

**Le centre local
de promotion
de la santé du
Brabant wallon**

Carole Feulien

Ne paraît pas en août
Bureau de dépôt : Bruxelles X - ISSN 0776-2623
Numéro d'agrégation : P401139
Éditeur responsable : Jean Hermesse,
chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40,
1031 Bruxelles.
Crédit photo : Isopix



Initiatives

www.chat-accueil.org : un outil jeune pour un public jeune

Télé-Accueil

Le site www.chat-accueil.org est une plateforme de *Chat* ouverte chaque soir de la semaine de 19 à 23 heures. Elle est le fruit d'une étroite collaboration entre Télé-Accueil Bruxelles¹ et SOS Amitié France². Depuis octobre 2005, toute personne qui éprouve des difficultés, qui souhaite s'adresser à quelqu'un dans l'anonymat et la confidentialité, peut se connecter sur ce site sécurisé et entrer en communication avec un écoutant bénévole spécialement formé.

Le *Chat* vise un public jeune, il permet aussi à des gens en grande difficulté d'expression orale ou d'audition d'échanger avec quelqu'un instantanément par écrit. Ces six années d'expérience nous posent en témoin des difficultés des jeunes dans la société actuelle. Elles nous ont donné aussi à réfléchir sur cette rencontre particulière sans le support de la voix, sans la présence perceptible de l'autre.

De (très) jeunes appelants

En 2011, le site www.chat-accueil.org a enregistré 32.504 visiteurs dont la plupart viennent de France et de Belgique mais aussi de 102 autres pays dont les principaux sont le Maroc, l'Algérie, le Canada, les États-Unis, la Tunisie et la Suisse.

Plus de la moitié des appelants ont moins de trente ans. Un appelant sur six est âgé de moins de vingt ans.

De quoi parlent-ils ?

Ce qu'ils disent au Chat-Accueil ressort essentiellement de quatre grands types de problématiques : la dépression, les difficultés relationnelles, la solitude et le suicide.

Souvent, c'est grandir qui pose problème, devenir adulte, faire sa place dans la société, dans le groupe, dans la famille. L'amitié et ses trahisons, l'amour et ses complications, les parents, les études, le premier boulot... Le jeune est au cœur d'une tourmente sans fin.

Ce mal-être, les adolescents et les jeunes adultes l'expriment de façon variable :



repli sur soi, tentation suicidaire (seul ou à plusieurs), automutilation. Les causes de leur malaise ne sont pas toujours explicites mais les écoutants remarquent qu'elles sont souvent les séquelles d'abus ou de maltraitance.

Il est interpellant que des ados en rupture parentale viennent s'adresser à un autre adulte, à un « père », plutôt qu'à des camarades, à des pairs.

Ces appelants sont en rupture de communication. Le Chat-Accueil et son univers familier leur permet de renouer un dialogue avec un adulte : un adulte qu'ils viennent sciemment chercher, en lieu et place de leur parent ? En tout cas un tiers, un témoin de leurs questionnements.

Le Chat-accueil est un lieu où ils peuvent raconter leur vécu, faire part de leurs erreurs, de leurs doutes sans faire souffrir leurs proches, sans les confronter, mais peut-être en s'y exerçant. Le Chat-Accueil est en effet un lieu où ils peuvent s'essayer, développer leur point de vue sans entrer en conflit avec une autorité, se livrer sans risquer un retour de manivelle. Un lieu de construction de leur identité.

Il est interpellant que des ados en rupture parentale viennent s'adresser à un autre adulte, à un « père », plutôt qu'à des camarades, à des pairs. Ces jeunes seraient sans doute moins en rupture qu'on ne le pense et le regard de l'adulte – fût-il un « étranger », un lointain anonyme, reste, quoi qu'ils en pensent, important pour eux. Cette ouverture, cet espace pour parler de soi, est rendue possible par l'outil lui-même. La familiarité des jeunes générations avec l'informatique est un adjuvant mais ce n'est pas le seul. L'écrit, par la secondarisation de la pensée, permet à l'appelant d'avancer, même sans être lu. Quelle que soit la réponse que l'écoutant apporte, un travail personnel est en route grâce à la mise en mots, grâce à la construction des représentations mentales. Nous pouvons établir un parallèle entre le Chat-Accueil et le journal intime, ce confident souvent cher à la jeunesse. À la différence près qu'ici, il lui répond...

Écrire plutôt que parler

Bien qu'écrire laisse des traces indélébiles, des traces fixées qui peuvent aussi

¹ Télé-Accueil Bruxelles. Numéro de téléphone national gratuit : 107. Site : www.tele-accueil-bruxelles.be

² SOS Amitié France. La liste des numéros régionaux est disponible sur www.sos-amitie.org. Ce site fournit aussi un accès au service de messagerie.

bloquer le fait de se raconter, bien qu'écrire trahisse parfois les limites de la pensée ou de son expression, il semble qu'une communication passant par l'écrit aide au développement de ces sujets particulièrement durs « parce qu'il est plus facile de se lire que de s'entendre ». Au Chat, cette communication est aussi plus morcelée. À plusieurs reprises, les appelants s'expriment par bribes, cette avancée progressive de paragraphe en paragraphe permettant peut-être d'accoucher de problématiques si difficiles à exprimer d'emblée.

Le Chat est un outil anonyme et neutre. L'anonymat permet de se préserver du jugement et des émotions. Sans voix, on dit encore moins qui on est. Curieusement cette distance rapproche, en ce sens qu'elle protège. Paradoxalement elle offre aussi à l'appelant une grande maîtrise du déroulé de la conversation. C'est lui qui l'alimente



Photo © Fotolia

essentiellement, qui peut s'en retirer à tout moment, qui choisit de dire, de ne pas dire, de ne pas tout dire. Par analogie à la problématique de l'automutilation par exemple, il permet de reproduire cette relation complexe entre exposer son problème tout en ne le montrant pas complètement.

Appeler le Chat-Accueil, un premier pas vers une thérapie ? Il semble qu'écrire convienne

particulièrement à ces appelants, qu'ils disposent ou non de facilités littéraires. Osons donc dire que si parler peut faire du bien, écrire également. Consulter un thérapeute peut par ailleurs effrayer. Au Chat, l'appelant expérimente une expression de soi qui le met moins à nu que par la parole et les émotions qu'elle véhicule. Peut-être en trouve-t-il des bénéfices immédiats, par le simple fait de réfléchir à la formulation de son message, par sa relecture possible tout au long de l'échange. Le Chat-Accueil met en branle un premier travail personnel, même inconscient. Il pallie aussi l'échec d'une tentative thérapeutique : quand ça n'a pas marché avec un professionnel, l'appelant reste avec sa demande d'écoute qu'il peut exprimer en ligne, parfois même dans l'immédiat de la crise.

Les inégalités sociales de santé dans le Brabant wallon

Pierre Squifflet, Infor Santé (le service de promotion de la santé de la Mutualité chrétienne)

La Mutualité chrétienne du Brabant Wallon souhaite mettre son grain de sel dans les projets qui visent la réduction des inégalités sociales de santé

Le 22 mars dernier, le centre mutuelliste de santé (CMS) de la zone Ottignies Louvain-la-Neuve a proposé à l'ensemble des professionnels de la santé de la zone et de la province de découvrir des données chiffrées sur les inégalités sociales de santé mais aussi des initiatives locales qui visent à les réduire. Nous avons pu accueillir différents professionnels qui ont cette même vision que la Mutualité chrétienne, la défense du plus faible et dénoncer les injustices. La journée a vu différentes interventions telles que :

- Inégalités de santé, indicateurs

géographiques et socio-sanitaires par **Hervé Avalosse**, Service Recherche et Développement ANMC (voir l'article dans ce numéro) ;

- Que peut mettre en place une AMO pour réduire les inégalités ? Approche communautaire avec l'exemple des jeunes face au cannabis par **Luc Descamps**, Directeur de la Chaloupe et thérapeute ;
- Approche des soins et précarités : quelles réponses développer quand les inégalités en santé viennent submerger la filière de soins ? par le **D^r Thierry Wathelet**, Maison Médicale d'Ottignies
- Expériences en promotions de la santé pour réduire les inégalités sociales et de santé : pistes, réflexion et soutien par **Maryline Nicolet**, CLPS Brabant wallon (voir l'article de **Carole Feulien** dans ce numéro).

Tous avaient ce même message : réduire les clivages sociaux persistants n'est pas une utopie. Les acteurs de l'action sociale et de la santé peuvent unir leurs efforts et se coordonner pour un meilleur accès aux soins et à la santé.

Grâce à notre Service de Recherche et Développement, nous avons pu mettre en avant des catégories de la population pour lesquelles nous devons avoir une attention particulière en tant que professionnel de la santé ou d'autres domaines.

Pour relever ce défi, la Mutualité chrétienne a réalisé un outil pédagogique « Santé et inégalités » qui a pour objectif de faire prendre conscience de l'existence des inégalités et qui elles touchent. Il aborde les sujets suivants :

- synthèse de l'étude réalisée par la Mutualité chrétienne : « Les inégalités de

- santé, ou pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé »
- initiatives pour favoriser l'accès aux soins de santé
 - santé et travail
 - santé et femmes
 - santé et jeunes
 - logement
 - relations avec les prestataires
 - la consommation de médicaments
 - isolement social : précarité sociale et financière
 - santé mentale

- invalidité
- pour une promotion de la santé émancipatrice.

Cet outil a rencontré un énorme succès auprès des professionnels présents à notre colloque.

Ainsi, le CMS a pu leur proposer des partenariats. Dans un premier temps, les services Infor Santé du Brabant Wallon et de Hainaut Picardie ont proposé une formation de deux demi-journées sur cet outil pédagogique. Cette formation visait à exploiter au mieux l'outil pédagogique avec

son équipe professionnelle ou son public. Nous espérons que ce colloque sera une porte d'entrée pour d'autres projets avec la maison médicale d'Ottignies mais aussi d'autres partenaires : les Plans de cohésion sociale des différentes communes brabançonnaises, les CPAS, les régies de quartier...

Le CMS a en tout cas réussi son pari : rassembler des professionnels autour des inégalités sociales de santé et susciter le partenariat avec la Mutualité chrétienne du Brabant Wallon.

Suite au prochain épisode...

Des recherches en consommation

Communiqué par l'UCL

Dis-moi dans quoi tu manges...

Les travaux d'Olivier Corneille portent sur l'influence psychologique. Récemment, ce chercheur a étendu ses intérêts de recherche aux comportements alimentaires, en particulier à l'influence de l'environnement quotidien sur ces comportements, soit l'impact du packaging, de la taille de la vaisselle, des quantités de nourriture servie, etc. sur la consommation des gens.

Deux questions sont au centre de ses recherches : quel est l'impact de la quantité de nourriture servie sur la consommation ? Qu'est-ce qui pousse les gens à augmenter leur consommation : le volume de nourriture, le packaging ou la conjonction des deux ?

