait avec ces publics sur les déterminants de la santé.

En conclusion, c'est la diversité des programmes et des actions qui permet de répondre à la diversité des mécanismes individuels. Elle permet d'améliorer l'efficacité des actions de la Communauté française et la santé des populations.

L'analyse budgétaire présentée dans ce document doit dès lors être lue comme un élément de réflexion sur lequel les choix futurs pourraient s'appuyer. Elle doit être complétée par une évaluation du dispositif complet.

Tatiana Pereira, Direction de la promotion de la santé, Ministère de la Communauté française. Avec la collaboration de Roger Lonfils et de la cellule socio-sanitaire de la Direction générale de la santé.

Adresse de l'auteure : DG Santé Communauté française, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles.

Courriel : tatiana.pereira@cfwb.be

¹⁵ Enquête nationale de santé

¹⁶ Rapport sur les inégalités, Fondation Roi Baudouin. Rapport sur la pauvreté, ATD Quart Monde. Rapport sur la consommation de soins, Fédération des maisons médicales, parmi d'autres.

¹⁴ Comblent le fossé en une génération, instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, OMS, 2008

Catherine Fonck fait son bilan...

Au terme de la législature, Éducation Santé a rencontré pour vous Catherine Fonck, anciennement Ministre de la Santé de la Communauté française, pour un échange rétrospectif sur son action de 2004 à 2009.

Éducation Santé : Quel bilan pouvez-vous dresser de votre action 5 ans après avoir pris la responsabilité des compétences de la Communauté française en matière de santé ? Cinq ans de stabilité à la tête d'un département, ce n'est pas si fréquent dans notre pays. Quels sont vos principaux motifs de satisfaction ? Quels dossiers qui vous tenaient à cœur lors de votre prise de fonction avez-vous pu faire aboutir ?

Catherine Fonck : Au vu de tous les projets développés et menés à terme, je suis vraiment satisfaite du bilan de ces cinq années. Il faut oser dire qu'en 5 ans, nous avons remis la Communauté française à la pointe du combat en matière de santé dans de nombreux domaines. En termes de **dépistage**, par exemple, je citerai notamment deux programmes bien lancés et rencontrant parfaitement des objectifs de prévention et promotion de la santé : le dépistage du cancer colorectal et le dépistage néo-natal de la surdité. En outre, tant pour le dépistage du cancer du sein que pour celui de la surdité, nous avons rattrapé notre retard par rapport à la Flandre¹.

En novembre 2006, j'ai lancé le programme de dépistage néo-natal de la surdité dans les maternités. Sur base volontaire, ce sont 43 maternités sur 47 qui adhèrent aujourd'hui au programme en Communauté française. Cela nous permet de dépister 90 % des bébés (quelque 33 000 enfants ont été testés). On a ainsi pu recenser 44 déficiences auditives dont 32 chez des enfants sans facteurs de risque. Établir le plus tôt possible le diagnostic de surdité permet de mettre en place un mode de communication adapté à l'enfant

le plus rapidement possible (langue des signes notamment), et de donner ainsi à l'enfant le maximum de chances pour une scolarité et une intégration réussies par la suite. Et nous sommes aussi à la pointe pour le dépistage du cancer colorectal. C'est en 2006, suite à l'interpellation de gastroentérologues de tout le pays, que je m'étais engagée à étudier la possibilité de proposer un programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française. Très rapidement, l'idée a mûri et c'est avec l'aide d'un groupe d'experts que le programme a été conçu. Ce dépistage s'adresse à toutes les personnes de 50 à 74 ans.

Dès le début, j'ai insisté pour que le médecin généraliste en soit la pierre angulaire. Le programme est lancé depuis début mars 2009. Les premiers résultats sont encourageants avec une large adhésion non seulement de la population cible mais aussi des acteurs de la santé.

En termes de **prévention des maladies cardio-vasculaires**, j'ai développé, en collaboration avec mes collègues de l'Enseignement et du Sport, un important Plan de promotion des attitudes saines chez les enfants et les jeunes. Ce Plan s'inscrit dans le cadre du Plan national de nutrition santé (PNNS) au niveau fédéral. La majorité des mesures prévues ont été mises en place ou adaptées au vu de la réalité du terrain. Je constate avec intérêt que les enseignants, animateurs, mais aussi les parents sont en demande d'information pour valoriser des habitudes et des attitudes saines et parfois même développer des initiatives locales.

En termes de **vaccination pour les nourrissons**, grâce au recours aux vaccins combinés, 11 maladies infectieuses peuvent aujourd'hui être évitées. Dès le début de l'année 2007, j'ai intégré le vaccin contre le pneumocoque au calendrier vaccinal. De plus, les infections à rotavirus dont la vaccination n'est pas prévue dans le calendrier vaccinal font l'objet d'un remboursement INAMI. Selon les enquêtes réalisées en Communauté française en 2006 par Provac, la couverture vaccinale pour les nourrissons âgés de 18-24 mois tourne autour

des 85 %. Cela représente une augmentation de 34 % par rapport aux résultats de l'enquête de 2003. Il sort des enquêtes de 2006 que les modifications du schéma vaccinal et l'introduction des nouveaux vaccins ont bien été suivies.

En termes de **prévention des assuétudes**, un « Programme d'actions de prévention des assuétudes en milieu scolaire » a été mis en place. Depuis septembre 2007, l'interdiction de fumer à l'école est d'application et des points d'appui aux écoles en matière de prévention des assuétudes ont été créés. Ces points d'appui jouent le rôle d'interface entre les acteurs du milieu scolaire et les acteurs abordant la prévention des assuétudes.

■
Il faut oser dire qu'en 5 ans, nous avons remis la Communauté française à la pointe du combat en matière de santé dans de nombreux domaines.
■

Ces dernières années, la problématique de **l'impact de l'environnement sur la santé** a été de plus en plus présente, on peut réellement parler de thématique émergente. Pour assurer une gestion cohérente de ce type de dossier, j'ai mis en place, avec mes collègues Ministres régionaux de la Santé et de l'Environnement, une structure réunissant nos 3 cabinets et administrations respectives, la Task force Environnement-Santé. Elle permet de déterminer les éventuels risques liés à toute situation environnementale particulière (pollution de l'air, décharge, autres sites pollués...), et, si nécessaire, de prendre les mesures sanitaires qui s'imposent (communication vers les riverains ou suivi sanitaire par exemple), sans oublier les mesures spécifiques environnementales.

ES : Corollairement, quelles sont les questions qui vous laissent frustrée, voire sur un sentiment d'échec ?

¹ Catherine Fonck est bien consciente du fait que le programme 'mammotes' fonctionne mieux dans le nord que dans le sud du pays; elle estime que l'objectif prioritaire doit être de convaincre plus de femmes de faire régulièrement le dépistage, que ce soit dans le cadre du programme organisé ou non (ndlr).

CF : Malgré toutes les énergies développées à propos du programme de dépistage du cancer du sein, je dois bien constater que ce dépistage n'a pas atteint son but. Seule une femme sur 2 bénéficie d'un dépistage régulier du cancer du sein. C'est insuffisant !

