

psychosociales... en réponse aux besoins des patients en situation de handicap dans une optique d'interdisciplinarité.

Les conditions d'inscription à la formation:

- être titulaire d'un diplôme de l'enseignement supérieur paramédical, infirmier ou social de type court ou de l'enseignement de type long en kinésithérapie, psychologie ou logopédie;
- posséder une expérience professionnelle d'au moins un an dans le domaine médico-psycho-social.

La formation se déroule un jour par semaine sur le campus de l'Hôpital Brugmann à Bruxelles et débute le **mercredi 4 octobre 2000**.

Renseignements: Ecole d'ergologie - ULB - CP 164, avenue F. Roosevelt, 1050 Bruxelles,

tél. (de 15 à 19h30) 02 650 53 60, fax 02 650 53 59, e-mail: jahofman@ulb.ac.be

## Offre d'emploi

**Cultures & Santé** engage une infirmière (m/f) en santé communautaire à temps plein, statut FBIE, pour coordonner des projets en promotion de la santé. Une expérience en animations santé est un plus.

Envoyer CV et lettre de motivation à Madame Claes, Cultures & Santé asbl, chée de Mons 130, 1070 Bruxelles.

Mél: culturesante.claes@skynet.be.

## Nouveau fax

Education Santé a un nouveau numéro de fax depuis le 1er juillet 2000: **02 246 49 88**.

Réalisation et diffusion: Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

Rédacteur en chef: Christian De Bock (02 246 48 50).

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans (02 246 48 52).

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux (02 515 05 85).

Responsable des rubriques Acquisitions, Brèves, Documentation, Lu pour vous, Matériel et Vu pour vous: Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51).

Documentation: Maryse Van Audenhaege, Astrid Grenson (02 246 48 51)

Abonnements: Franca Tartamella (02 246 48 53).

Comité de rédaction: Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Nathalie da Costa Maya, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarter, Anne Fenaux, Anne Geraets, Christian Grégoire, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houlioux, Véronique Janzyk, Jean-Luc Noël, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Editeur responsable: Edouard Descampe, avenue du Val d'Or 79, 1150 Bruxelles.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Logistique ANMC

Tirage: 2.000 exemplaires.

Diffusion: 1.300 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.

Documentation consultable sur rendez-vous pris au 02 246 48 51.

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02 246 48 53. Fax: 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire). Mél: education.sante@mc.be.

**Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse: [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)**

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



# Education Santé

NUMERO 150 - JUILLET-AOÛT 2000

## 150!

Même s'il n'est pas aussi spectaculaire que le 100, le numéro 150 d'une publication mensuelle mérite qu'on s'y arrête quelques instants.

Notre publication a subi ces deux dernières années quelques difficultés dues en partie au changement de réglementation en promotion de la santé en Communauté française. Cela peut paraître paradoxal, puisque nous sommes de ceux qui ont milité en faveur du décret actuel, mais c'est comme ça...

Nous avons la volonté de retrouver une certaine stabilité à l'avenir, en nous appuyant sur les résultats (que nous espérons positifs!) de l'évaluation d'Education Santé auprès de ses lecteurs. Les centaines de questionnaires que nous avons reçus depuis deux mois nous semblent un signe positif. Nous mettrons les mois de vacances à profit pour traiter les données. Cette année, nous compléterons ce travail d'évaluation en interrogeant quelques lecteurs, et en demandant aussi à un échantillon de personnes n'ayant pas renouvelé leur abonnement les raisons de leur défection. Nous vous en dirons plus à la rentrée.

A propos de rentrée, nous pouvons déjà vous annoncer quelques textes intéressants pour nos numéros d'automne:

- une analyse originale du lien entre mobilité et santé à propos du choix de la petite localité de Bernissart comme antenne du CLPS du Hainaut occidental;
- l'évaluation des brochures 'réduction des risques' de Modus Vivendi, qui ont suscité quelque émoi dans les milieux de la prévention;
- un dossier sur le concept-clé de participation en promotion de la santé;
- une réflexion sur la place de l'éducateur pour la santé par rapport à l'outil pédagogique;



**Avoir un projet, oui... mais comment ?**

• un plaidoyer pour un investissement 'citoyen' dans la santé à l'heure de la marchandisation à tout crin des activités humaines;

• etc.  
Dans ce numéro-ci, vous trouverez trois gros morceaux: la présentation de la nouvelle campagne d'Infor-Drogues 'Si tu veux, on en parle', l'évolution du projet Midis à l'école, et, last but not least, toutes les prio-

rités de législation de **Nicole Maréchal**, Ministre de la Santé de la Communauté française. Son souci manifeste est de passer à la vitesse supérieure dans l'implantation des valeurs de la promotion de la santé au sein de notre Communauté. Un fameux défi en perspective!

En attendant de le relever ensemble, je vous souhaite d'excellentes vacances!

**Christian De Bock**, rédacteur en chef

Editeur responsable: Edouard Descampe, avenue du Val d'Or 79, 1150 Bruxelles.

## Prévention drogue: non au simplisme, oui au dialogue

**L**a drogue fait très régulièrement la une des médias. Prises spectaculaires par les services de police, faits divers récurrents dans les journaux, initiatives ministérielles en matière de répression ou parlementaires en matière de dépenalisation, films et débats à la télévision: le sujet est en permanence sous les feux de l'actualité, mais ce ne sont pas toujours les voix les plus sensées qui font le plus de bruit.

Rompant avec l'imagerie et les slogans alarmistes, voire incendiaires de la majorité des campagnes de prévention, l'approche d'Infor-Drogues se veut depuis des années sensible et réaliste, partant de situations vécues par les jeunes et évitant de moraliser, de faire peur et de désigner les boucs émissaires habituels (les drogues, les jeunes consommateurs, etc.). Tous arguments qui sont contre-productifs car ils engendrent des effets pervers.

A l'inverse des campagnes "chocs" qui, par le recours à l'émotion, suscitent fascination et répulsion à l'égard du "fléau de la drogue" et de ses "victimes-coupables", Infor-Drogues nous invite à la réflexion sur un phénomène complexe. Ne pas clore le débat par des slogans réducteurs ("Just say no" - "Le plus fort, c'est celui qui dit non", ...) mais au contraire stimuler la réflexion, sans imposer des idées toutes faites.

Cette stratégie à contre-courant inspirait déjà la campagne d'affichage d'Infor-Drogues de 1994, les anciens lecteurs d'Education Santé s'en souviennent peut-être. Cette campagne se déclinait sur trois thèmes auxquels les jeunes sont très sensibles: le sentiment d'échec, le manque de compréhension ressenti et le manque de communication ressenti. Les trois affiches se concluaient par l'invitation au dialogue: "Si tu veux, on en parle".

La campagne a eu une vie exceptionnellement longue: plus de 50.000 affiches ont été diffusées durant 6 ans.

La traduction de cette campagne en cartes postales diffusées dans les lieux de loisirs, cafés et restaurants, fut également un

succès. Selon l'évaluation faite par la société Boomerang (qui produit et diffuse des cartes postales gratuites), celles d'Infor-Drogues furent épuisées en un temps record.

Forts de cette expérience positive, les responsables d'Infor-Drogues remettent le couvert aujourd'hui, sans bouleverser leur approche ni déroger à leur éthique de la communication en matière de dépendances.

Cédons-leur la parole.

### Publics cibles

Les jeunes constituent toujours un public prioritaire. Cependant, parmi les personnes qui contactent Infor-Drogues, les jeunes (et les jeunes consommateurs particulièrement) téléphonent moins que les années précédentes. La société évolue et des phénomènes tels que l'usage de drogues sont en constante mouvance; les jeunes usagers de drogues de l'an 2000 ne se reconnaissent plus dans les figures "ancestrales" que sont les héroïnomanes, junkies et autres contestataires fumeurs d'herbe des années 'pilule'.