Premier constat : les gens alignent leur consommation sur la quantité de nourriture qui leur est servie. L'attention n'est plus portée sur ce que l'on mange ni sur la faim que l'on éprouve. Résultat, les gens consomment plus que nécessaire. Or, lorsque l'on prend en compte le fait que la taille des assiettes a augmenté ces dernières années, que les quantités proposées par l'industrie alimentaire ne cessent aussi de gonfler, on peut aisément faire le lien entre la surconsommation et

l'obésité grandissante de la population. Deuxième constat : la taille du contenant a clairement un impact sur le volume de nourriture ingérée par le consommateur. Pour arriver à ce constat, Olivier Corneille a mené récemment une expérience sur trois groupes pilotes d'étudiants à qui l'on a donné un bol de M&M's à manger devant la TV : le premier groupe a reçu une quantité moyenne de M&M's dans un bol moyen ; le deuxième groupe a reçu la même quantité moyenne de M&M's dans un grand bol ; le troisième groupe a reçu une grande quantité de M&M's dans un grand bol. La question était évidemment de savoir quel groupe allait ingurgiter le plus de nourriture. L'expérience indique que, sur une même durée, le deuxième groupe a consommé deux fois plus de M&M's que le premier et autant que le troisième. Pourquoi ? Lorsque l'on verse une quantité X dans un grand contenant, cette quantité paraît moindre que si elle était contenue dans un petit récipient. Du coup, les gens consomment davantage. Parmi les bons gestes à adopter, pour faire face à cette surconsommation spontanée, Olivier Corneille préconise de ne pas agir sur la volonté des gens, qui peut être faillible, mais plutôt sur l'environnement :

utiliser des contenants plus petits, que ce soit des assiettes pour le repas ou des bols pour les apéros ou le grignotage ; remplir le contenant plus petit au maximum afin d'inciter à consommer moins ; se concentrer sur son comportement alimentaire et éviter de manger dans des contextes inappropriés, dans lesquels l'attention est détournée (télévision, cinéma, travail).

Droit des consommateurs : le client d'abord

Durant les années '80, le slogan « le client d'abord » a été affiché sur les supports publicitaires utilisés par une grande enseigne belge de distribution. Pour cause : il n'allait pas de soi, à l'époque, que les entreprises et de façon générale les acteurs économiques et sociaux se soucient avant tout des consommateurs.

La Belgique vivait alors dans une économie de « planification » et de « cohésion ». Planification d'une part, vu qu'une grande partie de l'économie était prise en charge par l'État. Celui-ci organisait les activités en fonction d'objectifs qu'il jugeait essentiels. Le rôle du consommateur était réduit. Il devait accepter ce qui lui était proposé. Cohésion d'autre part, étant donné que les

bonnes relations étaient essentielles au sein de la société. À cet effet, on régulait la concurrence qui aurait autrement opposé les acteurs. Par exemple, il n'était pas question de comparer ses prestations, dans une publicité, à celles du voisin.

Ce modèle est mis à mal depuis une vingtaine d'années. En cause, principalement, la construction de l'Union européenne. Pour créer l'Europe, nous avons

dû renoncer aux règles qui avaient été négociées au fil des siècles dans la société belge. Les marchés se sont ouverts. Il a fallu produire davantage, vendre, consommer. Dans ses recherches, **Paul Nihoul**, responsable du Centre de droit de la consommation de l'UCL, étudie ces développements du point de vue du consommateur :

- dans le nouveau modèle de l'UE, le consommateur se voit confier un rôle essentiel, celui de choisir les produits et les services répondant à ses besoins et, à travers eux, les groupes humains qui les fournissent (entreprises mais aussi États où sont situées ces dernières) ;
- les règles liées à la consommation changent. On privilégie aujourd'hui une approche fondée sur l'information : les firmes doivent informer le consommateur pour lui permettre de réaliser ses choix. On s'écarte des attitudes de protection où des comportements étaient interdits ;
- l'État doit se désinvestir d'une série de secteurs qu'il avait massivement investis. De nombreux secteurs sont affectés par cette transformation : télécommunications, services postaux, énergie.

Dans ce nouveau contexte, un concept a reçu la mission de concilier l'intérêt public, la liberté à reconnaître aux acteurs et le choix à donner au consommateur. Il s'agit du « service universel ». Ce concept désigne des prestations reconnues comme étant essentielles dans une société et, pour cette raison, devant être rendues accessibles



Photo © Fotolia

à tous sur l'ensemble du territoire à des conditions raisonnables.

Les enfants et ados, cibles du marketing

Claude Pecheux, professeure de marketing à l'UCL, étudie le comportement des enfants (principalement entre 8 et 12 ans) en tant que consommateurs. Dans la mesure où les jeunes publics disposent de capacités cognitives et sociales différentes des publics adultes, leur compréhension de certaines « techniques » marketing ou de l'utilisation de symboles, trucages ou métaphores est forcément parcellaire et en fait des cibles plus vulnérables, favorisant la consommation de certains produits. Les travaux de recherche de Claude Pecheux visent à identifier les pratiques marketing néfastes pour les enfants afin de mettre en place une réglementation ou un contrôle ad hoc, histoire de protéger ces enfants. Les débats concernant la réglementation de la publicité sont légion et les arguments avancés pas toujours soutenus scientifiquement. Il est donc important d'argumenter ces débats à l'aide de résultats probants issus d'études scientifiques rigoureuses.

Une pratique qui semble désormais acquise, c'est le fait d'intervenir sur le contenu de certaines annonces publicitaires susceptibles d'influencer le comportement de l'enfant, plutôt que d'interdire purement et simplement la publicité à destination des enfants. Le but des travaux de Claude Pecheux est

d'étudier ces contenus potentiellement problématiques et de trouver des alternatives convenables n'ayant pas d'impact néfaste sur le comportement de l'enfant.

Claude Pecheux cherche aussi à comprendre la réaction des enfants à divers stimuli afin de pouvoir développer et mettre en place des programmes de marketing social (promotion de

l'alimentation équilibrée ; sensibilisation à la culture, etc.) dans le non-marchand.

L'application des concepts et techniques de marketing s'est élargie aux sphères non-marchandes (ONG par exemple), permettant d'éduquer et de mieux protéger certains publics vulnérables. En outre, il existe aujourd'hui de plus en plus de programmes de marketing social, à savoir l'utilisation des outils de marketing pour promouvoir des comportements socialement acceptables. Les exemples sont nombreux : campagnes de l'IBSR pour la sécurité routière ; campagnes de sensibilisation aux dangers de la cigarette ou de l'alcool ; promotion de l'alimentation équilibrée afin de prévenir l'obésité ; sensibilisation au tri des déchets et à l'adoption de comportements respectueux de l'environnement ; etc.

Ces programmes prennent encore plus de sens chez les enfants dans la mesure où ces derniers peuvent être des « ambassadeurs » à l'origine des changements de comportements dans la famille. Certaines recherches ont d'ailleurs montré qu'en matière de prévention de comportements « addictifs », les 8-12 ans constituaient une cible idéale, susceptible d'influencer leurs parents. Ainsi, une des recherches UCL récentes s'est intéressée à la promotion de l'alimentation équilibrée auprès des enfants via des messages persuasifs et à la communication qui s'en suit dans la famille. Conclusion : conscientiser les enfants pour éventuellement éduquer ou corriger certains mauvaises habitudes chez les parents, ça fonctionne !

Drogues : inverser le système pénal, une idée fumeuse !

Infor Drogues

Le gouvernement belge a décidé cette année de changer fondamentalement le système pénal mis en place en 1921 par la loi « anti-stupéfiants ». En effet, la Conférence interministérielle Drogues a annoncé son projet¹ de passer du ‘tout autorisé sauf exception’, au ‘tout interdit sauf exception’. Pour Infor-Drogues cette nouvelle stratégie va impliquer des changements majeurs pour les citoyens. Par ailleurs, l’asbl se demande ce que cela va apporter comme efficacité en terme de santé publique, objectif pourtant prioritaire des politiques drogues.

En matière de drogues, depuis 1921, la Belgique pratique une stratégie d’interdiction qu’on pourrait appeler *spécifique* et ce comme nombre d’autres pays. En effet l’interdiction est limitée à certaines substances bien particulières, la structure moléculaire de chaque substance stupéfiante devant être décrite et mentionnée en tant que telle dans un arrêté royal. Dès lors, pour contourner la loi, les trafiquants fabriquent des substances ayant des molécules quasi similaires à celles qui sont interdites, ces nouvelles molécules présentant des propriétés très proches tout en étant légales. On retrouve le même type de course poursuite entre États et trafiquants dans le dopage. Un produit stupéfiant et/ou dopant n’est donc repéré, analysé, et finalement interdit que lorsqu’il est déjà utilisé depuis un certain temps. Comme pour le dopage, le gendarme est donc toujours en retard sur le trafiquant. Face au nombre de plus en plus important de nouvelles substances stupéfiantes², le gouvernement belge veut changer radicalement de stratégie afin d’arrêter cette course contre les trafiquants. D’une politique du ‘tout est autorisé sauf exception mentionnée explicitement’, la loi interdirait d’office toutes les substances psychoactives (exception faite des boissons alcoolisées, du tabac, de certaines denrées alimentaires et des médicaments)³. Le principe serait donc

d’interdire toute substance dès lors qu’elle est susceptible de produire des effets psychoactifs. Ainsi, les trafiquants auraient beau mettre sur le marché de nouvelles molécules, elles seraient interdites d’office au nom de leurs effets psychoactifs. Le citoyen sera dès lors confronté à un interdit pénal très large puisqu’il vise de très nombreux produits, y compris des produits inconnus à l’heure actuelle. Cela amènera deux difficultés majeures. D’une part, l’effet n’est perçu qu’après la consommation du produit, donc après l’infraction (**La Palice** en aurait dit autant), ce qui constitue une insécurité juridique contraire au principe de légalité⁴. D’autre part, comment reconnaître un effet psychotrope ? Chaque produit ayant un effet différent, comment les regrouper ? Ainsi par exemple, toutes les tisanes calmantes devront-elles faire l’objet d’une autorisation explicite ? Faudra-t-il atteindre un « seuil » d’effet psychoactif pour être autorisé et/ou pénalisé ? Si oui, comment le déterminer ? Face à de telles questions et de telles incertitudes, Infor-Drogues plaide pour une grande prudence vis-à-vis d’un tel renversement pénal. Le principe du ‘tout est interdit sauf ce qui est explicitement autorisé’ n’a-t-il pas été abondamment utilisé par les dictatures du monde entier ? Imaginons ce type de réglementation qui régenterait notre vie en société : nous serions dans une société totalitaire.

De plus, au nom de quoi regroupe-t-on ces substances pour les interdire ? Si la raison invoquée est la santé publique, on se demandera très vite pourquoi le tabac et l’alcool ne sont pas interdits étant donné le nombre de décès qui leur est imputable, nombre incomparablement supérieur à toutes les drogues actuellement illégales réunies ! Par ailleurs, l’objectif explicite du gouvernement étant de lutter contre les futures nouvelles drogues, il s’agit d’interdire des produits qui ne sont pas encore sur le marché ou qui n’existent même pas encore ! C’est-à-dire des substances dont *a priori* rien n’indique une toxicité ou une dangerosité telle qu’un interdit soit nécessaire. Enfin, en terme d’efficacité, quel sera le résultat de cette nouvelle stratégie ? L’interdit a-t-il, depuis plus de 90 ans qu’il existe en Belgique, prouvé son efficacité ? Au contraire, les produits illégaux sont facilement disponibles. Avec cette nouvelle stratégie, l’État belge va devoir contrôler et vérifier un nombre encore bien plus important de substances... et avec quels moyens ? Et de toute façon, les tendances de nouvelles consommations de drogues indiquent de plus en plus l’utilisation détournée de produits industriels et ménagers vendus un peu partout tels les colles, les solvants, les éthers, les essences et autres produits pétrochimiques. Ces produits sont, presque toujours, au moins

¹ Voir le communiqué de presse du 15 mai 2012 « La Conférence interministérielle Drogues intensifie la lutte contre les nouvelles drogues »

² La Conférence cite les chiffres de l’Eurobaromètre 2011 : 41 nouvelles substances en 2010, 49 en 2011, et 27 au cours du premier trimestre 2012.