Outre des actions de sensibilisation vers les femmes (y compris vers les femmes plus défavorisées, moins réceptives à la pertinence du dépistage), de nombreuses rencontres avec les professionnels, la mise en place d'un logiciel performant pour les invitations et le suivi des personnes concernées, j'ai finalisé la centralisation de la deuxième lecture et depuis peu la reconnaissance de la mammographie numérisée. L'objectif est de permettre que les résultats arrivent plus vite vers le médecin traitant et donc vers les femmes, et de lever une série de freins à la participation au dépistage.



Photo © Photoneews

L'ancienne, Catherine Fonk, et la nouvelle, Fadila Laanan, le 21 mars 2008 : une image prémonitoire !

■
Malgré toutes les énergies développées à propos du programme de dépistage du cancer du sein, je dois bien constater que ce dépistage n'a pas atteint son but. Seule une femme sur deux bénéficie d'un dépistage régulier du cancer du sein. C'est insuffisant
■

ES : On sait que le niveau fédéral des soins de santé est doté d'un budget non négligeable, de l'ordre de 23 milliards d'euros par an. La Communauté pour sa part doit se débrouiller avec environ **500 fois moins**, pour gérer des matières pourtant aussi essentielles que la promotion de la santé, la vaccination, les dépistages, la promotion de la santé à l'école. N'y a-t-il pas là un déséquilibre aberrant, d'autant plus aberrant qu'il est établi que les soins de santé, quelle que soit leur qualité, ne contribuent que modestement à l'amélioration de la santé publique ?

CF : Comme vous, je dois bien reconnaître que la prévention est le parent pauvre du budget de la santé dans notre pays. J'ai hérité de cette situation, mais je me suis battue pour obtenir des moyens supplémentaires importants,

convaincue des bénéfiques à moyen et long terme.

Ainsi, entre 2004 et 2009, soit durant cette législature, le budget initial est passé de 30,2 millions d'euros à 53,5 millions d'euros par an. On peut réellement parler d'un refinancement important au regard de l'évolution du reste du budget de la Communauté française.

N'oublions cependant pas que l'espérance de vie est certes liée à la santé en tant que telle, mais elle est aussi liée, et de façon prépondérante, aux autres facteurs que sont l'éducation, l'emploi, le logement, l'environnement. La prévention ne se joue donc pas uniquement dans les compétences de la santé, mais à travers de très nombreuses politiques.

ES : Ce déséquilibre budgétaire cruel entre prévention et 'réparation' incite régulièrement les politiques à plaider pour des paquets de compétence plus homogènes que ce n'est le cas aujourd'hui. On vous a entendu dire à plusieurs reprises qu'il vaudrait mieux faire marche arrière en ce qui concerne la santé, et renvoyer la médecine préventive et la promotion de la santé au niveau fédéral. Est-ce réaliste ? L'évolution institutionnelle du pays ne nous indique-t-elle pas que l'homogénéité des compétences

s'inscrit nécessairement dans une dynamique centrifuge ? Je pousse même le raisonnement plus loin : les 'cultures' de la santé, de la prévention, de l'enseignement universitaire, des pratiques des professionnels ne sont-elles pas de plus en plus éloignées au Nord et au Sud du pays ?

CF : Je pense en effet que renvoyer la prévention au niveau fédéral permettrait d'en augmenter les moyens, de bien mieux coordonner les politiques menées, et probablement de faire de substantielles économies d'échelle. Toutefois, comme vous le faites remarquer, il faudrait tenir compte des disparités entre le Nord et le Sud du pays. Cela ne pourrait se faire au détriment de ce qui existe aujourd'hui. Pour ce qui est de régionaliser la sécurité sociale, je ne peux absolument pas m'inscrire dans cette logique (qui coûterait d'ailleurs très cher aux contribuables flamands et francophones), sauf à dire que la Belgique n'existe plus...

ES : Toujours dans le domaine compliqué des savants équilibres 'à la belge', certaines choses n'ont pas trop mal fonctionné ces dernières années, comme la répartition des responsabilités du niveau fédéral et des entités fédérées dans le programme organisé de dépistage du cancer du sein ou le financement collectif et

l'organisation de la vaccination. Pourquoi avez-vous choisi de jouer cavalier seul avec le nouveau programme de dépistage du cancer colorectal ?

CF : Entendons-nous bien, je n'ai pas choisi délibérément de faire cavalier seul. Dès le début des réflexions du groupe de travail ad hoc, un représentant de la Communauté flamande y a été associé, et à plusieurs reprises j'en ai débattu en conférence interministérielle (réunissant les différents niveaux de pouvoir) pour tenter de mettre en place un projet commun sur tout le pays. Mais très rapidement, il est apparu que leurs projets étaient différents des nôtres.

De notre côté, avec les différents experts, nous avons estimé qu'il fallait mettre ce programme en place dans des délais rapides. Nous avons également opté pour une généralisation d'emblée à toute la Communauté française (la Communauté flamande s'est lancée dans un projet pilote sur quelques villes). En effet, de nombreux pays pratiquent déjà ce programme de dépistage depuis plusieurs années, il n'y a donc plus lieu d'en démontrer la pertinence et l'efficacité (gain clair sur la réduction de mortalité et sur l'incidence de ce cancer).

ES : *Jusqu'il y a peu, les statistiques de naissances et de décès pour la Belgique étaient bloquées en... 1997. La situation s'est améliorée récemment, la Communauté française a mis les bouchées doubles pour rattraper son retard concernant les chiffres wallons (Bruxelles est dans ce domaine comme dans tant d'autres un cas à part). Un motif de satisfaction pour vous ?*

CF : Bien entendu. Au début de la législature, l'enregistrement des naissances et décès en Communauté française avait pris un retard de 7 ans ! Celui-ci était notamment dû à l'encodage et au codage entièrement manuel. J'ai donc demandé que l'Administration y accorde un haut degré de priorité et puisse y apporter une solution efficace et rapide. La Communauté française a opté pour une solution de lecture optique et un traitement informatisé des documents. Ce système de reconnaissance permet de traiter des volumes importants de documents en un minimum de temps. Ces mesures ont porté leurs fruits puisque le

retard au niveau de l'encodage des certificats de naissances et de décès de moins de 1 an est actuellement entièrement résorbé et qu'une première publication concernant les données de l'année 2004 a été envoyée à l'ensemble des médecins de la Communauté française. De même, la situation est en bonne voie pour les certificats de décès de plus de 1 an.

■
En termes d'accords du non-marchand, des avancées significatives ont été menées et ont permis d'améliorer de façon substantielle les conditions du personnel salarié des services PSE.
■

ES : *La médecine scolaire a eu certaines difficultés à gérer le décret qui marquait l'évolution de ses fonctions d'une approche traditionnelle de bilans de santé réguliers au cours de la scolarité des enfants vers la promotion de la santé à l'école qui vise une approche plus globale de l'élève et cherche à mobiliser l'ensemble de la communauté éducative. Pouvez-vous affirmer aujourd'hui que la 'sauce a pris' ?*

CF : De gros investissements ont été faits dans le secteur de la promotion de la santé à l'école.

Un des grands chantiers a été l'instauration du projet de service. Depuis la rentrée 2007, les services PSE sont amenés à définir un projet de service à la place d'un projet de santé. Cette modification de décret leur permet de définir une offre qui corresponde à la fois aux besoins prioritaires de la population scolaire avec laquelle ils travaillent et à leurs compétences spécifiques, tout en tenant beaucoup mieux compte de la réalité de terrain.