Comme nous le verrons plus loin, il est primordial de maintenir le contact avec les jeunes, usagers de drogues ou non, concernant ce type de phénomène. Il est nécessaire qu'ils s'informent correctement, mais aussi qu'ils puissent trouver des lieux de parole et d'échanges d'idées à l'égard des substances auxquelles ils sont confrontés.

Les affiches se trouvant dans les lieux publics, les adultes (parents, professionnels de tous bords, entourage d'usagers, etc.) les verront aussi. C'est une opportunité intéressante car ils constituent un public très important. Nous avons donc pris un maximum de précautions pour que le message puisse être compréhensible et utile pour eux aussi.

Ce que nous adressons aux jeunes et la manière dont nous le faisons permet de faire passer indirectement un message aux adultes. Nous les invitons à réfléchir en leur proposant une lecture différente de ce phénomène de société.

### Objectifs de la campagne

La campagne vise cinq objectifs:

- briser le silence sur certaines situations que vivent les jeunes et la place que les drogues peuvent y occuper pour certains d'entre eux. C'est-à-dire parler des drogues en les présentant dans des contextes et des vécus familiers des jeunes: les problèmes d'emploi, les ressources financières, la dépendance, l'ennui et la difficulté de s'inscrire dans des projets qui ont un sens à leurs yeux, le plaisir, la fête et le désir de s'éclater. Cette approche s'oppose à la focalisation sur le symptôme "drogue" et aux actes étiquetés de "déviant" qui réduisent la personne à son symptôme ou à son acte;

- en tant qu'organisme émetteur de ces messages, susciter l'interrogation et la réflexion à propos des drogues, tout en offrant, sans injonction autoritaire, un point de repère et de dialogue, dans l'anonymat et la confidentialité;

- reconnaître la difficulté d'être jeune dans notre société (pressions multiples à consommer, 'obligation' d'être heureux, de se sentir bien, de faire quelque chose, d'avoir des projets, de s'éclater, etc.). Adresser des messages témoignant de cette difficulté en s'efforçant de tenir un discours vrai et tendre la main même face à l'univers des substances psychotropes. Comprendre plutôt que rejeter, juger et condamner;

- contribuer à casser la dichotomie hypocrite et bien-pensante entre les drogues illicites "redoutables et dangereuses" qui ne seraient que l'apanage des jeunes et les "bonnes" substances licites des adultes, l'alcool et les médicaments notamment;

- augmenter la notoriété d'Infor-Drogues et rappeler l'existence de sa permanence téléphonique, ouverte 24h / 24h au 02 227 52 52, dans l'anonymat.

### Une stratégie 'adulte'

La consommation des drogues à l'adolescence (et cette période de vie s'est fort étendue) peut revêtir diverses significa-

## Les deuxièmes Fenêtres ouvertes sur l'école en santé de la Croix-Rouge

### Diffusion de bonnes pratiques

Il y a quatre ans, à Ciney, le Service éducation pour la santé de la Croix-Rouge de Belgique vous conviait à découvrir les projets des écoles participant au Réseau européen d'écoles en santé (REES). Le temps est venu de diffuser les conclusions de ce programme et de partager les enseignements qu'il a générés. C'est à cette fin que le Service éducation pour la santé organise quatre journées de travail consacrées à l'école en santé. Alimentées par le bilan du programme REES, ces rencontres se veulent un espace d'échange, de réflexion et de concertation quant à la promotion de la santé à l'école.

Deux objectifs seront poursuivis:

- transmettre aux participants une description commentée et illustrée du programme REES: origines, méthodes, stratégies, acteurs, actions menées dans les écoles, effets sur les élèves et la communauté scolaire,...

- permettre aux éducateurs pour la santé actifs en milieu scolaire d'échanger, sur base de l'expérience du REES et de leurs propres expériences, leurs points de vue quant aux enjeux et aux priorités de la promotion de la santé en milieu scolaire.

### Public concerné

Ces journées s'adressent à toute personne concernée par l'éducation pour la santé à l'école. Le nombre de places étant limité, les personnes intéressées sont priées de réagir sans tarder.

Public concerné: toute personne animant des groupes dans la perspective de l'éducation permanente et désireuse de prendre du recul par rapport à sa pratique en la confrontant à celle d'autres.

Contenus: la dynamique des groupes restreints et le fonctionnement propre de chacun en groupe; la communication comme premier outil de l'animateur; les rôles et fonctions de l'animateur; les niveaux de fonctionnement d'un groupe; la progression de la participation; les différents types de leadership.

Equipe pédagogique: **Alan Kyndt et Nicole Tinant.**

Lieu: La Marlagne, chemin des Marronniers 26, 5150 Wépion, tél. 081 46 05 36.

### Intervenants

Les journées seront animées par le Service éducation pour la santé de la Croix-Rouge. Des membres (enseignants, chefs d'établissement, agents IMS / PMS, ...) des écoles-pilotes du REES seront présents pour témoigner de leur expérience.

### Participation aux frais

Nous demanderons une participation de 150 F destinée à couvrir les frais de repas de midi (sandwiches + boissons), ainsi que les documents remis lors de chaque journée.

### Lieu

Les journées auront lieu dans les locaux de la Croix-Rouge, chaussée de Vleurgat, 98, grande salle du rez-de-chaussée, à 1050 Bruxelles.

### Programme

#### Journée 1:

**Le concept "école en santé"**  
Jeudi 12 octobre 2000 (9.30 - 16.00)  
Contenu: origines historiques, les 12 critères d'une Ecole en santé, repères pédagogiques, sélection des écoles pilotes, formation et encadrement méthodologique,...

#### Journée 2:

**Les "faiseurs" de projet**  
Jeudi 26 octobre 2000 (9.30 - 16.00)  
Contenu: équipes de projets, coordinateurs, implication des chefs d'établissement, rôle des IMS / PMS / ZEP, ..., partenariats avec les professionnels de la santé,...

Frais: 1000 F (comprend les repas de midi, du soir et le logement sur place).

Le nombre de participants est limité à 20.  
Renseignements: CIEP-ISCO, B.P. 50, 1031 Bruxelles, tél. 02 246 38 41.

### Formation Bruxelles

**A partir d'octobre 2000**

L'Ecole d'ergologie - ULB propose une nouvelle "Formation pluridisciplinaire en réadaptation neurologique et locomotrice", en collaboration avec le CTR de l'Hôpital Brugmann et l'Ecole d'infirmier(e)s située sur son campus.

Les matières suivantes seront développées:

### Journée 3:

**Les actions menées dans les écoles**  
Jeudi 16 novembre 2000 (9.30 - 16.00)  
Contenu: actions ponctuelles, actions à long terme, institutionnalisation, participation des élèves, implication des parents,...

### Journée 4:

**Les effets du programme REES**  
Jeudi 7 décembre (9.30 - 16.00)  
Contenu: effets sur les élèves, sur la communauté éducative, sur les membres des équipes de projets, impact sur le monde éducatif,...

### Une journée-type

Chaque journée se déroulera en quatre temps:

#### Matinée

Exposé sur le thème de la journée. Témoignages des membres des écoles pilotes.

#### Après-midi

Travaux en petits groupes à propos d'une question - problème, évoquée en matinée. Synthèse de la journée.

### Invitation

Les deuxièmes Fenêtres ouvertes sur l'école en santé vous intéressent? Vous désirez en savoir plus? Vous souhaitez vous y inscrire?

**Contactez-nous au 02.349.55.27 ou envoyez-nous un mail à [nancy.holoff@redcross-fr.be].**

I Ni le REES, ni la Croix-Rouge ne détiennent le monopole du concept "Ecole en santé". D'autres programmes s'y réfèrent et l'appliquent également. Ces journées seront l'occasion de confronter ces expériences respectives et d'en extraire la substantifique moelle.