³ Communiqué de presse du 15 mai 2012.

⁴ Le principe de légalité en droit pénal indique que le droit pénal ne peut pas réprimer un comportement sans que l’interdiction n’ait été préalablement et clairement établie par la loi.

aussi toxiques que les cannabinoïdes ou que les amphétamines synthétiques à l'origine de la nouvelle stratégie gouvernementale. Cette dernière n'aura pourtant aucun effet sur ces produits qui devraient demeurer légaux, notre société de consommation ne pouvant s'en passer...

En conclusion, même si la réaction politique à un phénomène aussi complexe que la consommation de drogues est un sujet sensible et extrêmement délicat, la Belgique a déjà montré sa capacité d'aborder de telles thématiques avec courage et lucidité. Les exemples de

l'euthanasie et de l'interruption volontaire de grossesse en sont de bonnes preuves. Pourquoi ne serait-ce pas possible en matière de drogues ?

Autres signataires : **Modus-Vivendi asbl**,
Prospective Jeunesse asbl

Réflexions

La folie évaluatrice

Entretien de **Julien Nève** avec **Yves Charles Zarka**, philosophe¹

De tous temps, les champs du savoir ont été dans la ligne de mire du pouvoir, mais à chaque époque correspond une velléité de contrôle particulière. Pour le philosophe Yves Charles Zarka, le temps des démocraties a ainsi vu l'évaluation se substituer à la censure. C'est désormais à travers l'évaluation et avec l'expert comme guide que nos décideurs entendent assurer leur maîtrise du social. Julien Nève, rédacteur en chef du trimestriel 'Drogues Santé Prévention', l'a interrogé.

Julien Nève : Le savoir et le pouvoir ont toujours entretenu des relations compliquées et conflictuelles. À l'heure actuelle, quel en est l'état des lieux ?

Yves Charles Zarka : Il y a toujours eu un rapport du pouvoir au savoir, une tentative du pouvoir de contrôler le savoir. Au cours de l'histoire, la censure a été le mode de contrôle le plus courant. Ainsi, il fut un temps, singulièrement durant l'Inquisition, où pour être publiés, les livres devaient bénéficier de l'*imprimatur*, à défaut de quoi ils étaient mis à l'index.

À première vue, il semble que l'avènement des régimes démocratiques ait sonné le glas de cette époque de censure, notamment grâce au mouvement initié par **John Milton** au 17^e siècle et par **René Diderot** au 18^e siècle, lequel dénonçait la censure au nom de la liberté de penser et donc de la liberté de savoir. On pensait alors que cette liberté était essentielle au savoir et qu'elle devait s'affirmer de manière radicale et totale, que la démocratie ne pouvait lui imposer aucune limite. Force est toutefois de constater que les démocraties fonctionnent également

en termes de pouvoir et qu'elles aussi s'efforcent d'avoir un contrôle sur le savoir. Elles le font simplement sur un mode qui n'est plus celui de la censure, désormais réduite à une fonction totalement marginale.

J.N. : Comment décririez-vous ce nouveau mode opératoire ?

Y.C.Z. : À l'heure de la société de connaissance, le savoir n'est plus cantonné au seul monde scientifique mais étend son champ à tous les domaines, notamment médicaux et technologiques. Pour le pouvoir l'enjeu consiste dès lors à contrôler non pas seulement le savoir technique, mais la totalité de production du savoir, non plus pour simplement s'auto-justifier mais parce que le pouvoir cherche à donner lui-même la norme du vrai et donc de dire ce qui est acceptable et pas acceptable, ce qui est bon et ce qui est mauvais, ce qui est vrai et ce qui ne l'est pas, ce qui est prometteur et ce qui n'est pas prometteur, ce qui est utile et ce qui est inutile. N'étant pas en mesure de faire cela lui-même, le pouvoir crée des instances qui ont comme finalité de produire

cette fonction de contrôle du savoir. En France, c'est notamment le cas de l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES), ou, en matière médicale, celui de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) une agence qui ne craint pas d'accréditer de véritables poisons tels que le Mediator qui a tué entre 500 et 2000 personnes ou plus récemment les fameux implants mammaires défectueux. À côté de ces institutions publiques gravitent de nombreuses autres institutions privées, qui ne valent pas mieux et qui ont elles aussi pour fonction de contrôler la manière dont la société gère elle-même son savoir. Aujourd'hui la fonction par laquelle le pouvoir gère le savoir n'est plus du tout la censure, mais l'évaluation.

J.N. : L'évaluation est donc devenue l'instrument privilégié par le pouvoir pour asseoir sa domination sur le savoir.

Y.C.Z. : Oui, mais il ne faut pas se méprendre. Comme nous l'enseigne la philosophie de **Nietzsche** qui dans son ensemble relève de l'évaluation, évaluer c'est déterminer la valeur et pour ma part,

¹ Y. Ch. Zarka est professeur à la Sorbonne, Université Paris Descartes, chaire de philosophie politique. Il est par ailleurs fondateur et directeur de la revue *Cités*, publiée aux Presses universitaires de France.

je n'ai rien ni contre les valeurs ni contre l'évaluation en général. En revanche je m'oppose au système et à l'idéologie de l'évaluation. La raison pour laquelle j'ai pratiquement banni le mot évaluation de mon vocabulaire tient à la nature de ce système de contrôle entendu comme le contrôle de toutes les productions relevant du savoir mais aussi de la validation de la santé, de l'environnement etc. Vous m'objecterez qu'en l'absence d'évaluation, on laisserait toutes les choses se faire d'elles mêmes sans se soucier de leurs conséquences, ce qui serait irresponsable. Cette objection ne vaut rien car je ne dis pas qu'il ne faut pas examiner ce qui se fait ou ce qui ne se fait pas en matière de savoir, de médicaments ou d'environnement. Je dis simplement que le système actuellement mis en place est une catastrophe dans la mesure où il repose sur la fixation d'un certain nombre de valeurs telles que l'efficacité, la performance, ou la productivité.

J.N. : Ce qui pose problème, c'est donc moins l'évaluation en tant que telle que les critères d'évaluation.

Y.C.Z. : Non, c'est l'évaluation elle-même comme système de pouvoir et comme idéologie qu'il faut remettre radicalement en cause.

Dans le monde universitaire par exemple, vous êtes évalués sur votre productivité, c'est-à-dire principalement sur le nombre d'articles écrits. On ne se demande pas ce vous avez découvert de neuf en termes de contenu, mais on examine un certain nombre de critères chiffrables à partir desquels on peut vous classer comme performant ou non performant. Ainsi, quand vous publiez un article, même très mauvais, dans une revue bien classée vous obtenez un nombre de points déterminé et votre évaluateur n'a même pas besoin de lire ce que vous avez produit pour déterminer votre valeur. Ce système permet donc à des chercheurs médiocres d'obtenir des classements supérieurs à ceux obtenus par des chercheurs qui ont pourtant réalisé des travaux importants. Au final, sous l'apparence de produire un jugement objectif parce que chiffrable, un tel dispositif d'évaluation produit un jugement totalement biaisé dans

la mesure où, précisément, il occulte la qualité et le contenu, c'est-à-dire les enjeux les plus fondamentaux. Bien entendu, la catastrophe est davantage palpable là où elle se traduit par des conséquences immédiatement visibles comme dans les cas du Mediator ou des prothèses mammaires.

Ces agences privées (d'évaluation) qui ont leurs propres intérêts à promouvoir vont le plus souvent répondre conformément à ce que la personne ou l'institution qui les paye souhaite entendre.

Pour ce qui est de l'enseignement supérieur, les conséquences sont moins visibles. Les gens ne voient pas que telle ou telle recherche a été arrêtée. Le processus arbitraire de destruction est pourtant identique et il est lui aussi couvert par l'idéologie de l'évaluation. On ne cesse de nous dire que l'évaluation est nécessaire, que les dépenses publiques doivent être contrôlées car un euro c'est un euro. Tout à fait d'accord, à condition que l'on examine en dehors de ce système de pouvoir destructeur.

J.N. : En Belgique, le travail d'évaluation commandé par la Ministre de la santé a coûté énormément d'argent alors même que ses résultats ont été en grande partie dénoncés par les acteurs du secteur comme étant à côté de la réalité.

Y.C.Z. : Ici, on nage en pleine folie évaluatrice. Ces agences privées qui ont leurs propres intérêts à promouvoir vont le plus souvent répondre conformément à ce que la personne ou l'institution qui les paye souhaite entendre. Il est en outre aberrant que l'on puisse imaginer demander à une agence privée d'inspecter des institutions publiques. D'autant plus si celles-ci œuvrent dans le champ de la prévention. Leur imposer une évaluation de type managérial relève de la pure démente. On pourrait faire le parallèle avec la façon dont les États se font évaluer par les agences de notation. On voit que le système de domination est très

large et couvre les institutions publiques jusqu'aux États eux-mêmes.

J.N. : Et ce système a pour lui la figure de l'expert qui lui confère une sorte de caution scientifique.

Y.C.Z. : Cette figure prend effectivement une place considérable et cet envahissement est synonyme de destruction du politique dans le sens où le rôle de l'expert se substitue à la délibération et aux choix politiques. Il faut également noter que l'expert est presque toujours un expert biaisé, c'est-à-dire engagé pour accomplir une mission commanditée par quelqu'un en vue d'un certain résultat : effet ou jugement. Il n'est jamais neutre.

J.N. : Quelle serait alors selon vous la voie à suivre pour que se constitue un champ d'expertise qui puisse légitimement inspirer le politique ?

Y.C.Z. : Il faut avant tout laisser l'expert à sa place en tant que simple instrument. Il faut ensuite s'assurer du contrôle du travail des experts par, non pas une, mais plusieurs instances formées suivant des règles déontologiques très précises. En outre, ces instances ne doivent pas pouvoir se contrôler l'une l'autre. Elles doivent se composer de membres totalement différents. Bref, il y a un certain nombre de critères à fixer pour d'une part contrôler les experts contrôleurs et d'autre part s'assurer que l'expertise ne se substitue pas à la délibération et au choix.

Interview parue précédemment dans le numéro 61 de Prospective Jeunesse, 'Guide pour une réforme de la promotion de la santé' et reproduite avec son aimable autorisation.



Pour vous tenir au courant de toute l'actualité de la promotion de la santé, trois adresses indispensables :

www.educationsante.be,
www.facebook.com/revueeducationsante,
www.twitter.com/EducationSante.

La philosophie de travail des centres locaux de promotion de la santé (CLPS)

Les CLPS

Cet article reproduit de larges extraits d'un document rédigé dans le cadre des travaux préparatoires du futur « Code de la santé » de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Il nous a semblé important de le partager avec nos lecteurs dans la mesure où il propose des éléments de fond à notre réflexion, détachés d'un contexte événementiel par définition transitoire.