En termes d'accords du non-marchand, des avancées significatives ont été menées et ont permis d'améliorer de façon substantielle les conditions du personnel salarié des services. Des efforts ont également été réalisés pour améliorer la situation des médecins scolaires. La médecine scolaire reste peu attractive pour les médecins pour de multiples raisons : faible rémunération, pas de remboursement des frais de déplacement

pour les visites médicales, absence de statut ou diversité des statuts, numerus clausus... La conciliation de ces deux activités n'est guère aisée d'autant plus que chaque médecin scolaire avait l'obligation de prescrire au minimum 40 heures par mois en cette qualité, leur faisant perdre dès lors, plusieurs matinées de pleine rémunération. Pour vous donner un exemple, ce quota minimal d'heures de prestation a été diminué, le limitant à un seul médecin par service, en veillant toutefois à ce que chaque service puisse bénéficier d'une structure médicale stable. Les efforts doivent absolument être poursuivis, sous peine de mettre à mal la poursuite de la médecine scolaire.

J'ai également simplifié les procédures d'agrément et de calcul des subventions, ainsi qu'allégé la récolte des données sanitaires en milieu scolaire, pour faciliter et soulager au mieux les acteurs des centres de santé.

ES : *On a pu constater au cours de la législature qui s'achève que vous n'avez pas votre langue en poche. Pouvez-vous nous citer l'une ou l'autre situation qui vous ont particulièrement énervée ?*

CF : Le bon sens et le pragmatisme sont parfois bien mis à mal par certaines idéologies ou par des débats qui ne me semblent personnellement pas prioritaires (comme par exemple les débats communautaires). De même, les cadres juridique, budgétaire et politique créent une certaine inertie par rapport à ce que l'on veut mettre en place... C'est toute la différence entre le « il n'y a qu'à » et la concrétisation des projets qui doit, elle, respecter les différentes règles en vigueur !

ES : *J'ai eu l'occasion de vous rencontrer à plusieurs reprises au cours de ces 5 années, et il m'a semblé que le sérieux de la fonction ministérielle ne vous empêchait pas de vous amuser dans ce que vous faites. Je me trompe ?*

CF : Si s'amuser, c'est prendre du plaisir dans ce l'on fait, alors le sérieux de ma fonction ne m'a pas empêchée de m'amuser, que du contraire ! Je me suis investie à 300 % dans ma fonction, et j'ai vécu ces 5 années avec passion !

Propos recueillis par **Christian De Bock**

Le Réseau d'intervenants en matière d'assuétudes (RéZéa) à Verviers

A l'origine, des partenaires et la volonté d'une démarche commune

Courant octobre 2003, le Fonds des Affections RESpiratoires (FARES), le Centre Verviétois de Promotion de la Santé (CVPS) et divers partenaires des secteurs de la prévention et de l'aide à la jeunesse se sont rencontrés afin de développer une démarche participative commune de prévention des assuétudes. De ces échanges, il ressort des liens étroits entre institutions et une meilleure appropriation du champ d'action des uns et des autres.

A plusieurs reprises, des acteurs scolaires (PMS, PSE et directions d'écoles) furent conviés afin de faire le lien avec leur réalité de terrain et de répondre à leurs demandes. Les partenaires visaient ainsi à mieux se faire connaître et à favoriser les échanges entre le monde scolaire et le monde associatif, dont les services d'Aide en Milieu Ouvert (AMO), souvent interpellés en urgence lors de décrochages scolaires.

Des complémentarités se marquent et des collaborations s'engagent lors d'accompagnements des demandes en respect des limitations géographiques et/ou missions des uns et des autres. Il en résulte la co-construction de référentiels : un protocole d'analyse des demandes et une méthodologie d'accompagnement des demandes sur base des ressources disponibles.

Du partenariat à la formalisation d'un réseau

Dès 2007, l'accent a été mis sur la formalisation en réseau des partenariats engagés afin de répondre à un souhait d'identité commune et de valorisation de l'investissement consenti par chacun. Le réseau verviétois des intervenants en matière d'assuétudes s'est donc structuré au travers d'une convention de partenariat. Cette convention définit les modalités de fonctionnement du réseau, les objectifs poursuivis, la méthodologie concertée, des critères d'adhésion en termes de déontologie, de responsabilité, d'engagement et un processus d'évaluation.

Par ailleurs, les partenaires ont veillé à une articulation du réseau avec les missions du Point d'Appui Assuétudes (PAA) du CVPS créé en septembre 2007. Le PAA est un référent tant pour le réseau verviétois que pour ses bénéficiaires et sert d'interface entre les réseaux présents dans l'entité et les dynamiques engagées par ceux-ci.

Un réseau pour quoi faire ?

Le « Réseau verviétois d'intervenants en matière d'assuétudes », le RéZéa, s'inscrit dans une approche globale de promotion de la santé. C'est un maillage des relations entre individus. Chaque membre contribue à le constituer. Le réseau propose une action collective et concertée d'offre de services, apportée par des professionnels, visant à épauler tout intervenant désireux d'aborder la question de la prévention des assuétudes (y compris le tabac) en divers lieux de vie des jeunes. La philosophie de travail du réseau est basée sur des échanges et des collaborations visant à :

- proposer des interventions et une méthodologie concertées dans le cadre des assuétudes;
- renforcer la cohérence et la pertinence des actions menées, à la demande, en matière de prévention en milieu scolaire et extra-scolaire;
- proposer un panel d'intervenants réunis autour du Centre verviétois de promotion de la santé.

La méthodologie mise en œuvre s'articule en 5 étapes :

- analyse approfondie de la demande, des besoins et représentations du public bénéficiaire (diagnostic);
- démarche concertée incluant les ressources internes et externes;
- travail participatif dans une perspective de qualité de vie et de bien-être de chacun;
- cadre d'intervention concerté;
- évaluation.

Ceci s'opérationnalise via des temps de concertation, des groupes de travail spécifiques

(dynamiques locales) et un suivi des accompagnements réalisés.

Une première évaluation

Une évaluation a été engagée par le FARES en partenariat avec le Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES). Des interviews ont été réalisées auprès des différents membres du RéZéa.

Le réseau est jugé pertinent. Il répond à des attentes au niveau de l'entité de Verviers. Jusque-là, il n'y avait pas de logique de réseau en matière de tabagisme et d'assuétudes sur Verviers, l'AVAT¹ étant le seul acteur local spécialisé dans le domaine des assuétudes. RéZéa permet « *de concrétiser une mission de coordination* », « *de prendre connaissance des partenaires et de ce qu'ils mettent en place, de croiser des expériences et d'assurer une cohérence dans les actions menées en matière de prévention en milieu scolaire et extra-scolaire, de crédibiliser une démarche de prévention auprès du public et de rendre davantage visible une institution.* »

RéZéa est « tourné vers l'action ». Les partenaires viennent de secteurs différents : de la prévention, de l'aide en milieu ouvert, du milieu scolaire (PMS, PSE, éducateurs). Par ailleurs, RéZéa a encore le souci de s'élargir en termes de compétences/missions et de zones d'action géographiques d'autant que depuis sa création, le Point d'Appui Assuétudes reçoit de plus en plus de demandes.