- approfondissement des pathologies de l'appareil neurologique et locomoteur en y intégrant des notions d'anatomie et de physiologie;

- analyse des concepts généraux en réadaptation (handicap, déficience, incapacité, équipe pluri/interdisciplinaire...);

- méthode interactive portant sur les méthodes d'intervention y compris la communication au sein d'une équipe pluridisciplinaire;

- notions épidémiologiques du handicap y compris les indicateurs d'activités dans les soins;

- approches spécifiques aux différentes disciplines infirmières, paramédicales,

de la Communauté et au 'cahier des charges' du Conseil.

Dans l'ordre alphabétique, il y a la Commission Campagnes, qui étudie les demandes de campagnes gratuites de promotion de la santé à la radio et à la télévision. Sa responsabilité n'est pas mince quand on voit l'impact considérable qu'un message publicitaire radiodiffusé peut avoir. Les lecteurs d'Education Santé ont régulièrement l'occasion de se rendre compte de la puissance des mass media. Cette commission est présidée par le **Dr Patrick Trefois** (Question Santé).

La commission Epidémiologie aide au pilotage des tâches dévolues aux communautés en matière de récolte et d'analyse de données sanitaires. Notre pays n'est pas encore parmi les plus performants en la matière. Pour vous donner un exemple, nous travaillons pour l'instant sur des chiffres de mortalité de 1994... Cette commission, présidée par le **Prof. Danielle Piette** (PROMES-ULB) peut compter sur l'appui de l'Institut scientifique de santé publique - Louis Pasteur.

La Commission Programmes recommande ou non le financement de programmes de promotion santé dont la portée géographique dépasse les limites d'un centre local. C'est sans doute l'aspect du travail du Conseil qui est le mieux connu des intervenants de terrain. C'est aussi la commission qui a le plus de travail, une soixantaine de dossiers et une vingtaine de réunions par an. Elle est animée par **Martine Bantuelle** (Educa-Santé), la vice-présidente du Conseil. Enfin, il y a la Commission Vaccination, qui discute tous les aspects de cette problématique essentielle en matière de prévention. Elle est dirigée par le **Dr Willy Brunson** (DG Santé).

Ces commissions collaborent avec un panel d'experts qui améliorent incontestablement la qualité du travail.

Si vous faites la somme des activités du Conseil et de ses commissions, vous arrivez facilement à une cinquantaine de réunions par an. Et ce sans parler de l'étude des dossiers et de la préparation des réunions. Point de vue volume d'activité, je suis un président plus que comblé!

J'ajoute que je peux compter sur un investissement personnel remarquable de la majorité des membres du Conseil, puisqu'il est rare que nous ne soyons pas en nombre pour délibérer valablement.

ES: Vu la composition du Conseil n'êtes-vous pas à la fois juge et partie dans les avis que vous émettez, n'avez-vous pas tendance à favoriser les dossiers introduits par vos membres?

CDB: C'est une question importante. On ne pourra jamais empêcher des esprits chagrins de penser que 'tout ça, c'est copinage et compagnie'. Dans mon esprit, être membre du Conseil, cela signifie collaborer à une œuvre collective au profit de la Communauté française. Je ne suis pas sûr que tout le monde partage ce point de vue, certains donnent sans doute la priorité à la défense d'intérêts particuliers. Mais ils sont minoritaires.

Nous avons des garde-fous qui nous autorisent une sérénité relative dans nos débats: la vigilance de l'Administration, qui remet un avis séparé sur bon nombre de dossiers, en est un. La règle de fonctionnement qui veut qu'un membre lié à un point de l'ordre du jour quitte la séance pendant l'examen du point en question en est un autre.

Je me souviens de l'une ou l'autre solide colère d'un membre n'ayant guère apprécié le traitement infligé par ses collègues du conseil à un de ses dossiers. Dans ces cas-là, on ne pouvait sûrement pas parler d'avis complaisant!

Nous avons aussi des instruments qui nous aident à approcher les dossiers de

façon objective. Ainsi, le conseil a élaboré, testé, évalué et modifié avec l'aide précieuse de **Michel Demarteau** (expert de l'APES-Ulg) une grille d'analyse des demandes de subvention qui permet aux membres de sa commission Programmes de traiter les demandes d'une façon relativement homogène.

Tout n'est pas parfait, loin de là, mais il me semble qu'on ne se débrouille pas trop mal.

ES: Vos avis sont-ils suivis par la Ministre de la Santé?

CDB: Je crois pouvoir répondre affirmativement, aussi bien pour l'ancienne Ministre de la santé, **Laurette Onkelinx**, qui était à l'origine du décret, que pour **Nicole Maréchal**, qui en a hérité.

ES: Avez-vous le sentiment que votre travail permet d'améliorer la qualité de la promotion de la santé en Communauté française?

CDB: Je n'aurai pas l'outrecuidance de l'affirmer. Ce qui me paraît évident par contre, c'est qu'un lieu de débat comme le nôtre est utile à la définition d'une politique, et qu'il s'inscrit bien dans la logique de participation des acteurs qui caractérise le décret 'promotion santé'.

ES: Etes-vous un président heureux?

CDB: Je n'imaginai pas en acceptant cette mission qu'elle serait à ce point dévoreuse de temps. D'un autre côté, ma position privilégiée me permet de côtoyer des gens passionnants. J'avais déjà eu l'occasion d'en apprécier certains du temps de la Cellule permanente éducation santé, sous l'ancienne législation. J'y vois ma principale récompense!

Propos recueillis par **Bernadette Taeymans**

Conseil supérieur de promotion de la santé, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles.

Entre autres, elle fait partie des processus d'expérimentation, de recherche des limites (de soi, des autres, de la société) et de confrontation au risque. Mais, la vague actuelle des drogues de synthèse fait aussi apparaître de nouveaux modes de rapport aux produits: la recherche de performance (danser toute la nuit) et l'appoint indispensable aux sorties pour assurer le succès de la fête sans vouloir être assimilé pour autant aux usagers de drogues 'habituels'. Outre son aspect mode, le produit est utilisé comme un moyen efficace (tout comme le téléphone portable) et non comme une fin en soi, du moins pour beaucoup de jeunes, et de moins jeunes aussi d'ailleurs.

En fait, la transgression et les prises de risques des adolescents représentent des épisodes normaux, nécessaires à l'évolution des jeunes. Dans notre société de plus en plus répressive et sécuritaire, on a tendance à assimiler le processus normal de l'adolescence constitué de ces éléments "dérangeants" à des comportements déviants.

Dans cette campagne, les messages ne cherchent pas à faire peur, à dissuader ou à mettre en garde (par exemple en informant sur les dangers des produits). Il a été démontré que de telles approches n'étaient pas pertinentes sur le plan de la communication publique et engendraient même souvent des effets pervers.

Notre stratégie consiste à tenter de modifier les images et perceptions du phéno-

mène. En ce sens, les affiches constituent un vecteur essentiel d'information et de sensibilisation du public.

Une bonne campagne de promotion de la santé doit tenter de modifier la perception d'un phénomène. Pour cela les campagnes doivent toucher personnellement les adolescents. Or, il est souligné que "sur le plan des capacités de projection, un tiers seulement des adolescents sont susceptibles d'imaginer leur santé dans l'avenir, ce qui pose le problème de la pertinence du travail de prévention lui-même, c'est-à-dire de pré-vision, et de la valeur

## Il faut casser la dichotomie hypocrite et bien-pensante entre les drogues illicites "redoutables et dangereuses" qui ne seraient que l'apanage des jeunes et les "bonnes" substances licites des adultes, l'alcool et les médicaments notamment.

que revêtent à leurs yeux les actions de santé à effets différés qu'ils sont susceptibles de poser. Comment attacher du crédit à des messages énonçant une préservation de la santé alors que l'on éprouve des difficultés à concevoir sa propre santé de manière générale dans l'avenir? La prise de risque tabagique (et donc, par extension, toxique ndr) n'est-elle pas elle-même alors toute relative? "

De plus, nous postulons que les jeunes, dans leur grande majorité, connaissent très bien le discours qui dit que consommer des drogues comporte des dangers. Ce qui ne dissuade pas pour autant un certain nombre d'entre eux d'en faire l'expérience, voire plus.