Six axes transversaux fondent la philosophie de travail des CLPS : la prise en compte des déterminants de la santé et la mise en œuvre des stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé ; l'implantation et le renforcement des stratégies de promotion de la santé et plus particulièrement l'intersectorialité, la participation et les partenariats et les milieux de vie ; la mobilisation des acteurs et des ressources des territoires pour le développement de dynamiques locales de promotion de la santé ; le fait de favoriser un service équitable pour tous les professionnels des différents secteurs sur tout le territoire ; le renforcement de l'accessibilité des concepts et stratégies de promotion de la santé par la communication et la valorisation des projets locaux ; l'augmentation des compétences et de la capacité d'action des acteurs locaux par la formation et l'éducation permanente.

Prendre en compte les déterminants de la santé et mettre en œuvre des stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé

Selon l'Organisation mondiale de la santé, ce sont les déterminants sociaux qui influencent le plus la santé (*Déterminants sociaux de la santé. Les faits*, OMS, 2004) : « On estime à l'heure actuelle que seulement une faible part des problèmes de santé trouve une solution dans le cabinet du médecin. Les autres problèmes sont influencés par ce qu'on appelle les déterminants de la santé. Parmi ceux-ci, on sait maintenant que ce sont les déterminants sociaux qui ont le plus grand impact ».

D'autre part, la littérature nous indique que les interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé peuvent se répartir en quatre catégories (*Concepts and principles for tackling social inequities in health*, Dahlgren G., Whitehead M., 2007) :

- renforcer les capacités et les compétences des individus ;
- renforcer les communautés ;
- améliorer les conditions de vie et de travail ;
- promouvoir des mesures politiques favorables à la santé.

C'est dans ce cadre que les CLPS développent des partenariats avec les acteurs locaux dont les activités tendent à agir sur les déterminants sociaux de la santé, ou qui travaillent spécifiquement avec les publics qui subissent le plus les conséquences de ces inégalités (organismes d'insertion socioprofessionnelle auprès de publics spécifiques tels qu'ex-détenus, sans-abri, personnes en grande précarité...). L'objectif du développement de ces partenariats est de proposer aux acteurs :

- de situer les activités dans une analyse globale du contexte socio-économique permettant de prendre en considération les différents déterminants de la santé ;
- d'intégrer des stratégies et des priorités de promotion de la santé dans leurs activités sociales (exemple : stratégie d'actions communautaires, priorité de lutte contre les inégalités sociales).

Le souhait des CLPS est toujours de maintenir les collaborations existantes et de développer de nouveaux contacts. Cette démarche et ces collaborations visent à :

- systématiser la question des publics fragilisés dans les projets locaux de promotion de la santé ;

- créer ou renforcer les synergies entre ces acteurs (en fonction de priorités, de publics, de milieux de vie...);
- proposer une approche en promotion de la santé dans les pratiques de ces acteurs ;
- faire des liens avec le travail réalisé par d'autres acteurs sur les inégalités sociales de santé. Un exemple, l'outil « *lentille ISS* » (www.inegalitesdesante.be) de la Fondation Roi Baudouin ;
- accompagner une réflexion sur l'évaluation de l'effet des actions sur les inégalités de santé (définition des indicateurs d'impact, identification des processus qui fonctionnent et de ceux qui ne fonctionnent pas...).

Initier et renforcer les stratégies de promotion de la santé et plus particulièrement l'intersectorialité, la participation et les partenariats et les milieux de vie

En ce qui concerne l'intersectorialité et le partenariat, cette stratégie découle de la conception multifactorielle et donc intersectorielle de la santé, qui caractérise la promotion de la santé. Elle cherche à créer les conditions d'une action plus globale et donc adaptée à la complexité des réalités en créant des modes de concertation réunissant des partenaires provenant de divers secteurs : social, culturel, environnemental et économique. Les CLPS, dans le cadre de démarches proactives ont l'objectif de favoriser le décloisonnement, l'élargissement du cadre de référence, la mise en commun de ressources diversifiées, la coordination des actions menées au sein des différents secteurs, la diffusion de messages cohérents...

Cette démarche d'intersectorialité est un travail de longue haleine. Intéresser ces secteurs aux questions de promotion de la santé et de qualité de vie prend du temps et passe par des étapes préalables : renforcement de la crédibilité des CLPS, reconnaissance de leur rôle d'interlocuteur privilégié, argumentation autour de la pertinence de l'approche intersectorielle, recherche de points de complémentarité entre les secteurs...

En ce qui concerne les démarches participatives, la définition même du concept de promotion de la santé, fait que leur appropriation par les acteurs locaux est une stratégie prioritaire à laquelle les CLPS tentent de répondre.

Dans l'objectif de les intégrer progressivement dans les actions/projets, les CLPS questionnent systématiquement la participation des usagers, habitants, citoyens (lors de concertations, de suivis méthodologiques...). Ce questionnement permet de soulever :

- les résistances des professionnels à mettre en œuvre des démarches participatives (ainsi que les raisons de ces résistances);
- la méconnaissance du processus participatif par une partie des acteurs de terrain;
- la représentation parfois erronée de l'impact de la participation sur les habitants, sur les projets...

Il met également en lumière les moyens à développer pour soutenir les démarches participatives : formations, sensibilisation/argumentation, présentation d'outils pratiques...

Mobiliser les acteurs et les ressources des territoires pour le développement de dynamiques locales de promotion de la santé en tenant compte de leurs spécificités

Aborder la promotion de la santé au niveau local implique de réfléchir à la notion du territoire pertinent sur lequel agir. Cette dynamique territoriale peut s'envisager à différentes échelles (quartiers, communes, bassins de vie...). Elle va mobiliser les acteurs locaux concernés (acteurs publics, privés, associatifs, citoyens...) sur le

développement de projets partagés et élaborés en commun.

Dans ce cadre, l'appui proposé par les CLPS a pour objectif le développement de la qualité et de l'efficacité des interventions mises en œuvre, celles-ci s'appuyant sur les stratégies suivantes :

- intégrer une démarche de promotion de la santé dans un processus de développement local, en prenant en compte l'action communautaire, l'amélioration du milieu de vie, le développement des aptitudes individuelles et sociales, la réorientation des services de santé et l'élaboration d'une politique publique saine (stratégies définies par la charte d'Ottawa);
- reconnaître, porter et animer cette démarche au départ d'un dispositif organisé;
- répondre à des besoins prioritaires locaux, identifiés au travers de diagnostics quantitatifs et qualitatifs;
- encourager et organiser la participation citoyenne;
- veiller au travers des interventions à réduire les inégalités sociales de santé.

La démarche des CLPS est d'apporter un soutien dans le développement des projets locaux. Concrètement, ils proposent un accompagnement méthodologique au fur et à mesure des étapes des interventions; une recherche de partenariats intersectoriels; une mise à disposition de supports et d'outils; un accompagnement à la prise de décision, à l'animation et à l'évaluation des interventions; une réflexion sur les implications et la mise en œuvre de processus participatifs des citoyens.

Les CLPS aident aussi les projets locaux à développer leurs capacités et leurs compétences, par l'offre de réponses collectives aux besoins exprimés; l'organisation d'espaces d'échanges d'expériences; l'organisation de formations en lien avec les attentes formulées. Enfin, les CLPS appuient également les politiques communales de santé : « *L' élu local est en première ligne. Il connaît sa ville et les personnes qui l'habitent. Il connaît les quartiers qui la composent. Dans ses relations entretenues avec les habitants et ses groupes, avec les acteurs des mondes sociaux,*

sanitaires, économiques, culturels, sportifs... des questions de santé fortement identifiées ou non, apparaissent au quotidien. En réponse aux besoins repérés, – le maire, ses adjoints, les conseillers municipaux – forts de cette connaissance des modes de vie, des équipements et services communaux, des actions de proximité, occupent une place privilégiée et disposent d'atouts pour agir » (L' élu local, un promoteur de santé, Rubrique Repères pour agir en promotion de la santé, n° 7, page 1, février 2009).

Comme le montre cette citation, le développement de la santé et de la qualité de vie des habitants d'une commune est l'affaire de tous : les citoyens, les associations, les entreprises, les institutions et les élus locaux.

Ces derniers ont en effet en mains les clés pour agir dans les matières dont ils ont la responsabilité : l'environnement, l'éducation, l'urbanisme, la mobilité, le social, la culture, le logement, le sport... ayant toutes une influence positive ou négative sur la santé et la qualité de vie des citoyens.

Favoriser un service équitable pour tous les professionnels des différents secteurs sur tout le territoire

Cela ne peut se faire qu'en tenant compte des difficultés de mobilité et en formulant des offres décentralisées de manière à être attentifs à l'accessibilité de leurs services.

Renforcer l'accessibilité des concepts et stratégies de promotion de la santé par la communication et valoriser les projets locaux

Les CLPS déploient différentes actions de communication permettant de mettre en évidence et de faire connaître leurs services et leurs activités, et de développer ou d'entretenir des contacts (locaux, régionaux et internationaux).

Cette dynamique leur permet de diffuser de manière récurrente des informations scientifiquement fiables et accessibles au grand public; de multiplier les lieux où il est possible de réfléchir et de faire émerger des actions sur les questions liées à la santé et au bien-être des personnes; de renforcer la visibilité et la notoriété de leurs partenaires;

de renforcer leur rôle de centralisation et de diffusion de l'information.

Augmenter les compétences et la capacité d'action des acteurs locaux par la formation et l'éducation permanente

Les CLPS mettent en place des formations en promotion de la santé en réponse aux besoins et aux préoccupations des professionnels. Ces formations ont pour finalités d'intégrer la promotion de la santé dans les pratiques quotidiennes par le biais de l'utilisation d'outils ; de développer de nouvelles compétences sur le terrain en terme de savoir, savoir-faire et savoir-être ; de soutenir le développement de projets et d'initiatives locales.



Photo © Isopix

Le CLPS du Brabant wallon

Carole Feulien

Entre une conférence locale réunissant les acteurs de terrain du territoire à l'automne 2012 et une base d'expériences en promotion de la santé, le CLPS du Brabant wallon semble bien remplir son rôle de fédérateur des acteurs de terrain...

Conférence locale inégalités de santé

En 2003, le CLPS du Brabant wallon démarrait un cycle de conférences-rencontres sur le thème de la santé et la qualité de vie des familles. Celui-ci permet de rassembler des professionnels issus de secteurs différents avec comme objectifs de :

- réfléchir ensemble à la qualité de vie des familles en Brabant wallon et ce qui l'influence ;
- mettre en avant les ressources des acteurs de terrain et identifier leurs besoins ;
- ouvrir des pistes d'action concrètes.

L'approche des familles, soutenue dans l'ensemble du cycle, s'inscrit dans une perspective de promotion de la santé

Le CLPS Brabant wallon souhaite impulser une dynamique avec les acteurs de terrain dans l'idée de mieux rencontrer les publics vulnérables, isolés et défavorisés dans les projets et d'encourager la réduction des inégalités sociales de santé.

et met en avant les ressources des familles plutôt que leurs difficultés et leurs manquements. C'est également dans cette optique que s'est construite la quatrième et dernière journée de ce cycle, qui abordera les **inégalités sociales de santé** et valorisera des initiatives locales

qui visent spécifiquement les publics plus vulnérables, isolés ou défavorisés¹.

Au regard des déterminants déjà abordés dans les trois journées précédentes (cadre et modes de vie, environnement relationnel), on s'aperçoit que ce sont souvent ces mêmes publics qui cumulent difficultés matérielles et problèmes de santé. Il est essentiel de leur accorder une attention particulière d'autant plus qu'en Brabant wallon, les disparités sociales sont très marquées : les écarts entre les couches les plus favorisées et les moins favorisées sont importants et continuent de s'accroître.