RéZéa a permis de casser la frontière entre le milieu scolaire et le milieu associatif extra-scolaire. La construction commune d'une charte a permis de définir clairement les rôles de chacun et d'identifier les enjeux de pouvoir. Il convient cependant de toujours rester vigilant à ce que l'information circule. Les membres participent activement au réseau. La présence d'une majorité d'entre eux à l'entretien d'évaluation et leur souhait de réaliser cet entretien en groupe démontre leur

¹ Aide verviétoise aux alcooliques et toxicomanes

mobilisation et leur volonté de travailler de façon concertée.

La présence du FARES est jugée pertinente au sein du réseau. Celle-ci permet d'avoir un regard extérieur sur la réalité locale. « *Créer un réseau est une démarche longue, la présence du FARES a permis d'avancer dans cette voie, dans le sens où son support rassure et fédère.* » « *La position de tiers du FARES en tant que structure ressource est importante pour le réseau; elle permet de trianguler les échanges, de ne pas tourner en rond entre acteurs vervétois.* » On relève également « *l'importance pour des professionnels de deuxième ligne de travailler un minimum sur le terrain afin d'éviter de devenir trop théorique, trop éloigné de la réalité des jeunes et des acteurs de terrain.* »

En conclusion, plusieurs indicateurs reflètent la plus-value du RéZéa :

- la **pluridisciplinarité** des membres (professionnels de première et deuxième ligne, du milieu scolaire, de la prévention, de l'aide en milieu ouvert, etc.) ce qui enrichit les **échanges**;
- l'**augmentation des pratiques collectives / concertées** en prévention des assuétudes;
- le **partage de référentiels**;
- la **crédibilité/visibilité**. Etre membre du réseau donne du sens aux démarches entre-

prises, notamment auprès des écoles. Les compétences sont davantage reconnues et les actions valorisées.

Relevons, enfin, la capacité des membres du réseau à **analyser les dysfonctionnements et les difficultés rencontrées** et à les surmonter au travers des échanges.

Des perspectives

Les membres du RéZéa² envisagent la poursuite du travail d'ouverture du réseau, de la démarche d'échanges de compétences ainsi que l'affinement des offres de services (fiches d'identification des partenaires). Ceci se traduit par :

- la mobilisation des professionnels de santé et de l'éducation tant du préventif que du curatif lors d'une **journée d'échanges** le 29 octobre 2009 sur la « relation que les jeunes de 12 à 20 ans entretiennent avec les écrans » et de **promotion du réseau**. L'objectif principal était de dégager des pistes d'actions pour agir, communiquer et

prévenir les comportements problématiques. Elle fut également l'occasion pour les professionnels de terrain d'exprimer leurs points de vue et difficultés et de présenter des démarches et projets;

- des formations à l'entretien motivationnel, à l'outil « Kottabos », à l'outil « Mille facettes » et des ateliers-rencontres sur « Shalimar », « En rang d'oignons », etc.
- des temps de concertation permettant la co-construction de dynamiques à ancrage local selon les besoins et de référentiels complémentaires pour l'accompagnement des demandes (état des lieux, grille d'évaluation...).

Toute information complémentaire peut être obtenue sur simple demande auprès du CVPS et de son PAA. Vous pouvez également consulter le site du FARES (www.fares.be) pour y télécharger la convention de partenariat et les coordonnées des membres de RéZéa.

Caroline Rasson, FARES, partenaire et au nom du RéZéa

Adresse : RéZéa (Réseau Echanges Assuétudes),

Coordination CVPS, rue de la Station 9,

4800 Verviers. Tél.: 087 35 15 03.

Internet : www.cvps.be

DONNÉES

La prévention du sida et des infections sexuellement transmissibles

Tableau de bord de la santé en Communauté française

Dans le Tableau de bord de la santé en Communauté française, la prévention du sida apparaît clairement comme une problématique complexe. Le sida touche, en effet, différents groupes d'individus présentant des vulnérabilités diverses. Malgré les stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge de la maladie, il n'est malheureusement pas possible de développer une approche de santé spécifique pour chaque public cible.

D'emblée, soulignons le fait que le cahier relatif à la prévention du sida et des autres infections sexuellement transmissibles en Communauté française présente certaines données sans pour autant offrir une image complète de la problématique. « *La prévention du sida concerne des publics cibles différents, mais nous nous sommes limités pour rester à un certain niveau de généralités* », précise **Vladimir Martens**, Directeur de l'Observatoire du sida et des sexualités, et co-

auteur du cahier relatif à la prévention du sida et des IST.

La problématique du sida se heurte à deux difficultés majeures : d'une part, la complexité de la situation nécessiterait une analyse spécifique par public cible. D'autre part, les données manquent en ce qui concerne notamment les comportements (et leurs déterminants) d'un certain nombre d'acteurs autres que le public cible.

« Comme il existe de nombreuses interactions entre plusieurs déterminants, il est difficile de savoir pourquoi la maladie évolue de telle ou telle manière », observe Vladimir Martens. « Un travail de sensibilisation doit donc être réalisé pour avoir une vision de la complexité de la problématique du sida. »

Quelques données

Les données épidémiologiques reprises dans le Tableau de bord sont sous-estimées car elles ne concernent que les personnes ayant réalisé un test de dépistage (des personnes séropositives ne se savent pas contaminées par le VIH). Aujourd'hui, 10 000 à 12 000 personnes vivent avec le VIH en Belgique.

Le Tableau de bord révèle qu'entre 1985 et 2006, le nombre total de personnes ayant reçu un diagnostic d'infection au VIH était compris entre 18 959 et 20 085¹. Parmi ces personnes, environ une sur cinq (3 641) a reçu un diagnostic de la maladie du sida. Le nombre moyen de nouveaux diagnostics VIH par jour est compris entre 1,8 et 2,9 selon les années.

La région de résidence est connue pour 11 711 de ces personnes : 7 494 vivaient en Communauté française Wallonie-Bruxelles au moment du diagnostic. Une majorité d'entre elles (4 779) était de nationalité non belge.

Après une baisse des nouveaux diagnostics VIH entre 1992 et 1997, on a assisté à une recrudescence de plus de 50 % entre 1997 et 2003. En 2005, un pic de 1 072 diagnostics VIH a été enregistré, ce qui équivaut à une moyenne de près de trois nouveaux cas diagnostiqués par jour.

Pour l'année 2006, 995 cas ont été enregistrés. « Cette augmentation correspond à l'arrivée de la trithérapie, explique Vladimir Martens. Si le traitement permet à un nombre plus élevé de personnes de vivre avec le virus, il augmente aussi le risque, au sein de la population, de contracter le sida. »

La trithérapie a également eu pour effet de modifier les comportements : « On assiste à un phénomène de banalisation et d'optimisme dus aux traitements avec comme conséquence une baisse de la vigilance par rap-

port à la prévention. Dès le départ, les homosexuels ont été très touchés par le virus. Au début de l'épidémie, les jeunes homosexuels qui commençaient à avoir une vie sexuelle ont été marqués par les discours sur le sida : ils étaient très informés et avaient un niveau de vigilance très élevé. Actuellement, les jeunes sont moins bien informés et leur niveau d'alerte a baissé. »

Il existe certaines données relatives à la prévalence du VIH dans des groupes spécifiques. En 2004, cette prévalence était estimée à 2,3 %, en région bruxelloise, parmi les femmes prostituées, à 10 % parmi les homo- et bisexuels masculins en Communauté française et à 8 % parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse. Selon les études, elle est de 10 à 15 fois supérieure chez les détenus en comparaison de la population générale.