### Susciter la réflexion

Les affiches se terminent par une interrogation dont on espère qu'elle suscitera chez le consommateur un questionnement et lui indiquera des pistes de réflexion pour en discuter avec des personnes de confiance; qu'elle amènera celui qui hésite à réfléchir sur les contextes à "risque" éventuels; qu'elle donnera à celui qui n'est pas tenté d'autres lectures du phénomène plus proches de la réalité et moins simplistes que les habituels clichés.

### Toucher personnellement le public

La consommation des adolescents est une pratique plutôt sociale que privée où les

phénomènes d'acceptation et d'adhésion à un groupe sont puissants (cela fait aujourd'hui encore la fortune des producteurs d'alcool et de cigarettes!). S'adresser à des adolescents en évacuant une dimension relationnelle et psycho-sociale fait perdre une grande force au message émis, au risque même d'être purement rejeté. Les affiches prennent en compte cette dimension de groupe.

Elles décrivent des situations qui touchent le public cible parce qu'il les vit ou, à tout le moins, les connaît à travers des amis proches qui les vivent.

Elles montrent des moments de vie largement partagés par beaucoup de jeunes. Ces contextes sont traversés par la question des psychotropes.

Attention, Infor-Drogues ne veut pas montrer que les jeunes qui n'ont pas de boulot ou qui s'ennuient feront automatiquement de futurs toxicomanes. Au contraire, la campagne met en exergue des situations problématiques pour souligner où sont les vrais problèmes.

Comme les affiches seront également vues par les adultes, nous espérons qu'elles contribueront à ouvrir les yeux de beaucoup d'entre eux sur ce que vivent les jeunes aujourd'hui et comment les drogues peuvent prendre place dans des situations et des contextes qu'eux-mêmes n'ont pas rencontrés à l'adolescence.

Sur le plan formel, elles mettent en scène de façon concrète des décors réalistes en utilisant des photographies comme toile de fond. Les personnages sont dessinés à la main pour leur côté anonyme et universel (trop coller à la réalité lui ôte sa complexité, l'incarnation sera toujours arbitraire et partielle), proche du langage de la BD.

Enfin, elles élargissent le champ des "drogues" à certains produits légaux. En effet, beaucoup d'adolescents ne comprennent

1 "La publicité anti-tabac et les jeunes", P. Bizez, Ph. Meremans, M. Pettiaux, A. Deccache, Education Santé n° 138, mai 1999



Le genre d'image qu'on ne verra pas souvent dans la communication d'Infor-Drogues

## Brèves

### Deuil Liège

25 septembre 2000

Le deuil à vivre. Décès, divorces, transgressions graves, avec **Marie-Frédérique Bacqué**.

Journée organisée par l'association "Parole d'enfants" (de 9h30 à 17h).

Lieu: Cinéma Le Parc, rue Paul-Joseph Carpay 22, 4020 Liège (Droixhe).

Coût: 1400 F avant le 15/07, 1800 F après le 15/07 (étudiants et demandeurs d'emploi: 50%).

Renseignements: Parole d'enfants ASBL, rue Lambert le Bègue 14, 4000 Liège, tél. 04 223 10 99, fax 04 223 15 56, mél: parole@swing.be].

### Animation Wépion

30 septembre et 1er octobre 2000

Animation culturelle dans la perspective de l'Education permanente, formation de deux jours organisée par le CIEP-ISCO (MOC).

Dates: samedi 30 septembre de 9h30 à 21h30 et dimanche 1er octobre de 9h30 à 17h.

## De précieux collaborateurs et sponsors publics et privés

Le processus créatif a impliqué l'équipe d'Infor-Drogues, épaulée par un graphiste connaissant bien la question et accompagnant l'asbl depuis de longues années, **Benoît Billo** (Ipsso Facto group), ainsi que quatre experts, **Patrick Trefois** médecin, de l'asbl Question-Santé, **Robert Bontemps**, médecin, du Centre local de promotion de la santé de Bruxelles, **Serge Zombek**, psychiatre, expert en toxicomanie, et **Thierry Poucet**, journaliste médical.

Grâce à la bonne volonté de nos partenaires, le budget total reste très modeste:

environ 320.000 F (7932 euros).

Infor-Drogues est soutenu par la Commission communautaire française de Bruxelles-Capitale, la Communauté française, Direction générale de la Santé, Service de la Promotion de la santé, et la Communauté française, Direction générale de la Culture et de la Communication, Service de l'Éducation permanente, sans lesquels, bien entendu, la campagne n'aurait pu voir le jour. Le réseau de cartes postales Boomerang et Metrabus offrent, pour leur part, une importante diffusion.

pas et/ou ne trouvent pas pertinentes les distinctions établies par la société sur base du critère légal. On ne peut pas leur donner tort...

### Le téléphone pour rompre l'isolement des adolescents

Une étude très intéressante a été présentée récemment à Bruxelles lors du symposium international sur *La médecine des adolescents*<sup>2</sup>.

**Marie Choquet**, chercheur à l'INSERM (Paris), y a présenté les résultats d'une étude épidémiologique réalisée en France, dont certaines caractéristiques nous interpellent tout particulièrement.

Elle nous apprend que les adolescents disent se confier plus volontiers à leurs parents pour les problèmes de santé (60% pour 15% seulement aux professionnels de la santé); par contre, pour des problèmes affectifs, ils disent se confier en majorité à leurs pairs (60%); au sujet de la prise de drogues, ils disent ne se confier à personne, et ne font rien.

Il s'agit bien sûr d'une étude réalisée en France et il serait intéressant de la reproduire en Belgique. Néanmoins, en considérant la situation belge en matière de drogues et les observations que nous menons depuis de nombreuses années, un constat similaire se dégage: nos jeunes semblent, en général, bien seuls face à cette question difficile.

Ces considérations renforcent donc pour nous l'importance du téléphone comme moyen possible de contact à offrir aux jeunes. Il est nécessaire que la société leur offre des lieux et des outils de rencontre avec les adultes, dans l'anonymat et la confidentialité.

Il faut leur proposer des moments d'échanges véritables en laissant de côté les réactions parentales et moralisantes que nous pourrions avoir. Les jeunes sont en recherche d'écoute, de dialogue, de repères consistants et de messages cohérents. Il s'agit donc d'être là, à leur côté.

### La production du matériel

#### Les thèmes des affiches

Au terme du long processus de maturation de ces affiches<sup>3</sup>, nous avons retenu trois thèmes: l'autonomie, l'inscription dans des projets et les divertissements.

#### L'autonomie

L'affiche pose la question du désir d'autonomie des jeunes et des liens de dépendance. L'usage de drogue est ici présenté sur le même plan que la relation aux parents et au monde du travail. Le slogan "Être autonome, oui... mais comment?" doit souligner qu'il n'est pas facile pour un jeune, aujourd'hui, d'être autonome. Il ne suffit pas de dire "Soyez autonome" ou "Soyez libre" pour que cela se réalise. Le "comment?" se veut interpellant dans une société où, par exemple, le travail est rare et/ou de nombreux jeunes habitent jusqu'à un âge avancé chez leurs parents.

#### S'inscrire dans des projets

L'affiche évoque l'ennui, le 'speed' (amphétamines produites clandestinement) et le manque de perspectives. Le slogan "Avoir un projet, oui... mais comment?" sous-entend que l'idéal, c'est d'être investi dans un projet qui ait du sens, qui ouvre l'avenir, des perspectives... Avoir des projets, participer à des activités ne se limite pas à

s'occuper pour être obéissant, conforme ou ne pas faire de bêtises! Il est passablement exaspérant pour les jeunes de s'entendre dire "Ayez un projet", "Faites du sport ou de la musique" si la dimension du sens, qui seule peut faire barre à l'ennui, est absente.