Cette journée se construit depuis plusieurs mois avec un comité d'accompagnement dont les représentants sont issus de divers secteurs d'activités (l'aide à la jeunesse,

¹ Voir aussi l'article d'Hervé Avalosse, 'Indicateurs socio-sanitaires des inégalités en Brabant wallon - Les données des Mutualités chrétiennes', dans ce même numéro, pages 15 à 19.

la promotion de la santé à l'école, la santé mentale, l'intégration, la médecine générale, l'accès aux soins, le social, la santé environnementale). En travaillant ensemble la question des inégalités sociales de santé, il est apparu que tous les secteurs sont confrontés à des publics qu'ils rencontrent plus difficilement dans leurs projets et interventions mais que le terme et la problématique n'étaient familiers qu'au secteur de la promotion de la santé.

Pour mobiliser un public intersectoriel autour de l'enjeu des inégalités sociales de santé, le CLPS du Brabant wallon propose une autre porte d'entrée : celle de la

rencontre entre publics et professionnels, au départ des ressources et différences de chacun. Ainsi, il souhaite impulser une dynamique avec les acteurs de terrain dans l'idée de mieux rencontrer les publics vulnérables, isolés et défavorisés dans les projets et d'encourager la réduction des inégalités sociales de santé.

La journée « Publics & professionnels : comment se rencontrer ? » a pour objectifs de :

- s'interroger sur le regard que les professionnels portent sur leurs publics, et plus particulièrement, sur les personnes plus vulnérables, isolées, défavorisées ;

- mieux comprendre comment les conditions de vie influencent la santé et comment se construisent les inégalités sociales de santé ;
- proposer des outils, projets et formations pour mieux rencontrer tous les publics.

Le public attendu est constitué par les acteurs de terrain en Brabant wallon provenant de divers horizons, et notamment : les acteurs de la santé à l'école, les communes, les CPAS, le secteur de l'intégration, de l'aide à la jeunesse, de la santé mentale, de l'environnement, de la promotion de la santé et de la santé.

La journée est construite de manière à faire vivre les concepts et stratégies de

Et concrètement ?

Que peut-on déposer dans la base de données ?

« Projets partagés » permet aux acteurs de terrain de relater un projet, c'est-à-dire de témoigner des freins, des difficultés, des atouts, des ressources... Elle prend donc en compte la subjectivité et le vécu des porteurs et partenaires du projet.

Un projet peut proposer différentes activités/actions ayant des objectifs préalablement établis, telles que des animations, de la formation, du développement d'outils (répertoire, affiche...), des exposés ex-cathedra, des conférences, des enquêtes...

Cette base de données met en lumière des projets prenant en compte les valeurs et concepts de la promotion de la santé, tels que :

- une vision globale et positive de la santé, c'est-à-dire des projets envisageant le bien-être des personnes dans toutes ses composantes (physique, mental, social...) et qui abordent la personne dans sa globalité ;
- une prise en compte des déterminants de la santé, c'est-à-dire de tout ce qui influence la santé et les comportements de santé tels que les aspects sociaux, économiques, environnementaux, les conditions de vie, l'éducation, la mobilité...

- un travail en réseau ou en partenariat ;
- une participation de tous les acteurs ;
- une attention particulière aux publics fragilisés.

Comment ça marche ?

La base de données d'expériences est accessible sur le site du CLPS du Brabant wallon www.clps-bw.be. Ensuite, chaque expérience est répertoriée sous la forme d'une fiche. Chaque fiche est construite sur le même canevas : l'intitulé et un bref descriptif de l'action, le contexte dans lequel le projet s'est déroulé, les objectifs, le milieu de vie concerné, le public, les actions mises en œuvre, les freins et facilitants, les moyens nécessaires, etc. Sur la droite de l'écran, des informations complémentaires sont disponibles, telles que le porteur de projet (avec un lien vers sa fiche « institution », ses partenaires, le territoire couvert par l'action, les outils – pédagogiques ou formations – liés au projet ainsi que leur disponibilité au CLPS Brabant wallon, et les coordonnées de contact). Chaque fiche est imprimable et peut ainsi être conservée ou reproduite. Grâce au moteur de recherche, les expériences peuvent être recherchées selon le titre de l'expérience, la thématique (par exemple l'alimentation, l'environnement, les addictions...), le milieu

de vie concerné (par exemple une crèche, une école, un quartier...) et le public (par exemple les adolescents, les adultes, les enfants...).

Depuis février 2011, de nombreux développements ont été réalisés sur la base. Ainsi, dans le cadre du projet pilote Point d'Appui aux écoles en matière de prévention des assuétudes, les projets, institutions (et bientôt les outils) encodés dans « Projets Partagés » se retrouvent tous sur une même page thématique, consacrée aux assuétudes (voir : <http://www.clps-bw.be/point-d-appui-assuetudes>).

À côté des projets, la page dispose d'un cadastre autonome qui constitue un véritable inventaire des institutions en Brabant wallon sur la thématique. Toutes n'y sont pas encore présentes mais elles devraient y figurer dans un avenir proche. De même, le site internet du CLPS comporte trois autres plateformes (environnement, santé à l'école et santé des familles) qui, à terme, pourront être déclinées comme la Plateforme Point d'Appui Assuétudes.

D'autres développements sont en cours et permettront de faciliter encore la recherche et l'encodage des expériences.

la promotion de santé : participation, intersectorialité, santé globale et positive. Au programme : pièce de théâtre, exposés, temps d'échanges, ateliers présentant des expériences et formations en Brabant wallon, marché aux outils... Un recueil de pistes sera également réalisé pour l'occasion.

Cette journée aura lieu le mardi 27 novembre 2012, à l'Hôtel de ville de Wavre. Le programme complet et toutes les infos sont disponibles sur www.clps-bw.be ou via la newsletter du CLPS Brabant wallon (pour s'y abonner : info@clps-bw.be).

Base de données d'expériences « Projets partagés »

Services de santé à l'école, AMO, communes, mutuelles... Ils sont nombreux en Brabant wallon à construire des projets de promotion de la santé. Un travail de longue haleine pourtant trop rarement mis en valeur. Le Brabant wallon recèle une foule de projets qui risquent de rester confinés à une équipe, un secteur

Le programme de la journée 'Publics et professionnels'

Matin - Interroger nos représentations

9 h – Ouverture de la journée
9 h 15 – Les compétences et les ressources des personnes en situation de pauvreté, y sommes-nous attentifs ? Pièce de théâtre 'Le Ressort'
10 h 45 – Échanges en ateliers sur nos représentations
11 h 45 – Tous en bonne santé en Brabant wallon, une évidence ?
12 h 30 – Échanges, questions et échos du terrain

Temps de midi - S'outiller pour se mettre en mouvement

12 h 45 – Lunch
13 h 35 – Marché aux outils

Après-midi - Découvrir des pistes pour mieux rencontrer nos publics

14 h 15 – Atelier au choix
'Potager' et cuisiner ensemble, une autre manière d'être en lien
Créer un climat favorable à la relation
Changer de cadre pour d'autres rencontres
Mieux comprendre la personne en situation de pauvreté
À la rencontre de l'autre, éléments de base pour une communication interculturelle
15 h 45 – Récolte des besoins
16 h – Clôture conviviale
Suite du marché aux outils
Programme détaillé sur www.clps-bw.be

d'activités... alors qu'ils gagneraient à être valorisés ou dont l'expérience pourrait être profitable aux autres porteurs de projets.

Pour pallier cela, le CLPS du Brabant wallon a souhaité développer une base de données d'expériences et de projets qui porte bien son nom, « Projets partagés »². Celle-ci existe depuis février 2011 et est en constante amélioration, le nombre d'expériences qu'elle contient grandit progressivement.

« Projets partagés » a pour ambition de sortir des archives les actions et projets de promotion de la santé et de leur offrir une seconde vie par le partage de savoirs et d'enseignements, mais aussi de mettre en valeur les projets en cours. Ainsi, la base de données reprend des projets :

- menés par des acteurs de terrain (enseignants, animateurs, éducateurs de rue...);
- de divers champs (santé à l'école, aide à la jeunesse, communes...);
- sur une grande diversité de thématiques (alimentation, sexualité, environnement, alcool...);
- à destination de publics variés (enfants scolarisés, habitants des quartiers, famille...);
- qu'ils soient menés dans le cadre d'animations ponctuelles ou récurrentes (des animations de deux heures comme des programmes étalés sur trois ans).

Cet outil permet aux professionnels de déposer leurs projets mais aussi de

Le CLPS du Brabant wallon, c'est aussi...

Le CLPS propose ses services aux professionnels du Brabant wallon qui mènent des projets visant à améliorer la qualité de vie et le bien-être de leurs publics. Dans une optique de promotion de la santé, l'ambition est de travailler sur les déterminants de santé (biologiques, culturels, psychologiques, sociaux, environnementaux). C'est pourquoi le CLPS s'adresse à des acteurs de secteurs et d'horizons très divers : petite enfance, aide à la jeunesse, enseignement, services sociaux, soins de santé, santé à l'école, environnement...

Quels sont les services qu'il propose ?

Il accompagne le développement de projets et soutient les acteurs qui en font la demande. Il peut être sollicité aux différentes étapes d'un projet, des premières réflexions à l'évaluation et la diffusion du projet.

Les problématiques de santé sont complexes et au croisement de compétences diverses. Dans un objectif de cohérence et de complémentarité dans les pratiques de chacun, le CLPS cherche à encourager le travail en réseau. Concrètement, il organise des temps de rencontres et d'échanges.

Sur base des attentes et des besoins des professionnels, le CLPS propose des formations et ateliers, se centrant sur certaines problématiques de santé ou méthodes d'intervention. Elles visent le développement de compétences dans la perspective de la promotion de la santé et cherchent à impulser le développement d'actions et de projets.

Enfin, son centre de documentation offre une guidance documentaire. On vous y donnera des pistes d'exploitation du matériel pédagogique en fonction de votre contexte de travail et de vos projets.

² Pour la découvrir : <http://www.clps-bw.be/presentation-db>

s'enrichir de l'expérience des autres ! Mieux comprendre les freins, les facilitants, les processus mis en œuvre, etc., sont autant d'enseignements que les acteurs peuvent tirer de l'expérience de leurs pairs.

« Projets partagés » est bien évidemment utile dans la mise en réseau des acteurs sur le territoire. Elle permet également au CLPS Brabant wallon de bien cerner l'offre de projets sur son territoire et de connaître les secteurs d'activité les plus représentés, afin de mettre en place des stratégies pertinentes. Elle permet de rendre compte des expériences menées, de

les faire connaître, ainsi que les outils et les institutions du Brabant wallon.

Pour que cette base d'expériences soit riche, elle doit régulièrement être alimentée. Puisqu'elle veut être le reflet de la multiplicité des manières de travailler, l'équipe du CLPS Brabant wallon apporte son soutien aux acteurs pour la rédaction des fiches d'expériences et communique régulièrement autour de cette base de données.

Depuis 2012, le CLPS du Luxembourg s'est joint au projet. « Projets partagés » est ainsi devenue commune à deux territoires.

Espérons que d'autres CLPS viennent les rejoindre prochainement...