En 2005, pour l'ensemble des pays de l'Union européenne (excepté l'Espagne et l'Italie), 26 894 nouveaux diagnostics d'infection au VIH ont été enregistrés, soit un taux d'incidence moyen de 69,4 par million d'habitants. La Belgique se situe au-dessus de cette moyenne avec un taux d'incidence de 102,3 par million d'habitants.

Facteurs socio-démographiques et géographiques

Entre 1985 et 2005, le groupe d'âge le plus touché concernait les 30-34 ans pour les hommes et celui des 25-29 ans chez les femmes. L'âge moyen des patients adultes au moment du diagnostic s'est légèrement accru au fil du temps : ainsi, entre 1992 et 1996, il était de 37 ans parmi les patients belges et de 32,9 ans parmi les non Belges. De 2001 à 2005, il était de 38,8 ans parmi les Belges et de 34,7 ans parmi les non Belges.

La Région bruxelloise, les provinces de Liège, d'Anvers, du Brabant wallon, du Brabant flamand et du Hainaut présentent, par ordre décroissant, les taux d'infection cumulés les plus élevés.

Des différences importantes sont observées entre les populations de personnes séropositives belges et non belges : de 1985 à 2006, le nombre de patients belges séropositifs s'élevait à 5 546 (29 %) et le nombre de patients non belges à 8 354 (44 %). Pour les 5 059 autres patients (26 %), la nationalité est

inconnue. « Nous vivons dans une société qui connaît une migration importante, remarque Vladimir Martens. La majeure partie des personnes d'origine étrangère contaminées sont sub-sahariennes. Il est probable qu'elles étaient porteuses du virus au moment de leur arrivée en Belgique. Dans ce groupe, un travail de prévention doit être fait et l'accès au dépistage et aux soins doit être encouragé. »

Mortalité et morbidité

En 2005, on estimait que 8 200 patients étaient suivis médicalement en Belgique.

A partir de 1996, les diagnostics de la maladie du sida et la mortalité ont fortement diminué grâce à l'apparition des traitements antirétroviraux, pour se stabiliser à partir de 1998. En ce qui concerne la mortalité liée au sida (données 1985-2005), parmi les 3 537 malades, 1 811 étaient décédés, 521 étaient perdus de vue, et 1 205 étaient en vie et suivis médicalement à la fin 2005.

Les autres infections sexuellement transmissibles et les hépatites

Depuis la fin des années 1990, le réseau des Laboratoires vigies a enregistré, en Belgique, une recrudescence de certaines IST après une diminution régulière ou une stabilisation au cours des dix années précédentes. Le nombre d'infections gonococciques a triplé entre 1996 et 2003, tandis que le nombre de cas d'infections à chlamydia a doublé au cours de cette période. Une augmentation des cas de syphilis a également été enregistrée à partir de 2001, après une longue période de faible endémicité. Entre 2004 et 2005, une augmentation a encore été observée pour ces trois IST. C'est la Région flamande qui fournit la plus grande proportion de cas d'infections.

La proportion d'infections par le virus de l'hépatite C parmi les usagers de drogues injecteurs a augmenté de 47 à 67 % entre 1997 et 2002. Une diminution a ensuite été observée en 2003 et 2004 tout en restant à un niveau élevé (respectivement 57 et 61 %). En ce qui concerne l'hépatite B, une diminution a été observée entre 1997 et 2002, suivie d'une forte augmentation, passant de 9 à 29 % en 2004, en Communauté française.

Dans certains groupes de la population, la recrudescence des IST montre une augmen-

¹ Les données insuffisantes pour 1 126 d'entre elles empêchent d'exclure l'hypothèse de doubles enregistrements.

tation des comportements à risque. De plus, l'infection par une IST augmente la vulnérabilité vis-à-vis du VIH.

Groupes cibles et vulnérabilité

Les données relatives aux modes de transmission mettent en évidence des groupes cibles qui cumulent divers facteurs de vulnérabilité : les personnes migrantes, les homo- et bisexuels masculins et les injecteurs de drogues. D'autres groupes présentent également un cumul de vulnérabilités et ont été identifiés comme groupes cibles d'intervention dans le cadre des Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida en Communauté française (SCSS) : les femmes enceintes et les femmes séropositives ayant récemment accouché, les femmes et hommes prostitués, les détenu(e)s, le public festif, les enfants et les jeunes, ainsi que les lesbiennes (ces dernières surtout pour les autres IST que le sida).

La population générale a aussi été identifiée comme public cible car une prévention de base reste nécessaire. Elle inclut les différents groupes précités et les individus pouvant vivre des situations de vulnérabilité.

Par ailleurs, des actions de prévention doivent concerner les personnes séropositives et leurs partenaires car les conséquences de la séropositivité constituent une vulnérabilité supplémentaire. D'autre part, les personnes séropositives peuvent jouer un rôle actif dans la prévention des nouvelles contaminations. Pour l'ensemble de ces publics, une problématique transversale a été mise en évidence dans le cadre des SCSS : l'existence de discriminations dans divers secteurs de la vie sociale. La discrimination nuit à la qualité de vie ainsi qu'à l'intégration sociale et professionnelle des personnes. Elle représente, en outre, un frein à la prévention, au dépistage et au traitement.

Du fait de la complexité de la problématique et du cumul de diverses vulnérabilités, il n'est malheureusement pas possible de développer une approche de santé spécifique pour chaque public cible. La complexité des problématiques de promotion de la santé nécessite des réponses également multiples et complexes en termes d'interventions sur les plans éducationnel, environnemental et institutionnel.

Comportements et facteurs éducationnels

Modes de transmission du VIH

Chaque année, les informations relatives aux modes de transmission manquent pour environ 30 % des diagnostics enregistrés.

L'augmentation des nouveaux diagnostics observée ces dix dernières années est essentiellement due aux modes de transmission par contacts hétérosexuels et homosexuels. La transmission par voie hétérosexuelle est prédominante parmi les personnes d'origine étrangère et la transmission par voie homo- et bisexuelle est prédominante parmi les Belges. La transmission par injection intraveineuse de drogues est stable.

Des nuances concernant les modes de transmission existent en fonction des catégories d'âges : ainsi, chez les patients belges, les contacts homo- et bisexuels sont prédominants dans toutes les catégories, sauf chez les cinquante ans et plus, où les contacts hétérosexuels prédominent. Par ailleurs, la proportion de personnes infectées par injection de drogues intraveineuse diminue avec l'âge.

■
Les données relatives aux modes de transmission mettent en évidence des groupes cibles qui cumulent divers facteurs de vulnérabilité : les personnes migrantes, les homo- et bisexuels masculins et les injecteurs de drogues.
■

Comportements de protection et prises de risque

Dans le cadre de l'Enquête de santé par interview de 2004, 7 % de la population déclareraient être sexuellement actifs sans être engagés dans une relation stable. Selon les auteurs de l'enquête, ce groupe présente un risque potentiel plus élevé de contracter une IST. Les hommes, les jeunes, les personnes ayant un niveau d'instruction faible, les personnes résidant en zone urbaine et celles qui sont domiciliées en Région bruxelloise sont proportionnellement plus nombreux à être

dans cette situation de risque accru.

Les jeunes sont proportionnellement plus nombreux à utiliser le préservatif, ainsi que les personnes ayant un niveau d'instruction élevé. L'utilisation du préservatif est moins fréquente en Flandre (50 %) qu'à Bruxelles (67 %) et en Région wallonne (64 %).