#### Les divertissements

L'affiche évoque cinq "moyens" de se divertir; de "se sentir vivre", de "s'éclater". Et l'on sait à quel point le marketing et la publicité utilisent et prônent le plaisir et le bien-être en termes de défonce et de dépassement des limites pour vendre les produits les plus divers. Dans l'affiche, on passe progressivement de la drogue illégale (l'XTC) à la drogue légale (l'alcool), puis à d'autres consommations: le lunapark, la vitesse, la musculation. Le slogan "S'éclater, oui... mais jusqu'où?" dit bien que ce n'est pas le fait de se divertir ou de s'amuser qui est à interroger mais bien la limite que tout-un-chacun s'impose.

#### Les cartes postales

Etant donné le succès remporté par la version carte postale de la précédente campagne, nous avons dégagé des moyens pour décliner cette nouvelle campagne en version carte postale également.



La diffusion se fait par le réseau Boomerang de cafés, restaurants, lieux culturels et festifs (160.000 exemplaires) et par Infor-Drogues (30.000 exemplaires) dans le cadre d'opérations particulières. Vos réactions sont les bienvenues.

**Philippe Bastin, Antoine Boucher**, Infor-Drogues, avec la collaboration de **Christian De Bock** ■

Pour de plus amples renseignements sur la campagne ou pour commander des affiches: **Antoine Boucher**, Infor-Drogues, rue du Marteau 19, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 227 52 52. Fax: 02 219 27 25. Mé: [courrier@infor-drogues.be](mailto:courrier@infor-drogues.be).

<sup>2</sup> Organisé le 4 mars 2000 par l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola  
<sup>3</sup> Thierry Poucet y reviendra dans un prochain numéro.

## Le contrôle antidopage est un élément de dissuasion, bien sûr, mais il est surtout le corollaire de l'affirmation d'une éthique du sport.

- un carnet du sportif sera élaboré, où sera consigné le suivi médical du sportif, variable selon la nature et l'intensité de la pratique;
- les médecins généralistes et les médecins du sport seront responsabilisés;
- les futures contingences européennes en la matière doivent être intégrées.

La mise en œuvre de ce décret représentera un budget d'environ 14 millions par an (essentiellement le coût des analyses de contrôle).

### La prévention du cancer

Ce poste représente environ 19 millions. Il consiste essentiellement en campagnes préventives et en la tenue de registres des cancers.

En matière de prévention, je ferai une priorité de la lutte contre le cancer du

sein. Ce cancer est fort fréquent (il touche une femme sur douze) et, précocement dépisté, il permet de préserver la qualité de la vie à un âge encore jeune. Je compte en faire un protocole pilote avec tous les acteurs de la prévention des cancers.

### La prophylaxie des maladies transmissibles

Ce poste représente plus ou moins 51 millions au budget et concerne essentiellement la **tuberculose**.

Il est évident que cette maladie, bien que très bien maîtrisée, représente encore un danger potentiel. On observe d'ailleurs une recrudescence de la tuberculose auprès de publics spécifiques.

La lutte doit donc être continuée, mais plus ciblée sur ces publics fragilisés et sur les formes résistantes de la maladie. La perti-

ence du maintien de certaines actions est par contre à remettre en question.

Aucune action d'envergure n'a été entamée face à des **maladies respiratoires émergentes** et malheureusement de plus en plus répandues chez les enfants: l'asthme et les allergies (dues aux pollutions atmosphériques - ozone, gaz d'échappement... - mais aussi aux pollutions intérieures à l'habitat - poussières, moisissures, produits chimiques, solvants, acariens...)

Je désire donc recibler les efforts (prévention, projets, campagnes...) sur ces nouvelles maladies de société. La FARES, dont l'excellence de la compétence en matière de tuberculose est bien connue, abordera elle aussi ces maladies émergentes.

En ce qui concerne la légionellose, les communautés travaillent actuellement à y donner une réponse préventive harmonisée.

**Nicole Maréchal**, Ministre de la Santé, **Jacques Morel**, **Martine Schüttringer**, **Greta Vangrunderbeek**, Cellule santé ■

Les phrases mises en exergue ont été choisies par la rédaction.

## Le Conseil supérieur de promotion de la santé

**P**armi les acteurs du dispositif mis en place par le décret du 14 juillet 1997, il y a le **Conseil supérieur de promotion de la santé**. Quelles sont ses missions? Quels sont ses moyens? Que fait-il? Comment fonctionne-t-il?

Installé à la fin 1997, le Conseil en est à la moitié de son premier lustre, puisque ses membres ont été désignés pour une période de cinq ans. Pour faire le point à mi-parcours, *Education Santé* a rencontré son président, **Christian De Bock**.

*Education Santé*: Pouvez-vous nous rappeler à quoi sert le Conseil supérieur de promotion de la santé?

**Christian De Bock**: Tout d'abord, il est essentiel de préciser qu'il s'agit d'un organe consultatif. Son rôle est de conseiller le Gouvernement en matière de promotion de la santé, il n'a donc aucun pouvoir de décision. Il remet des avis, beaucoup d'avis (une petite centaine en 1999), mais son rôle se limite à cela. On entend parfois certains dire que 'le Conseil a accordé des subsides à tel ou tel programme'. C'est donc tout à fait inexact.

Cela ne signifie pas pour autant que son poids soit négligeable. En fait, le décret

prévoit que l'avis du Conseil est requis pratiquement à toutes les étapes de la mise en place de la politique communautaire de promotion de la santé: il lui incombe notamment de proposer à la Ministre des axes jugés prioritaires pour la mise au point du programme quinquennal de promotion de la santé et de ses déclinaisons dans des plans annuels.

Pour le moment, le plan 2001 est en chantier, et le Conseil y travaille aux côtés du Cabinet de la Ministre Maréchal, de l'Administration de la santé et des Services communautaires de promotion de la santé. Les lecteurs d'*Education Santé* auront sans doute l'occasion de le découvrir dans quelques mois.

A côté de cette tâche fondamentale, le Conseil est consulté dans le cadre des procédures d'agrément des structures permanentes, services communautaires et centres locaux. Il travaille aussi d'initiative ou à la demande des autorités.

*ES*: Comment a-t-il été composé?

**CDB**: Le législateur a voulu un organe d'avis composé d'experts, mais aussi de représentants du secteur de la promotion de la santé. Cela se traduit par une assemblée plénière de 26 membres (26 effectifs

et 26 suppléants), représentant les écoles de santé publique universitaires, les professionnels de santé, les structures locales, les provinces, la prévention des assuétudes, la médecine scolaire, etc.

J'y occupe un des deux mandats réservés aux associations mutuellistes.

*ES*: Comment fonctionne le Conseil?

**CDB**: Nous nous réunissons en principe une fois par mois. La logistique du Conseil est gérée par l'Administration, dont le Directeur général, le **Dr Willy Brunson**, est également le secrétaire du Conseil. Contrairement à d'autres conseils, nous n'avons aucun personnel permanent, ni scientifique, ni administratif, ce qui limite parfois notre capacité à aborder certaines questions d'une manière rapide et novatrice.

Le quasi-bénévolat de nos membres n'empêche pas le Conseil de tourner à plein régime, grâce au travail de ses quatre commissions.

*ES*: Quelles commissions, et pourquoi 4, et pas 3 ou 5?

**CDB**: Le décret et ses arrêtés d'application autorisent le Conseil à déléguer une partie de ses tâches à des commissions spécialisées. Elles sont 4 pour l'instant, car cela correspond à la fois aux compétences

cole et les équipes éducatives, mais aussi des synergies à construire avec d'autres acteurs). Cette stratégie sera insérée dans une politique plus globale de promotion de la santé, en s'assurant d'une réorganisation horizontale, notamment par une coordination étroite avec le secteur de la petite enfance (établissement d'un carnet de santé), avec les activités PMS et la médecine curative par exemple.