Il semble que cette base d'expériences, véritable invitation à découvrir des projets innovants, réponde à un besoin du secteur de valoriser la variété et la qualité du travail mené en promotion de la santé.

*Pour plus d'informations : Centre local de promotion de la santé du Brabant wallon, avenue Einstein 4, 1300 Wavre.
Tél. : 010 62 17 62, courriel : info@clps-bw.be.
Internet : www.clps-bw.be.*

Outils

Drogestory

Description

Matériel

- CD-Rom interactif (Mac/PC)
- Guide pédagogique pour les professionnels (7 pages)

Concept

Ce CD-Rom contient 11 clips vidéo de prévention et un extrait de film, des fiches sur les différents produits (licites comme illicites), des définitions, une carte interactive sur le trafic et la consommation des drogues, des quiz, des tests d'autoévaluation.

Sa tonalité : beaucoup d'info, beaucoup d'humour, quelques images choc...

Objectifs

Permettre aux jeunes :

- de s'informer sur les drogues et les risques liés à leur consommation afin de faire des choix éclairés ;
- de s'interroger sur leurs comportements et leurs représentations afin de les faire évoluer favorablement ;
- d'identifier des adultes de proximité ou des structures auxquels ils peuvent s'adresser.

Permettre aux adultes qui les entourent :

- d'ouvrir le dialogue sur ces questions de façon ludique et positive ;
- d'évoluer dans leurs représentations des usages des drogues en prévention ;
- d'acquérir des connaissances théoriques et pratiques pour renforcer la crédibilité de leurs discours et l'efficacité de leurs actions.

Conseils d'utilisation

En milieu scolaire, *Drogestory* peut s'intégrer dans les programmes de nombreuses disciplines d'enseignement. Il peut être utilisé pour des interventions ciblées de courte durée.

De nombreuses rubriques (textes en pdf) peuvent être imprimées pour préparer l'animation et/ou pour distribuer des documents aux jeunes avant/pendant l'action de prévention.

Son utilisation peut être individuelle ou collective.

Certains liens externes nécessitent une connexion à Internet.

Bon à savoir

Cet outil a été imaginé par le Conseil régional des jeunes (CRJ) Provence-Alpes-

Côte d'Azur et développé par l'AMPTA (Association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions).

Où trouver l'outil ?

- Conseil régional des jeunes (CRJ), Hôtel de Région, 27 place Jules-Guesde, 13481 Marseille cedex 20.
Tél. : +33 (0)4 91 57 51 32.
Courriel : crj@regionpaca.fr.
Internet : <http://crj.regionpaca.fr/>
- AMPTA, 15 rue Saint Cannat, 13203 Marseille cedex 01. Tél. : +33 (0)4 96 11 57 66.
Courriel : prevention@ampta.org.
Internet : <http://www.ampta.org>
- Outil également disponible dans les centres de prêt des CLPS du Brabant wallon, de Bruxelles, de Huy-Waremme, de Mons-Soignies, du Luxembourg et de Namur.

Avis de la Cellule d'experts de PIPSA (www.pipsa.be)

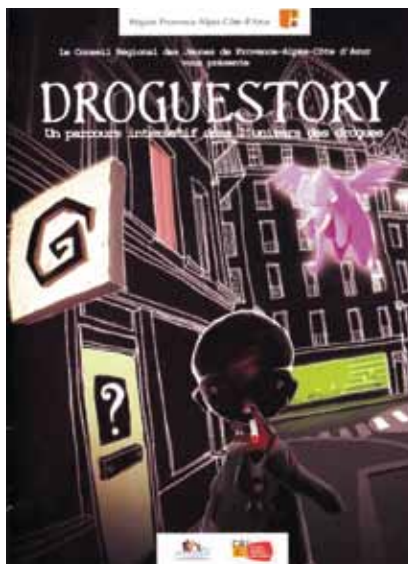
La Cellule d'experts de PIPSA a accordé la mention 'coup de cœur' à cet outil en 2011.

Appréciation globale

Ce CD-Rom propose un recueil de divers supports informatifs pour

mener des animations de prévention des consommations. Basé sur l'adage « l'information est prévention », l'outil permet de penser la complexité des consommations et d'argumenter des liens avec les dimensions historiques, culturelles et économiques. Toutefois, l'approche produits/effets/risques oublie la dimension des contextes d'usage, de même que les « effets-plaisirs » des motivations à l'usage. Le cœur de l'outil est constitué de séquences vidéo humoristiques, présentant un point de vue décalé, novateur et non jugeant sur les usagers. L'utilisation collective est possible, moyennant la mise en place d'un dispositif d'animation.

Le ton humoristique et la participation de comédiens célèbres favorisent l'accroche des jeunes et leur implication. De plus, l'usager y est présenté comme quelqu'un de « normal », de même que ses consommations. Ce point de vue non-prohibitionniste, assez inhabituel dans



les outils de prévention, est susceptible de mieux accrocher les jeunes au discours préventif.

Le CD-Rom ne propose pas de pistes d'utilisation pédagogique. Il revient donc à l'utilisateur de définir ses intentions et de mettre en place une méthodologie d'utilisation.

L'ergonomie du CD-Rom permet une navigation fluide et rapide dans les différentes sections de l'outil. De plus, toutes les informations peuvent être imprimées.

Objectifs

- Informer sur les drogues et les risques
- Permettre l'expression des représentations
- Susciter le débat

Public cible

Ados, jeunes adultes voire parents

Utilisation conseillée

Adapter les ressources aux références locales de l'utilisateur. En Belgique, le site www.ida-fr.be/repertoire reprend l'ensemble des institutions et services spécialisés en assuétudes de la Belgique francophone.

Données

Indicateurs socio-sanitaires des inégalités en Brabant wallon

Les données des Mutualités chrétiennes

Hervé Avalosse, service Recherche et Développement des Mutualités chrétiennes

Les inégalités sociales de santé apparaissent lorsque l'on confronte un indicateur de santé avec une échelle sociale. Cette dernière peut être obtenue en recourant à diverses dimensions : niveau de revenus, niveau de formation, occupation socioprofessionnelle. Les études menées en la matière (tant à l'étranger qu'en Belgique¹) convergent vers le même constat : la santé suit un gradient social. Cela signifie que, toutes choses étant égales par ailleurs, à position socio-économique décroissante, la santé tend à se détériorer.

Ainsi, la Mutualité chrétienne (MC) a procédé à une importante recherche par un **traitement de ses bases de données**. Cette méthode, originale, est donc *systematique* (elle couvre l'ensemble des membres de la MC, des données administratives et de consommation de soins de santé). En outre, elle porte sur des données *réelles*²

enregistrées et contrôlées dans le cadre d'un système de gestion et peut se *répéter*.

Inégalité face à la mort

Bien des études l'ont montré : être situé au bas de l'échelle sociale signifie vivre nettement moins longtemps. Avec les données de la MC, on observe un gradient

particulièrement fort : les individus appartenant à la classe la plus faible présentent un risque de mortalité de 25 % supérieur à la population de référence (soit, ici, l'ensemble des affiliés). Entre classes extrêmes, on mesure un risque de mourir dans l'année supérieur de 50 % pour ceux et celles qui appartiennent à la

¹ Pour la Belgique, les résultats provenant des différentes enquêtes de santé par interview (1997, 2001, 2004 et 2008) sont abondants en la matière.

² En l'occurrence, ce sont les données 2007 qui ont été utilisées, la recherche s'étant déroulée en 2008.

classe sociale la plus faible par rapport à la plus élevée.

Inégalité face à la maladie

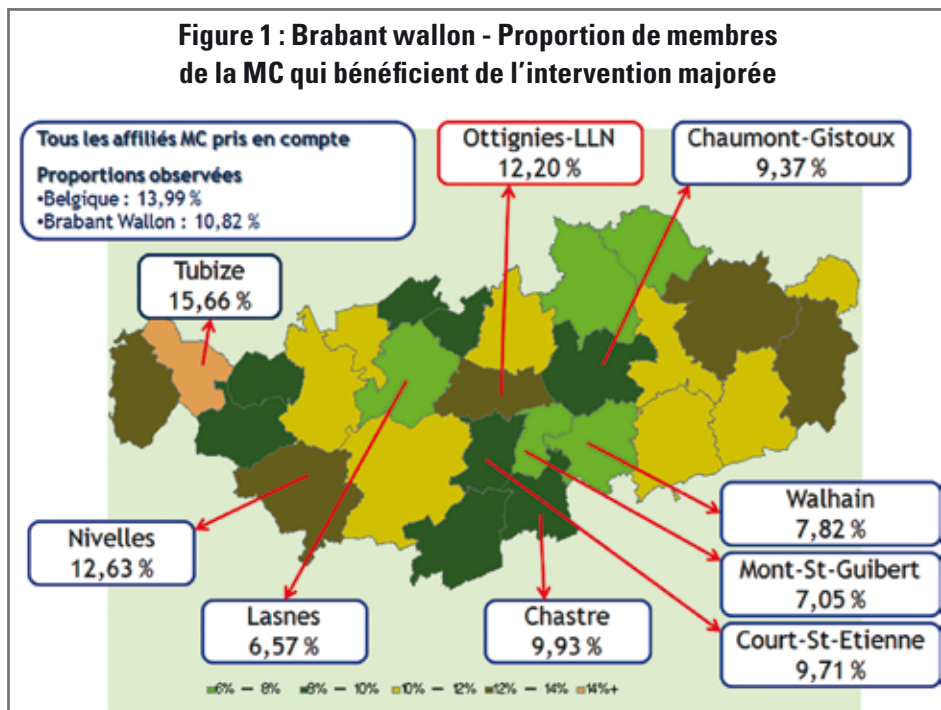
Les populations défavorisées ne vivent pas seulement moins longtemps, elles sont aussi plus souvent confrontées à des maladies graves et invalidantes. La fréquence de maladies comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est d'environ 26 % supérieure parmi la classe la plus faible par rapport à la classe la plus élevée. Pour les troubles cardiaques, ce pourcentage est de l'ordre de 19 %. Les causes sont notamment un tabagisme plus marqué et un régime alimentaire moins sain. Le recours aux médicaments antidiabétiques présente également un fort gradient : la classe la plus faible présente un risque accru de 34 % d'y recourir par rapport à la classe la plus élevée.

Les populations défavorisées ne vivent pas seulement moins longtemps, elles sont aussi plus souvent confrontées à des maladies graves et invalidantes.

Se trouver en bas de l'échelle sociale fragilise également la santé mentale. Ainsi, pour la classe la plus faible, le recours aux antipsychotiques est 2 fois plus fréquent par rapport à la classe la plus élevée. Ce gradient social est encore plus marqué pour les admissions en service psychiatrique où on mesure un risque 2,6 fois plus important pour ceux qui appartiennent au groupe le plus défavorisé (par rapport au plus favorisé).

Prévention moins efficace

Les populations socialement vulnérables manifestent aussi une moins bonne adhésion aux principes de prévention et



programmes de dépistage. Normal : moins on croit en un avenir positif, moins on est enclin à suivre les conseils de prévention. Les dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus touchent moins bien les femmes issues des classes sociales faibles, où la fréquence est de 14 à 22 % inférieure à celle observée auprès des classes supérieures. Pour ce qui est du recours aux soins dentaires préventifs chez les enfants, l'écart entre classes extrêmes est même de 35 % et ce malgré les mesures positives prises ces dernières années³ pour améliorer l'accessibilité financière aux soins dentaires.