Une enquête menée parmi les jeunes d'âge scolaire en Communauté française montre que chez les 15-18 ayant déjà eu une relation sexuelle, le pourcentage de ceux qui déclarent toujours utiliser le préservatif est passé d'environ 40 % en 1994 et 1998 à près de 60 % en 2002.

Dans une population consultant un centre de dépistage anonyme et gratuit du VIH situé à Bruxelles, en 2004, 53 % des personnes hétérosexuelles, 63 % des homosexuelles et 47 % des bisexuelles disaient utiliser toujours un préservatif. 47 % des personnes hétérosexuelles, 37 % des homosexuelles et 53 % des bisexuelles disaient l'utiliser de manière irrégulière ou jamais. Les principales raisons de la non utilisation du préservatif étaient liées au manque de sensation, à la non disponibilité du préservatif, à la non fiabilité présumée du préservatif, à la difficulté d'en parler lors de la relation et à la difficulté d'utilisation.

Une enquête menée auprès d'un millier d'homosexuels masculins en Communauté française en 2004-2005, indiquait que 72 % des répondants avaient toujours utilisé le préservatif au cours des 12 mois précédents avec leurs partenaires occasionnels et 17 % souvent. Ils étaient 31 % à déclarer l'avoir toujours utilisé avec leur partenaire stable et 11 % souvent.

Chez les usagers de drogues injectables, le partage de seringues est rapporté par environ 4 consommateurs sur 10 et le partage du reste du matériel d'injection est beaucoup plus élevé (un consommateur sur deux). Ces risques pris lors des injections sont souvent cumulés avec des prises de risques lors de rapports sexuels, pour le consommateur lui-même et pour son/sa partenaire. Plus d'un quart des usagers de drogues injectables rapportent ainsi de telles prises de risques au cours des 6 derniers mois.

Le recours au dépistage

Environ 600 000 tests de dépistage VIH sont réalisés annuellement en Belgique. Selon

l'Enquête de santé par interview 2004, dans la population des 15 ans et plus, 23 % des répondants ont pratiqué au moins une fois un test de dépistage du VIH.

Les personnes ayant effectué volontairement un test de dépistage l'ont essentiellement fait dans le cadre d'un bilan de santé général ou d'un don de sang (51 %), au cours ou en vue d'une grossesse (14 %), lors d'un engagement dans une nouvelle relation ou un mariage (13 %) ou par crainte d'une contamination par le VIH après un rapport sexuel (11 %).

Le pourcentage d'utilisation du test de dépistage du VIH ne varie pas entre les hommes (23 %) et les femmes (24 %). Par contre, il varie fortement en fonction de l'âge : moins fréquent dans le groupe d'âge de 15 à 24 ans (12 %), il passe à 43 % dans le groupe des 25-34 ans et diminue de manière significative dans les groupes d'âge suivants.

D'autre part, le taux de nouvelles infections à VIH détectées dans le cadre de consultations « classiques » est significativement inférieur (1,49 nouvelles infections sur 1 000 tests réalisés) à celui enregistré dans le Centre de dépistage anonyme et gratuit, Elisa (11,09 nouvelles infections sur 1 000 tests réalisés) durant la même période. Des différences de profil existent entre les personnes découvertes séropositives selon qu'elles ont passé un test dans le cadre confidentiel classique ou qu'elles ont réalisé le test dans le centre de dépistage anonyme et gratuit : les homo- et bisexuels étaient plus représentés parmi les nouveaux cas dépistés dans le centre anonyme que parmi les nouveaux cas dépistés dans le cadre de soins habituels.

Entre 2003 et 2005, 35 % des malades belges ont reçu leur diagnostic d'infection à VIH moins de trois mois avant que le diagnostic sida ne soit posé, c'est-à-dire très tardivement dans le décours de l'infection. Ce diagnostic tardif concernait majoritairement des patients homo- et bisexuels.

Déterminants éducationnels des comportements

En Belgique, 67 % de la population de 15 ans et plus n'identifie pas correctement les contacts non contaminants pour la transmission du VIH. Des différences sont observées en fonction de l'âge, de la région et du niveau

d'études. L'identification correcte des contacts non contaminants est moins fréquente chez les jeunes de 15-24 ans (28 %) que chez les personnes de 25 à 54 ans (autour de 40 %), mais elle n'atteint jamais 50 % quelle que soit la tranche d'âge considérée. Cette identification est également moins fréquente en Wallonie (22 %) qu'à Bruxelles (27 %) et en Flandre (32 %), ainsi que parmi les personnes ayant un niveau d'études primaires ou secondaires inférieur (43 %) en comparaison de celles ayant un diplôme de niveau secondaire supérieur et/ou de l'enseignement supérieur (60 %). Au total, 56 % de la population identifie les méthodes de protection inefficaces contre la transmission du virus du sida. Un lien significatif est observé entre l'âge et l'identification correcte des méthodes de protection inefficaces. Parmi les 15-24 ans, 53 % identifient correctement les méthodes inefficaces. Cette proportion atteint 69 % chez les 25-34 ans, pour diminuer ensuite progressivement dans les groupes d'âges suivants. Seuls 23 % des 75 ans et plus ont une perception correcte de méthodes inefficaces de protection contre le VIH.

■
Les Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida en Communauté française (SCSS) sont un processus participatif, représentatif des acteurs du secteur de la prévention IST/Sida et de la promotion de la santé qui vise à définir un cadre de référence (objectifs, stratégies et indicateurs d'évaluation) pour l'action, sur base d'analyses de situation pour différents publics cibles.
■

La gravité et l'incurabilité du sida sont correctement estimées par 38 % de la population belge et par 32 % des jeunes de 15 à 24 ans. Chez les 25 à 54 ans, ce pourcentage s'élève à 40-45 % pour retomber à 25 % parmi les 65 ans et plus.

Les principaux facteurs qui contribuent à un accompagnement de qualité des personnes



Photo © Isopix

séropositives sont, entre autres, le temps que le médecin consacre aux patients, la bonne et large information, l'orientation vers les Centres de référence et l'accueil dans ces Centres.

Au contraire, la prise en charge psychologique non optimale des patients est liée au fait que le corps médical n'est pas suffisamment préparé à l'accompagnement des patients séropositifs et que, souvent, les médecins et le personnel médical paniquent face aux personnes infectées par le VIH.

Facteurs environnementaux

La prévention du sida et des autres IST dépend notamment de la présence dans l'environnement de préservatifs, de matériel de prévention, de services de dépistage et de soins. Certains lieux de vie ou certains groupes cibles se caractérisent par un moindre accès à ces ressources, comme c'est le cas, par exemple, dans les prisons.

Politiques et stratégies en prévention/promotion de la santé, dépistage et prise en charge

Textes de référence et aspects institutionnels

Les aspects préventifs sont subsidiés par la Communauté française. La prise en charge et le dépistage relèvent de la compétence du niveau fédéral.

Trois documents précisent les orientations politiques en matière de prévention des IST et du sida, en Communauté française :

- le Programme quinquennal de promotion

de la santé définit la prévention du sida comme une priorité tout en précisant qu'elle ne doit plus être isolée de problématiques comme les autres maladies sexuellement transmissibles, l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle, ainsi que la réduction des risques liés à l'usage intraveineux des drogues. Les priorités d'action vont aux populations des jeunes pendant leur scolarité et aux populations vulnérables.