• la **professionnalisation** et la **programmation des activités** de santé scolaire (par exemple la fréquence des bilans de santé, la standardisation des données récoltées - ce qui demande un système d'informations et un traitement local et centralisé et permet l'analyse et la publication de données utilisables); le renforcement de cette mission nous permettra de mieux appréhender l'état de santé de la population scolarisée, d'élaborer des recommandations pour les organes d'avis et d'améliorer la qualité des informations sanitaires.

• l'**adaptation de la structure administrative** à la réalité du problème de santé scolaire (la lourdeur de la procédure d'agrément des équipes sera évaluée et améliorée; les budgets seront accordés forfaitairement plutôt qu'à l'acte).

Sans doute faudra-t-il aussi aborder la question de la formation continue des équipes ainsi que celle de l'évaluation de la couverture vaccinale. Les efforts en matière d'IMS devront également être mis en parallèle avec la définition des écoles en discrimination positive.

Le cadre budgétaire est de 584 millions et ne sera pas modifié.

### La vaccination

La vaccination reste un domaine essentiel de prévention primaire. Elle entraîne des bénéfices secondaires importants en termes de santé publique et d'économie de soins.

Sont aujourd'hui concernés: les vaccins polio (le seul obligatoire), RRO (rubéole, rougeole, oreillons), DITEPER (diphthérie, tétanos, coqueluche), hépatite B.

Le principe de base est que le fédéral paye l'achat des vaccins et que les communautés prennent en charge leur administration (sauf pour le RRO et le DITEPER qui sont complètement à charge des communautés).

Il est évident que l'évolution des recherches et des innovations médicales va dans le sens d'une réponse vaccinale toujours plus répandue face aux maladies. Ce qui entraînera

inexorablement des augmentations de coûts pour les communautés. C'est déjà le cas aujourd'hui, puisqu'un dépassement d'environ 10 millions est constaté sur ce poste budgétaire en 2000. La question a donc été abordée tant par les Flamands que par les francophones lors d'une réunion interministérielle "santé". Un groupe de travail a été mis sur pied pour plancher sur cette problématique budgétaire.

De manière générale, notre réflexion va dans le sens du choix de vaccins combinés et réduisant les risques d'effets secondaires.

Cette compétence représente environ 51 millions.

### La médecine du travail

La médecine du travail a été réformée par la loi sur le bien-être au travail du 4 août 1996 (et quatre arrêtés d'exécution en 1998). Le concept de bien-être au travail concerne: la sécurité au travail, la protection de la santé au travail, la charge psychosociale occasionnée par le travail, l'ergonomie, l'hygiène, l'embellissement des lieux de travail, les mesures prises par l'entreprise en matière d'environnement et de son influence sur la sécurité et la santé.

La loi édicte des principes généraux tels que la planification de la prévention, l'exécution d'une politique de santé, l'intégration de cette prévention dans la politique de gestion de l'entreprise en tenant compte de tous les paramètres de l'organisation du travail, des facteurs techniques et des facteurs humains.

A cet égard, le législateur a prévu certaines compétences aux "conseillers en prévention": la sécurité au travail, la médecine du travail, l'ergonomie, l'hygiène industrielle, les aspects psychosociaux du travail.

L'introduction de ces nouveaux acteurs a amené quelques réactions dans le chef des médecins du travail, qui ont vu se réduire l'importance de leurs fonctions et de leur pouvoir.

Les communautés, selon la réforme institutionnelle, sont compétentes en matière d'agrément des services de médecine du travail (l'agrément comprenant tout ce qui concerne le fonctionnement d'un service: locaux, organisation,...) et de prévention.

S'agissant d'agrément, ce poste ne représente aucune dépense au budget.

### Les hôpitaux universitaires

Quatre hôpitaux sont ici concernés: le CHU de Liège, l'Hôpital Erasme et l'Hôpital Saint-Luc à Bruxelles et la Clinique Mont-Godinne à Yvoir.

Deux postes budgétaires de la Communauté française sont encore concernés par ces hôpitaux (passés pour la plupart sous compétence régionale en 1993). Le premier est relatif à des charges d'investissement, et en voie d'extinction. Il représente 17 millions par an.

Le second est relatif à des agréments d'infrastructures. Sa faiblesse (40 millions pour quatre structures hospitalières!) indique son caractère complémentaire.

### L'Institut scientifique de santé publique Louis Pasteur

Un budget de plus ou moins 40 millions est alloué annuellement à cet institut fédéral. Il représente entre autre la participation de la Communauté française à la grande Enquête de santé que cet institut réalise avec la collaboration des communautés et des régions.

Une dimension "environnementale" a été ajoutée à cette enquête, permettant de prendre en considération l'impact sur la santé de pollutions intérieures ou à proximité du domicile, par exemple.

A partir de 2001, la Communauté française ne signera plus avec l'Etat un accord de coopération sur le financement de l'Institut Pasteur, mais adoptera une formule de type contractuel (convention). L'objectif est de répondre aux préoccupations des différents niveaux de pouvoir et de compétence de façon plus spécifique. Chaque communauté proposera donc un cahier des charges en rapport avec ses compétences en matière de santé.

### Sport et santé, médecine du sport et lutte contre le dopage

Il est question ici de développer la promotion de la santé dans le domaine du sport et de faire voter un décret qui intègre la lutte contre le dopage.

Un premier texte a été déposé par Laurette Onkelinx sous la dernière législature, mais n'a pas abouti. Je m'en inspire, mais en y ajoutant quelques aspects trop peu développés:

- le contrôle est un élément de dissuasion, bien sûr, mais il est surtout le corollaire de l'affirmation d'une éthique du sport;
- le décret s'ouvrira, outre les fédérations sportives agréées, aux milieux amateurs (body building, culturisme, salles d'entraînement);
- l'intégration dans une politique globale de la promotion de la santé est développée;

## Echanger des mots pour changer les midis à l'école

Le programme *Midis à l'école* a pour objectif général d'inciter les écoles maternelles et primaires - et leurs partenaires - à construire avec les élèves des projets d'amélioration de leurs temps de midi dans une approche de promotion de la santé et de pédagogie du projet. Le rôle de la Coordination est de renforcer les acteurs et partenaires locaux et de les accompagner en proposant une démarche générale et des outils pour permettre à chaque école de se tailler son projet sur mesure.

Nous avons fait ce choix de stratégie pour deux raisons:

- d'une part, la diversité des situations dans les écoles quel que soit le réseau d'enseignement empêche de penser ce projet d'une manière "prescriptive" en déterminant des actions précises à mener pour arriver à une situation idéale.

- d'autre part, l'équipe de la Coordination cherche à mettre en pratique la promo-

tion de la santé telle que définie dans le programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française: rendre les acteurs éducatifs - y compris les élèves et leurs parents - et les partenaires potentiels "plus capables" d'agir sur le terrain des midis à l'école pour faire des choix plus favorables à la santé des élèves.

Dans cet esprit, le programme propose les ingrédients d'une démarche et non pas un livre de recettes. La Coordination encourage toutes les écoles à s'approprier le programme et les outils pour construire des actions correspondant en priorité aux besoins de santé et de mieux-être des élèves, mais pas seulement des élèves: les adultes acteurs ou partenaires dans et de l'école sont concernés. Sur demande et en soutien d'un projet de classe, la Coordination accompagne l'école inscrite<sup>1</sup> pour construire un projet local ajusté.

Cette manière de voir explique la démarche *Midis à l'école* qui insiste sur les

échanges d'avis et de propositions des élèves et des personnes concernées par ces temps de repas et de récréation. C'est le premier ingrédient. La deuxième priorité est de s'appuyer sur "le partenariat de proximité". Celui-ci se concrétisera à des moments différents suivant les écoles, leurs relations avec la communauté locale, les parents, les acteurs locaux.