Utilisation du système de soins

Le recours aux structures de soins est également différencié socialement. Ici, les écarts observés ne sont pas tous impressionnants mais sont toujours significatifs. Ci-après quelques tendances intéressantes à relever.

On constate une propension plus faible à entrer en contact (au moins une fois dans l'année) avec un kinésithérapeute ou un médecin généraliste de la part de ceux qui appartiennent à la classe la plus faible. De plus, en ce qui concerne la médecine générale, le mode de contact davantage

favorisé par les populations de la classe la plus faible est la visite à domicile plutôt qu'une consultation au cabinet. Globalement, la classe la plus élevée marque une propension plus grande à entrer en contact (comparée aux autres classes) avec un médecin spécialiste (ophtalmologue, pédiatre, gynécologue). Par contre, quand il s'agit des consultations ambulatoires en psychiatrie, le gradient se renverse et c'est à nouveau la classe la plus faible qui y recourt davantage (par rapport à la classe la plus élevée).

Le recours aux services d'urgence d'un hôpital marque un gradient accentué : la fréquence observée de cette situation est 34 % plus élevée pour la classe la plus faible par rapport à la classe la plus élevée. Ce pourcentage augmente encore à 38 % quand il s'agit d'urgences en soirée ou le week-end. Il est vrai qu'aux urgences, il ne faut généralement pas avancer de l'argent liquide, contrairement à ce qui se passe chez le généraliste. Ceci doit nous inciter à réfléchir à l'organisation non seulement des services d'urgence (en tant que porte d'entrée vers les soins hospitaliers) mais aussi à la médecine de garde et à l'information du public par rapport à ces structures de soins.

³ Jusqu'en 2007, les prestations de dentisterie pour les enfants jusqu'au 12^e anniversaire étaient remboursées à 100 % des tarifs prévus à la convention. De plus, ces enfants bénéficient également de règles permettant une application plus large du tiers-payant. À partir du 1^{er} juillet 2008, ces mesures ont été étendues aux jeunes jusqu'au 15^e anniversaire. Et depuis le 1^{er} mai 2009, ces mesures sont applicables à tous les jeunes de moins de 18 ans.

Enfin, sans surprise, la fréquence d'inscription auprès d'une maison médicale (financée au forfait) est 6 fois plus importante parmi la classe la plus faible par rapport à la classe la plus élevée. Bien qu'ouverte à tous, il n'est pas étonnant que la maison médicale soit davantage fréquentée par des populations moins favorisées : l'accès aux soins de première ligne (généraliste, soins infirmiers, kiné) y est gratuit.

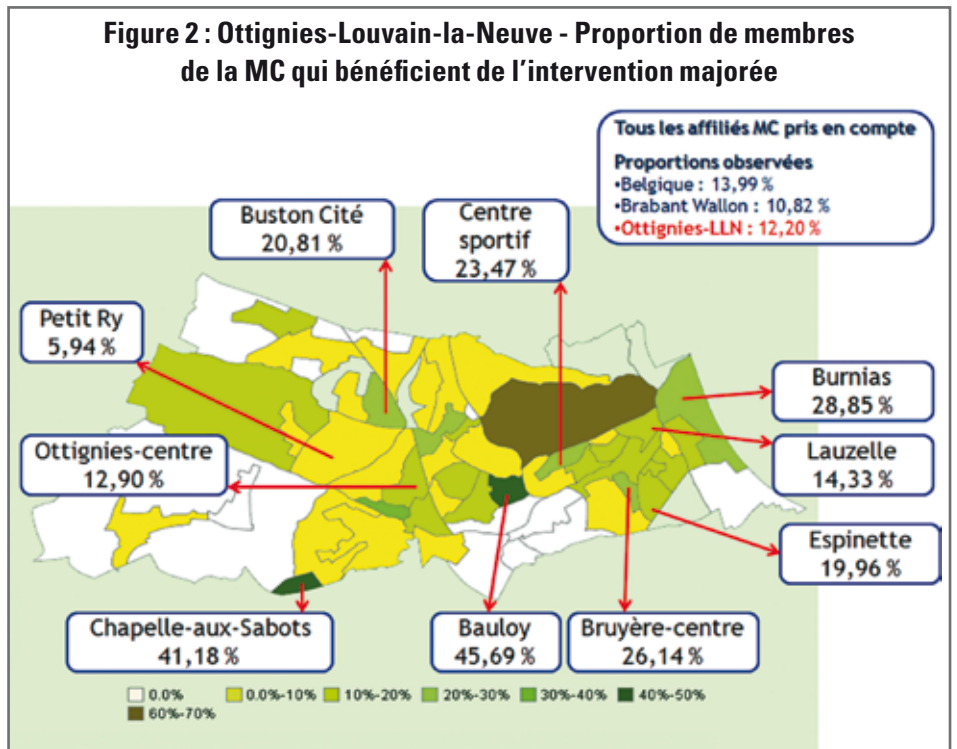
Et en Brabant wallon ?

Les résultats statistiques précédents, obtenus à l'échelle des 4,5 millions de membres de la MC, sont sans appel. Mais pour passer à l'action, à l'échelle d'une mutualité, d'un centre mutualiste de santé, d'une commune, encore faut-il savoir où déployer ses efforts et comment les adapter au terrain. Il faut donc essayer de tenir compte de la dimension géographique de la santé.

À cet égard, la mutualité dispose d'informations complémentaires grâce à un outil cartographique visualisant divers indicateurs socio-sanitaires, déduits des données administratives et de remboursements de soins de santé relatives aux membres de la MC, à divers niveaux géographiques : de la province jusqu'aux secteurs (quartiers) composant une commune.

Par exemple, à la figure 1, à l'échelle des communes de la province du Brabant wallon, on peut voir la proportion de membres de la MC qui bénéficient de l'intervention majorée (données 2009). Ce statut est un bon indicateur de fragilité socio-économique. On remarque une grande hétérogénéité au niveau des communes : à Lasnes, la proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée est de l'ordre de 6,6 %, tandis qu'à Tubize cette proportion est de 15,7 % (c'est la plus élevée de la province). Il est clair qu'entre ces deux communes extrêmes, les réalités socio-économiques et donc aussi les enjeux de santé et d'accessibilité de la santé sont très différents.

Au sein d'une même commune, cette hétérogénéité transparaît également. Par exemple, à la figure 2, sur la commune d'Ottignies-Louvain-la-Neuve, on repère



bien les zones où ces populations plus fragilisées résident (Chapelle-aux-Sabots, Bauloy, Bruyère-centre, Buston Cité...). Les secteurs plus favorisés apparaissent également (par exemple : Petit Ry où la proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée est bien inférieure à la moyenne observée pour l'ensemble de la commune). Si l'on confronte cette carte avec celle

montrant la proportion de membres inscrits en maison médicale (financée au forfait), à la figure 3, on voit bien ressortir le secteur du centre d'Ottignies, où se situe la maison médicale, ainsi que le fait qu'elle exerce son attractivité sur les secteurs adjacents (Deux-Ponts, Stimont) ainsi que sur certains plus éloignés comme Bauloy, le centre de Limelette. Par contre sur Louvain-la-Neuve, l'attractivité est faible : est-ce un problème

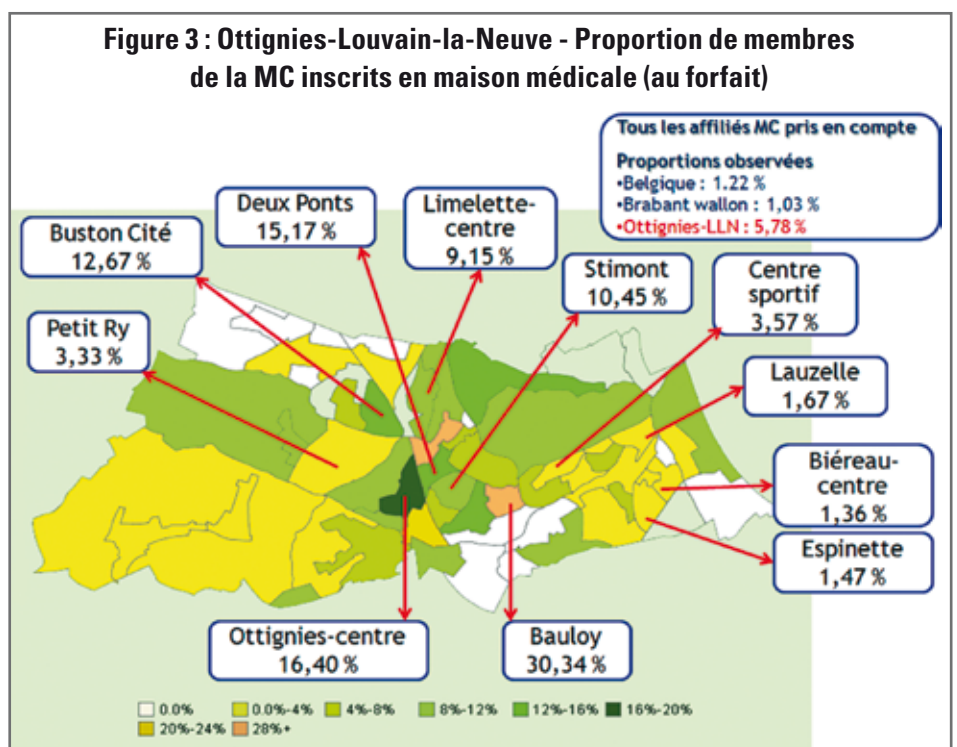
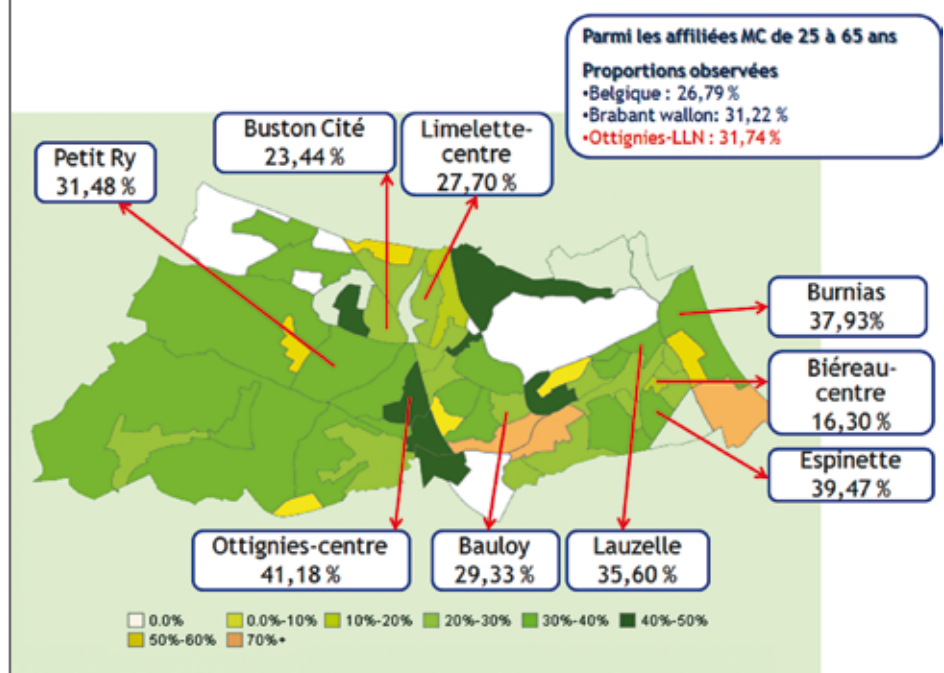


Figure 4 : Ottignies-Louvain-la-Neuve - Dépistage du cancer du col de l'utérus, proportion d'affiliées MC de 25 à 65 ans



en compte afin de mener des actions concertées et adaptées au terrain en cause.