- le **Plan communautaire opérationnel IST/Sida** poursuit les objectifs suivants : réduire l'incidence du VIH et des IST dans les populations prioritaires et vulnérables; assurer la promotion de dépistages adéquats; maintenir une faible incidence du VIH dans la population générale.
- les **Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida en Communauté française (SCSS)** sont un processus participatif, représentatif des acteurs du secteur de la prévention IST/Sida et de la promotion de la santé. Ce processus vise à définir un cadre de référence (objectifs, stratégies et indicateurs d'évaluation) pour l'action, sur base d'analyses de situation pour différents publics cibles.

Ces analyses de situation sont élaborées à partir de données quantitatives et qualitatives issues de recherches mais également des constats réalisés par les acteurs de terrain. Une brochure est éditée tous les deux ans en guise de synthèse des résultats du travail participatif mené par les acteurs du secteur. L'objectif général de la prévention des IST/Sida défini dans le cadre de ce processus est de contribuer à diminuer l'incidence et la prévalence des IST et plus particulièrement

du VIH, de réduire les vulnérabilités des différents publics cibles, de lutter contre les discriminations envers les publics vulnérables et plus particulièrement les personnes séropositives, et de promouvoir la solidarité. La dernière édition présente, pour chaque public cible, la problématique et les objectifs spécifiques et opérationnels, ainsi que les activités mises en œuvre ou à développer.

Acteurs, services et milieux de vie

Différents organismes mettent en place des activités spécifiques en matière de prévention/promotion de la santé, de dépistage et de prise en charge du VIH/Sida et d'autres IST :

- des organismes de prévention mettent en œuvre des actions pour la population générale, les jeunes et la plupart des publics cibles dans différents milieux de vie. Certains développent aussi des outils, des formations et des activités de lobbying;
- des centres spécialisés offrent un service de counseling (prise en charge psychologique) et de dépistage de qualité, parfois anonyme et/ou gratuit;
- des centres de prise en charge hospitaliers (centres de référence) offrent une aide médicale, psychologique et sociale aux personnes séropositives et malades.

Certains de ces organismes mettent également en œuvre des actions de prévention secondaire (prévention de nouvelles contaminations à partir de personnes infectées). A noter encore que sept laboratoires de référence sida sont reconnus par le SPF Santé Publique.

Trois axes stratégiques de la prévention des IST/Sida ont été définis selon les acteurs, ser-

vices ou milieux de vie concernés par les interventions dans le cadre des Stratégies concertées. Ces axes sont complémentaires et se renforcent mutuellement :

- un axe stratégique centré sur les publics cibles (population générale et publics vulnérables). Cet axe consiste à renforcer les connaissances et les capacités des individus et des groupes afin d'améliorer leur bien-être et de réduire la transmission du VIH et autres IST;
- un axe stratégique centré sur les services, milieux de vie et acteurs spécifiques : il s'agit globalement de faire en sorte que ces milieux de vie et acteurs intègrent davantage la prévention du VIH et des autres IST dans leurs activités;
- un axe stratégique centré sur les services, milieux de vie et acteurs généralistes (ou tous publics). Cet axe veille à ce que les différents milieux de vie intègrent davantage la prévention du VIH et des IST, mais aussi les spécificités des différents publics cibles pour contribuer à réduire la transmission et les vulnérabilités, en particulier celles qui sont liées à la discrimination.

Colette Barbier

GODIN I., De SMET P., FAVRESSE D., MOREAU N., PARENT F. (eds), *Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique, Service communautaire en promotion santé SIPES (ESP-ULB), Bruxelles, 2007.*

Il peut être téléchargé en PDF aux adresses suivantes : www.sante.cfwb.be (rubrique Publications et périodiques, Promotion de la santé et prévention) et www.ulb.ac.be/esp/sipes (onglet Publications).

BRÈVES

Dépistage

Havré

18 décembre 2009

L'Observatoire de la Santé du Hainaut vous convie à un Midi Santé sur le thème 'Dépistage du cancer du sein'(de 12 à 14 heures). Intervenante : **Gilles Vangrevelinghe**, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Nord-Pas-de-Calais.

Renseignements et inscriptions :

Observatoire de la Santé du Hainaut,
rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré. Tél : 065 87 96 00.

Site : <http://observatoiresante.hainaut.be>

Obésité

Havré

26 janvier 2010

L'Observatoire de la Santé du Hainaut vous convie

à un Midi Santé intitulé 'Obésité et surpoids' (de 12 à 14 heures). Intervenante : **Laurence Dieu, GROS**, Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids.

Renseignements et inscriptions :
Observatoire de la Santé du Hainaut,
rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré.

Tél : 065 87 96 00.

Site : <http://observatoiresante.hainaut.be>

Assuétudes

Liège

Février et mars 2010

Le Centre Nadja propose un cycle de formation « Communication et assuétudes ».

La consommation est un comportement qui a du sens pour la personne et s'inscrit dans la logique de son expérience de vie et dans les rapports qu'elle entretient avec ses différents environnements. La communication est dès lors au centre de toute démarche thérapeutique ou préventive : celles-ci doivent se construire sur la base des attentes, des représentations et du vécu des personnes auxquelles on s'adresse.

La formation s'articule en deux temps : le cycle de base (5 jours) croise des techniques de communication avec des connaissances et grilles de lecture dans les domaines de la consommation, des assuétudes, des comportements à risque et de la cyberdépendance; il peut être complété par deux modules de 4 jours :

« Prévention » ou « Relation d'aide ».

Public cible : professionnels travaillant avec des jeunes (éducation, enseignement...), professionnels susceptibles de travailler avec des consommateurs à risque ou dépendants.

Cycle de base :

5 modules d'une journée : les 8, 9, 23 février et 9, 23 mars 2010 de 10 h à 16 h.

2 séances d'exercices : le 4 et 19 mars 2010 de 9 h à 12 h.

Approfondissements : dates à fixer avec les participants.

Lieu : Centre Nadja, rue Souverain-Pont 56, 4000 Liège.

Prix : 150 € (pour 5 journées de formation et deux modules d'exercices) à verser au compte 068-2451229-66 du Centre Nadja avant le 31 janvier 2010 (réduction de 50 % pour les étudiants et demandeurs d'emploi).

Inscriptions et renseignements complémentaires :

Centre Nadja, 04 223 01 19

Courriel : nadja.asbl@synet.be

Site : www/nadja-asbl.be.

Vie affective et sexuelle

Verviers

10 et 11 février 2010

Formation à l'approche en Education Affective et Sexuelle (EVAS), proposée par le Centre Verviétois de Promotion de la Santé (CVPS).

Objectifs :

- acquérir des techniques créatives en matière d'animation avec des adolescents;

- échanger des pratiques entre professionnels verviétois;
- acquérir des éléments de réflexion avec des adolescents sur la place de l'éducation sexuelle;
- disposer des connaissances médicales concernant la contraception.

La formation sera construite à partir des expériences pratiques et des questions soulevées par les participants, auxquelles l'animateur apportera des réponses. Il s'agit également d'acquérir des techniques d'animation mais aussi de découvrir des outils.

Public : professionnels des centres PMS, équipes PSE, maisons de jeunes, AMO, Infor Jeunes.

Formatrices : **Michèle Keyaert** et **Liliane Pelosie**.