Déjà dans des projets coordonnés antérieurement (Zone d'éducation prioritaire de St Gilles, *Arts d'écoles*,...), la Coordination Education/Santé avait développé ce concept "de bon sens" en défendant une "stratégie de territoire" pour mener des projets santé avec les écoles. Cela permet de valoriser les ressources locales, de créer des liens communautaires et d'ouvrir l'école sur son environnement socio-économique et culturel; par exemple, sur le plan de la santé à l'école, les centres PMS/IMS et les centres locaux de promotion de la santé (CLPS) sont les premiers cités comme acteurs et partenaires potentiels pour soutenir la démarche des écoles dans cette phase de construction d'un projet d'amélioration des temps de midi.

Dans l'accompagnement de la Coordination auprès des écoles, les documents et outils produits par le Secteur promotion de la santé et par d'autres secteurs comme celui de l'éducation à l'environnement, à la consommation et au développement sont valorisés pour appuyer l'un ou l'autre aspect travaillé dans la classe ou poursuivre la dynamique vers des Ecoles "ensantées". Citons par exemple les outils du Service éducation pour la santé de la Croix-Rouge, ceux de Question Santé asbl, la revue *Education Santé* et le site [pipsa.org](http://pipsa.org), les vidéos sélectionnées par la Médiathèque ou encore les outils produits par le Réseau Idées, le Crioc, les Magasins du Monde- Oxfam, etc.

### L'origine du projet<sup>2</sup>

En 1999, ce programme d'actions a été approuvé par la Communauté française pour une durée de 5 ans. S'inscrivant dans le cadre de la promotion de la santé, il est coordonné par l'asbl Coordination Education/Santé. Il fait suite au projet "En route pour des Midis à l'école plus agréables" lancé à titre expérimental en septembre 96 à l'initiative de la Ministre Laurette Onkelinx ayant en charge à l'époque la Promotion de la santé, l'Enfance et l'Education. A la base de la conception du programme actuel, il faut relever la participation de représentants de différents secteurs concernés par la thématique: Mouvement parental, IMS-PMS, Enseignement, Education, Enfance, Restauration, Alimentation, Promotion de la santé. Une trentaine de représentants se sont donc réunis à quelques reprises avant et après le lancement du projet pilote. Dans ce contexte, la démarche intersectorielle fait partie du programme et se développe au fil des années; les passerelles avec le secteur de l'Environnement, de la Consommation, la Culture et le secteur de l'Accueil se développent petit à petit.

Relevant au départ d'un souci ministériel d'améliorer les repas en milieu scolaire, le programme propose une approche globale des temps de midi, temps de repas et de récréation. Il faut sans doute lever les crispations immédiates qu'engendre parfois le nom du programme *Midis à l'école*: changer "les midis" pour un mieux vivre des enfants/élèves à l'école, cela peut se penser, se discuter, se préparer, se travailler, se réaliser en dehors du temps de midi!

Un atout du programme: il rentre également dans les préoccupations de la Ministre Nicole Maréchal ayant en charge la Promotion de la santé et l'Aide à la jeunesse, et du Ministre Jean-Marc Nollet, ayant en charge l'Enseignement fondamental, l'Accueil de l'enfance et les missions confiées à l'ONE. La continuité des processus au sein des écoles et la possibilité pour la Coordination de développer la dynamique, sont de ce fait encouragées. Le programme est subsidié par la Communauté française sur base des rapports annuels faisant état de son développement.

<sup>1</sup> S'inscrire pour une classe, pour une école veut simplement dire que l'on signale sa volonté d'entreprendre une démarche pour améliorer les midis à l'école sans savoir encore quoi, ni comment, ni avec qui ou avec quoi! Cela permet alors de bénéficier d'un éventuel accompagnement plus spécifique suivant les besoins du projet qui se construira avec la classe.

<sup>2</sup> Des articles sur les *Midis à l'école* ont été publiés dans *Education Santé*, entre novembre 1996 et juillet 1998: voir les numéros 112, 118, 125, 128, 129.

## Et la Coordination Education/Santé dans tout ça?

Dans le cadre du programme *Midis à l'école*, le rôle de la Coordination est principalement de renforcer cette capacité des acteurs et partenaires d'agir individuellement et collectivement.

Pour ce faire, elle réalise différents types d'action.

### Envois aux écoles

Chaque année scolaire, elle envoie des documents d'information et de sensibilisation à toutes les écoles des différents réseaux d'enseignement maternel, primaire et spécial. Elle envoie la même information aux acteurs éducatifs et aux responsables concernés par les repas ou les récréations de midis. Dans la conception des interventions comme dans les communications auprès des acteurs éducatifs, la Coordination souligne le fait que traiter ce sujet donne non seulement l'occasion de mettre en pratique les missions de l'enseignement telles que définies dans le Décret Missions mais que cela permet aussi d'inscrire le bien-être et la santé des élèves dans l'ordre des priorités de l'école.

**Mme Irène est devenue malade parce qu'elle crie.**

Cela marque la contribution de la Coordination à la diffusion du concept de promotion de la santé et à son application autour du sujet "midis". Cette année le journal *Midis à l'école n° 2* a été diffusé également dans les écoles secondaires. Les écoles inscrites reçoivent l'information pour chaque classe inscrite ainsi que des fiches-outils.

### Conception d'outils à s'approprier

Toujours dans l'objectif de renforcer la capacité d'agir et de faire des choix plus favorables à la santé des élèves à l'école ou dans leurs autres lieux de vie, la Coordination crée des outils sur base des besoins identifiés pour consolider l'un ou l'autre aspect du programme. Ces outils sont



destinés soit aux élèves comme par exemple, les fiches-outils *J'écris à la manière d'un journaliste (reporter-midis)* ou *Je découvre le monde des saveurs*; soit, ils sont élaborés pour renforcer la prise de décision ou les actions des adultes de l'école, comme par exemple la fiche-outil *Récolter les avis* (à paraître en septembre 2000).

Ce sont des outils à s'approprier, à détourner, à réinventer, à expérimenter. Les échanges de pratiques et les besoins déclarés servent à imaginer d'autres outils. L'objectif est bien de soutenir les démarches des classes, des enseignants, des écoles. D'autres outils s'adressent à l'école mais plus largement aux adultes qui ont ou peuvent jouer un rôle éducatif auprès des élèves, auprès des enfants. Ils sont présentés plus loin.

### Sélection d'outils

Bien avant le projet *Midis à l'école*, la Coordination avait entrepris une sélection d'outils pour des actions de promotion de la santé auprès d'enfants et de jeunes. Cette sélection s'est étoffée sur la thématique des midis (repas-récréation) et s'actualise au fur et à mesure. Elle sert à répondre à certaines demandes dans le cadre des projets de classe. Sur base de cette sélection et des besoins identifiés, la Coordination constitue des "midithèques" qui sont octroyées aux écoles participantes: à destination des classes inscrites, mais également pour tout acteur et partenaire de l'école que ce soit dans le cadre d'une action éducative ou de promotion de la santé dans l'école.