Conclusion

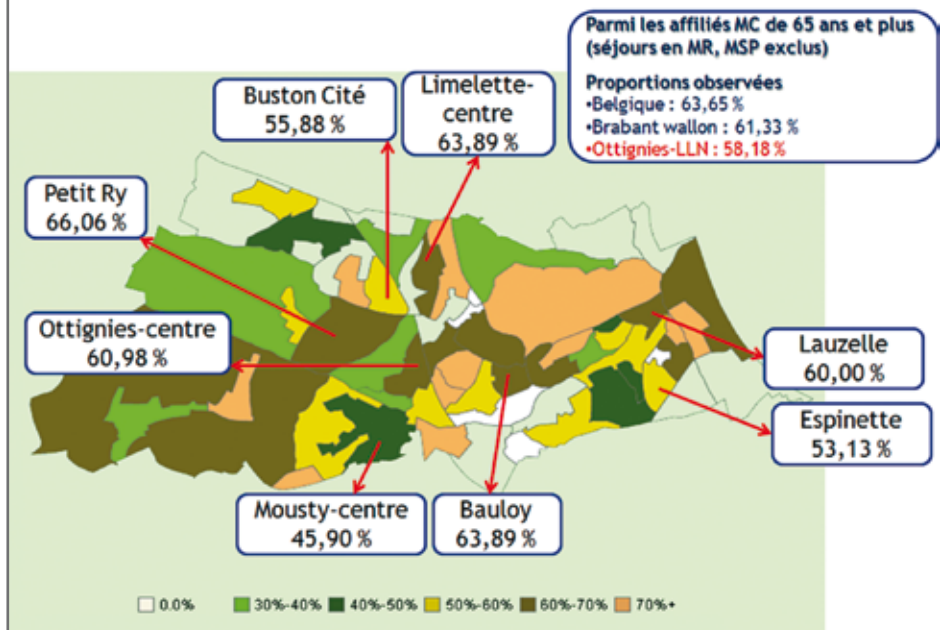
Les inégalités de santé ne s'expliquent pas uniquement par des difficultés quant à la disponibilité ou à l'accessibilité financière des services de santé. Elles renvoient également à d'autres déterminants liés à la position socio-économique d'un individu dans la société. Toute une série d'éléments explicatifs ont été mis en évidence par de nombreuses études, comme les comportements alimentaires, le tabagisme, les conditions de vie. En fait, les inégalités sociales en santé sont révélatrices de toutes les inégalités sociales présentes au sein de notre société. Dès lors, afin de les réduire, il faudra jouer simultanément sur nombre de domaines et secteurs extra-sanitaires (emploi, revenus,

de 'distance' ? De connexion entre Ottignies et Louvain-la-Neuve ? Que penser alors de Buston Cité où l'attractivité de la maison médicale est également plus faible alors que ce secteur ne semble pas très éloigné du centre d'Ottignies ? Pourquoi un tel écart entre Bauloy et Buston Cité ?

Si l'on prend le dépistage du cancer du col de l'utérus comme exemple d'action de prévention (figure 4), on voit clairement ressortir le secteur du centre d'Ottignies (performance bien supérieure à la moyenne observée à l'échelle de la commune). La présence de la maison médicale n'y est certainement pas pour rien. Mais la performance obtenue sur le secteur de Bauloy y est déjà inférieure malgré l'influence de la maison médicale. Et sur le secteur de Buston Cité, la performance est encore plus faible. Enfin, du côté de Louvain-la-Neuve, on trouve des secteurs où la performance est très bonne, mais au Biéreau elle est très faible.

Autre exemple à la figure 5 : les vaccins contre la grippe au sein de la population âgée de 65 ans et plus. On a exclu ceux et celles qui séjournent en maisons de repos du fait que la vaccination y est systématique. À nouveau, la performance obtenue sur les aînés résidant à Buston Cité est moins bonne que celle obtenue au

Figure 5 : Ottignies-Louvain-la-Neuve – Vaccins contre la grippe, proportion d'affiliés de plus de 65 ans (séjours institutionnels exclus)



centre de Limelette, à Petit Ry, Bauloy. Le centre de Mousty, le quartier de l'Espinette semblent également être des quartiers où la prévention est moins opérante. De telles disparités géographiques interpellent. Il est évident qu'on n'a pas affaire à chaque fois au même type de population, que la structure et les acteurs sociaux sur le terrain doivent être pris

logement, éducation, environnement matériel et social) et ce de manière concertée et intégrée. Tous les niveaux de pouvoirs de notre pays, les partenaires sociaux et la société civile sont donc concernés. C'est bien le message clé du travail réalisé en 2007 par la Fondation Roi Baudouin⁴. Pour les acteurs du système de santé, comme les mutualités, les possibilités

d'action sont nombreuses : prévention et éducation pour la santé, optimisation des droits (intervention majorée, omnio...), meilleure information sur les structures et les dispositifs favorisant l'accessibilité financière aux soins (maison médicale, dossier médical global, tiers-payant social, médicaments génériques...). Ces derniers sont nombreux et encore trop souvent méconnus ou mal appréhendés.

Il est vrai que les réglementations sont fort complexes. Et si on veut atteindre les populations moins favorisées, il faut faire un effort soutenu à divers niveaux : adapter la communication (tant dans son contenu que dans le choix des canaux de diffusion), travailler avec les réseaux et intermédiaires de terrain qui connaissent et portent la voix des publics fragilisés. Tout cela requiert que les projets d'action

soient élaborés et menés sur le terrain dans la transversalité et la multidisciplinarité.

(extrait de l'exposé présenté par Hervé Avalosse, Département Recherche & Développement de la Mutualité chrétienne, le 22 mars 2012, lors de la matinée de séminaire « Chacun est-il égal devant la santé ? », organisée par la Mutualité chrétienne du Brabant wallon)

4 Voir : <http://www.kbs-frb.be/publication.aspx?id=294968&langtype=2060>

L'espérance de vie en bonne santé des Belges

Communiqué par l'Institut scientifique de santé publique

L'espérance de vie en bonne santé donne une indication du nombre d'années qu'une personne d'un certain âge peut espérer vivre en bonne santé. Les résultats les plus récents, disponibles sur le site internet de l'Institut scientifique de santé publique (ISP), montrent qu'en Belgique, les femmes vivent en moyenne 5,6 années plus longtemps que les hommes, mais qu'elles passent ces années de vie supplémentaires en moins bonne santé. Sur le plan européen, la Belgique se situe parmi les dix premiers pays avec ces chiffres.

Déterminer l'espérance de vie en bonne santé permet de savoir si l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne ou non d'une augmentation du temps vécu en bonne santé. En effet, pour cette analyse, on vérifie le nombre d'années de vie vécues en bonne et en mauvaise santé. Cela permet donc d'ajouter une dimension qualitative à la notion quantitative du nombre d'années vécues.

L'Institut scientifique de santé publique a développé un système d'information qui mesure trois indicateurs d'espérance de vie en bonne santé : l'espérance de vie sans incapacité, l'espérance de vie sans maladie chronique et l'espérance de vie en bonne santé perçue. Ce nouveau système vient compléter celui proposé au niveau européen (action conjointe European Health and Life Expectancy Information System sur les espérances de vie en bonne santé) en offrant des statistiques aussi bien au niveau national que régional.

« Les dernières données montrent par

exemple que les femmes vivent en moyenne plus longtemps, mais en moins bonne santé que les hommes », explique le D^r Herman Van Oyen, responsable 'Santé publique et surveillance' à l'ISP. « Sur la base des statistiques obtenues pour la Belgique, un homme âgé de 15 ans en 2008 atteindra en moyenne l'âge de 77,2 ans. Une femme quant à elle vivra en moyenne 82,8 ans. Toutefois, les hommes et les femmes ont la même espérance de vie sans incapacité de 65,6 ans. Les femmes vivent donc 5,6 ans plus longtemps, mais en moins bonne santé. »

Des différences d'espérance de vie en bonne santé existent également entre les régions : les Belges qui résident en Flandre vivent en moyenne plus longtemps et en meilleure santé. Ces différences sont particulièrement marquées pour les hommes. En effet, un homme qui avait 15 ans en 2008 atteindra l'âge de 78,4 ans en Flandre, dont 67,9 sans incapacité. Par contre, à Bruxelles, son espérance de vie diminue à 77,2 ans, dont 63,2 sans

incapacité. Un homme wallon peut espérer vivre 75,1 ans, dont 61,8 sans incapacité. Sur le plan international, la Belgique se situe parmi les 10 premiers pays de l'Union européenne en termes d'espérance de vie en bonne santé. En 2009, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance en Belgique était supérieure de 2,7 ans à la moyenne européenne pour les hommes et de 1,7 an pour les femmes.

Les données par région sont disponibles en ligne sur les sites web de l'Institut Scientifique de Santé Publique via : <https://www.wiv-isp.be/epidemio/hisia/> et <https://www.wiv-isp.be/epidemio/spma/> (rubrique 'health expectancy statistics').

Le rapport du système d'information européen (EHLEIS) est disponible via le lien : http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue5_translated/Belgique.pdf.



Sommaire

Initiatives

- 2 www.chat-accueil.org : un outil jeune pour un public jeune, par *Télé-Accueil*
- 3 Les inégalités sociales de santé dans le Brabant wallon, par *Pierre Squifflet*
- 4 Des recherches en consommation à l'UCL
- 6 Drogues : inverser le système pénal, une idée fumeuse ! par *Infor-Drogues*

Réflexions

- 7 La folie évaluatrice, propos d'Yves Charles Zarka recueillis par *Julien Nève*

Locale

- 9 La philosophie de travail des centres locaux de promotion de la santé, par les *CLPS*
- 11 Le CLPS du Brabant wallon par *Carole Feulien*

Outils

- 14 Droguestory

Données

- 15 Indicateurs socio-sanitaires des inégalités en Brabant wallon, les données des Mutualités chrétiennes, par *Hervé Avalosse*
- 19 L'espérance de vie en bonne santé des Belges, par *l'Institut scientifique de santé publique*

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.

Ont collaboré à ce numéro : Hervé Avalosse, les CLPS, Carole Feulien, Infor-Drogues, l'Institut scientifique de santé publique, Julien Nève, Pierre Squifflet, Télé-Accueil

Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

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

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

Réseaux sociaux : Carole Feulien (carole.feulien@yahoo.fr).

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

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Marie-Noëlle Paris, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Carole Feulien, Jacques Henkinbrant, Julien Nève, Tatiana Pereira, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2 000 exemplaires.

Diffusion : 1 900 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Éducation 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 *Éducation Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de l'auteur et de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Éducation 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 sont disponibles sur notre site www.educationsante.be (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est **certifié HON**

(Health on the Net – 06/2011).

Notre site adhère à la Plate-forme

www.promosante.net.

Education Santé



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

La revue *Éducation Santé* est réalisée avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles Département de la Santé



La solidarité, c'est bon pour la santé.



L'accès à la santé pour tous

La Mutualité Socialiste



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