Horaire : 9h30 - 16h30.

Prix : 50 € pour les membres FLCPF, 60 € pour les non-membres.

Les formations se déroulent au CVPS, rue de la Station 9 à Verviers.

Inscriptions par téléphone au 087 35 15 03 ou par courriel : cvps.verviers@skynet.be.

Sida

Récompense

Les spots TV de la dernière campagne « Le préservatif. Parlez-en comme vous voulez, mais parlez-en »¹ ont été élus parmi les meilleures campagnes européennes de prévention du sida. C'est dans le cadre de la 12^e Conférence européenne sur le sida (EACS), qui s'est déroulée à Cologne du 11 au 14 novembre, que Thierry Martin, directeur de la Plate-forme prévention sida, a reçu un des prix « Clip & Klar Europe 09 ».

Traditionnellement, cette conférence se concentre sur les aspects médicaux liés au VIH/sida. Cette année elle a également abordé certains aspects liés à la prévention.

Au niveau mondial, toutes les 12 secondes, une personne est contaminée par le VIH, et près de 33 millions de personnes sont concernées par cette maladie qui reste incurable.

En Belgique aussi, le sida continue son inlassable progression. 2008 détient le triste record du nombre de nouvelles infections par le VIH : 1078 personnes, ce qui correspond à près de 3 nouvelles infections par jour. C'est évident, le sida court toujours et les idées fausses aussi. Dans un contexte de banalisation de



la maladie, la prévention reste essentielle afin de lutter contre la propagation de ce virus. Les campagnes de prévention restent donc un axe important des stratégies de prévention. C'est un panel composé d'experts en communication et de représentants d'associations actives dans la prévention du sida qui a choisi de mettre la dernière campagne de la Plate-forme prévention sida à l'honneur, parmi plus de 70 campagnes représentant 15 pays européens. Le jury lui a attribué le deuxième prix dans la catégorie 'spots TV et cinéma'. A noter : le spot avec le couple homosexuel a été particulièrement apprécié. Pour rappel, cette campagne belge francophone a été lancée à l'occasion des vacances d'été 2009. S'adressant aux jeunes hétérosexuels, aux jeunes homosexuels et aux jeunes d'origine étrangère, de 15 à 25 ans, elle vise à une augmentation du nombre de jeunes utilisant un préservatif en les incitant à parler du préservatif et à banaliser le fait d'en parler avant les relations sexuelles. Thierry Martin remercie Euro RSCG Life, l'agence de communication, et les partenaires qui ont construit cette campagne avec la Plate-forme et ont donc fait un excellent travail ! Plus d'informations sur www.clipundklar-bzga.de et www.preventionsida.org pour voir ou revoir les spots de la campagne.

Revue

Contact Santé

Hors-série consacré à 'Environnement et santé, passer de la conscience à l'acte', avec une cinquantaine de pages pour se familiariser avec quelques enjeux importants du moment : le fait que l'environnement est inscrit prioritairement à l'agenda politique, l'air, l'eau, le changement climatique, le débat sur les OGM, les risques émergents, la régulation de l'industrie chimique... Numéro en vente au prix de 7 €.

Pour commander le numéro ou s'abonner, courriel : contact.sante@grps-npdc.fr, ou téléphone au 33 (0)3 20 15 49 05 ou (0)3 20 15 49 36.

¹ Pour une présentation détaillée, voir l'article 'La campagne d'été 2009 de prévention du sida' dans *Éducation Santé* n° 249 (octobre 2009) : www.educationsante.be/es/article.php?id=1158

Dossier. Jeunes en insertion : la santé en question

Introduction

Pierrette Catel, Carol Deit-Susagna

État des lieux et connaissances

Promouvoir la santé des 16-25 ans : le rôle des missions locales, *Pierrette Catel*

Un rapport historique qui porte la création des missions locales, *Pierrette Catel*

Une psychologue en mission locale : « les écouter, les aider à être acteurs de leur santé », *Carol Deit-Susagna*

Jeunes en difficulté d'insertion : un état de santé plus fragile, *Jean-Jacques Moulin, Émilie Labbe, Catherine Sass, Carine Chatain, Laurent Gerbaud*

Promouvoir la santé des jeunes : regards et pratiques des professionnels

Intégrer dans une trajectoire de soins ces jeunes en situation délicate, *Joël Dutertre*

Toufik, Julien, Fadela, Jessica : parcours d'errance et espoirs

« Les reconnaître pour qu'ils puissent exister », *Xavier Pommereau*

Un enjeu majeur : prendre en compte la souffrance psychique des jeunes, *Christis Demetriades*

Missions locales et santé :

vécu, reportages et partenariats

avec les comités d'éducation pour la santé

Douais : une approche globale santé pour faciliter l'insertion des jeunes, *Jacqueline Rommens*

Bouches-du-Rhône : des ateliers d'information santé pour les 16-25 ans en recherche d'emploi, *Nathalie Merle, Sylvaine Roustan*

Dans une mission locale à Paris : « Nous faisons face à des situations d'urgence », *Denis Dangaix*

« Former à l'éducation pour la santé les professionnels de l'insertion », *Meryem Belkacemi*

Quelques ressources documentaires



Rubriques

La santé à l'école

Clermont-Ferrand : un programme de prévention des violences en collège, *Élisabeth Stollsteiner*

Qualité de vie

« Pour éduquer, il faut autoriser avant d'interdire », *Daniel Marcelli*

Enquête

Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence, *Yaëlle Amsellem-Mainguy*

International

Nutrition et inégalités de santé : illustrations québécoises, *Martine Pageau*

La santé en chiffres

Enquête sur les connaissances et les comportements face au risque infectieux, *Arnaud Gautier, Christine Jestin, Marie Jauffret-Roustide*
Alcool, tabac et cannabis : les dernières tendances à 16 ans, *François Beck*

Cinésanté

Entre les murs, confrontation entre enseignants et élèves, *Michel Condé*

Lectures

Céline Deroche, Sandra Kerzanet, Olivier Delmer

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

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

SOMMAIRE

Initiatives

Les femmes issues de l'immigration appellent de plus en plus Télé-Accueil, par *Colette Barbier* 2

Jeunes et école, la parole et les cris, par *Christian De Bock* 5

Santé des étudiants : tout va bien, mais..., par *Carine Maillard* 6

Stratégie

Évolution et répartition du budget santé de la Communauté française entre 2004 et 2008, par *Tatiana Pereira* 7

Catherine Fonck fait son bilan, propos recueillis par *Christian De Bock* 14

Locale

Le Réseau d'intervenants en matière d'assuétudes (RéZéa) à Verviers, par *Caroline Rasson* 17

Données

Le Tableau de bord sida et IST, par *Colette Barbier* 18

Brèves

22

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 : Anne Trappeniers.

Journalistes : Colette Barbier, Carole Feulien, Gilles C Jourdan.

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

Site internet : Jacques Henkinbrant (design), Maryse Van Audenhaege (animation).

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

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Jean-Luc Collignon, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale

Jonckheer, Roger Lonfils, Karin Rondia, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege.

Comité opérationnel : Alain Charbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Thierry Poucet.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 3.000 exemplaires.

Diffusion : 2.800 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par Education Santé n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires :

Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Tél.: 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Internet : www.educationsante.be

Courriel : education.sante@mc.be

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

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

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

Notre site est certifié HON (Health on the Net - 05/2009)

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.