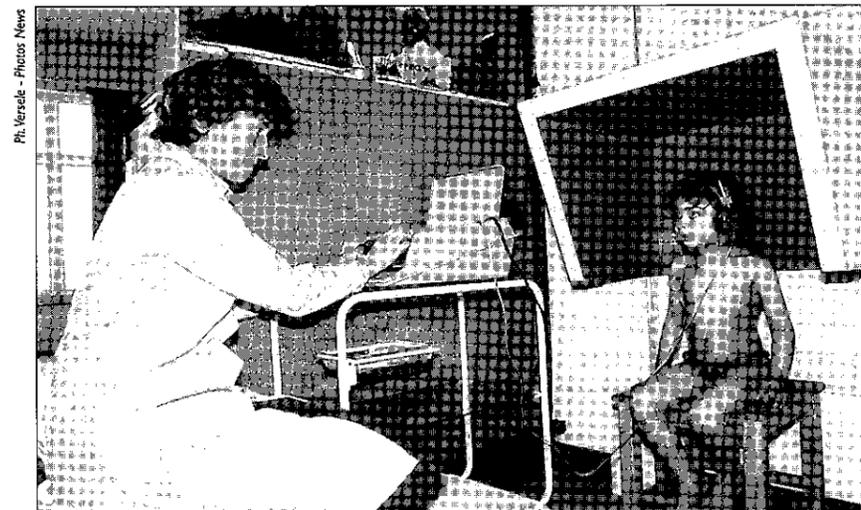
### Actions de diffusion auprès de partenaires potentiels

Les restaurateurs, les parents, les décideurs de menus, les intervenants "santé", les IMS-PMS, les responsables locaux d'associations concernées par l'enfance ou les représentants communaux reçoivent la même information sur le programme que les écoles; ceci dans l'objectif de partager des savoirs et un souci commun d'agir pour améliorer les midis. C'est le cas, par exemple, avec la brochure *Manger, plaisir et santé*, en ce qui concerne l'alimentation et les repas, ou encore avec la fiche outil *Récolter les avis des élèves* en ce qui concerne le processus de changement à implanter. Cette diffusion se fait en continu de manière à ce que les informations, les documents, les outils puissent permettre des échanges avec l'école et créer peut-être le sujet qui va favoriser la rencontre, la collaboration ou le partenariat.

### Interventions auprès des écoles

La Coordination répond aussi aux demandes des classes inscrites, des enseignants ou des partenaires pour accompagner leur démarche de construction de projet. L'idée est d'informer des possibilités locales et de mettre en relation des acteurs locaux ou communautaires au service d'un projet local.

Les propositions d'accompagnement faites aux écoles prévoient des rencontres, des discussions avec les élèves mais aussi avec les adultes concernés ainsi que des interventions d'animation dans l'école ou auprès des partenaires.



L'IMS est pour certains enfants l'unique contact avec le monde médical.

### Une dynamique nouvelle pour soutenir ces objectifs

Les objectifs sont d'augmenter la visibilité du secteur, de soutenir la concertation locale, de favoriser la prise en compte des besoins du terrain et d'alimenter le plan communautaire et de le dynamiser.

Pour atteindre ce but, un "moyen" se déclinera: des conférences locales de promotion de la santé qui se tiendront tous les deux ans en alternance avec une conférence communautaire (inspirée du modèle français): dans les premières, on visera la concertation de toutes les ressources jusqu'au plus proche des populations concernées par les priorités, l'information sur les éléments d'analyse des besoins, sur les cartographies locales et sur des données plus générales, l'actualisation du plan communautaire par le concret, et enfin le programme d'action et les stratégies prioritaires (évaluation à deux ans); dans les secondes, on dégagera les lignes de force des actions et besoins issus du niveau local pour alimenter les travaux du Conseil, on mettra en débat les dossiers pour lesquels il est déterminant qu'une réflexion intersectorielle ou interministérielle soit ouverte ou qu'une démarche de promotion de la santé soit structurellement intégrée par un secteur (école en santé par exemple).

Un comité de pilotage des conférences sera mis en place pour leur opérationnalisation et leur évaluation. Je dégagerai des moyens particuliers pour ce pilotage et pour apporter un soutien logistique complémentaire à la réalisation de ces confé-

rences par les centres locaux. De même, un travail particulier de communication viendra en soutien.

L'intention est bien de faire de cette dynamique un mode de fonctionnement récurrent des structures et plus largement des acteurs de promotion de la santé.

### Les autres compétences préventives

Une série de compétences, dans le champ de la prévention sont régies par des réglementations particulières. Néanmoins, mon approche sera de les inscrire en cohérence dans une perspective de promotion de la santé: Ecole et santé, Sports et santé, Hôpitaux en santé...

Il s'agira bien, comme le recommande la Charte d'Ottawa, de réorienter les services dans des perspectives de promotion de la santé et de travailler à la cohérence de la politique de santé communautaire.

### Ecole et santé, inspection médicale scolaire (IMS)

Pour rappel, c'est la loi de 1964 qui a créé l'IMS. Ces services constituent avec ceux de l'ONE les deux lieux où s'exerce la compétence de prévention médicale collective de la Communauté française auprès des enfants et des jeunes. En médecine scolaire, cette prévention a été organisée sur base des missions suivantes:

- le dépistage des affections physiques et mentales;
- la prophylaxie des maladies transmissibles;
- le dépistage des sources de contamination possibles tant pour le personnel que pour les élèves;

- la collaboration à l'établissement de statistiques;
- la promotion des conditions d'hygiène et de salubrité des bâtiments scolaires.

Depuis 1997, les IMS peuvent organiser des actions de promotion de la santé sur base d'un projet présenté à la Communauté française et élaboré et exécuté en partenariat avec différents acteurs scolaires ou extra scolaires.

Les IMS sont aussi associés sur le plan local aux Centres locaux de promotion de la santé. Ils ont aussi un rôle à jouer dans le cadre du décret relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance (prévention, dépistage et assistance). Enfin, les services IMS sont également cités dans le cadre du décret "missions" du 17 juillet 1997 comme pouvant être cooptés membres du conseil de participation des écoles où ils sont présents.

Il m'est apparu très rapidement que l'IMS était un secteur en souffrance et en difficulté. Des rencontres avec les représentants du secteur m'ont confirmé que, sur la forme et sur le fond, le fonctionnement et le travail des IMS étaient à revoir. D'une part, la réalité des élèves change, les problématiques évoluent (maltraitance, assuétudes, maladies émergentes...). D'autre part, l'image actuelle des services IMS auprès des enfants et des parents est désuète et rébarbative.

On sait qu'aujourd'hui, un bon nombre de familles n'ont plus accès à la médecine. L'IMS représente donc, pour pas mal d'enfants, le seul contact qu'ils pourront établir avec le monde médical. C'est une réalité très grave que l'IMS doit pouvoir rencontrer et qui démontre l'importance de son rôle et de ses missions.

La fin de l'expérience de "rénovation" (qui dura vingt-cinq ans et ne fut jamais évaluée!) a également été douloureusement ressentie par le secteur, parce que non annoncée et non précédée ni suivie d'une réflexion et d'un travail sur le recentrage des missions et la réorganisation du travail des équipes.

J'ai donc organisé un processus de "table ronde" avec les représentants du secteur: infirmières et médecins, pouvoirs organisateurs, syndicats et parents. Avec eux, je travaille à trois axes de développement et de réorganisation des IMS:

- la **définition d'une stratégie** de promotion de la santé des enfants et adolescents (on abordera les relations avec l'é-

ment ouverts à cette approche, pour en tirer des leçons et des éléments de reproductibilité (exemples: les communes de Seraing, Forest, La Louvière...).

### Participation des acteurs

On peut distinguer trois types d'acteur: les usagers, les professionnels et les politiques.

En ce qui concerne les usagers et les groupes d'entraide, je désire favoriser leur participation effective en leur faisant une place dans les dynamiques locales et en leur accordant un espace de parole dans nos conseils. Le mot "participation" peut n'être qu'un slogan si on ne lui donne pas de contenu. Il s'agit de reconnaître les usagers, pas de les inféoder. Une réflexion est en cours avec eux à ce sujet, via la Ligue des usagers des services de santé.

*Si on peut saluer la quantité de données enregistrées, c'est la qualité de la récolte qui pose question. Les données doivent être utiles, utilisables et utilisées.*

En ce qui concerne les professionnels, ils ont dans le secteur un bon niveau d'expertise, qu'il convient de maintenir par la formation, les méthodes de travail et l'assurance de qualité.

Enfin, en ce qui concerne les politiques, j'envisage une campagne dont la première étape sera une sensibilisation des futurs élus communaux, à l'occasion des prochaines élections. Une première rencontre le 17 juin à Namur, "Vers des politiques communales de santé", doit ouvrir cette campagne qui vise à inscrire transversalement la santé dans les préoccupations communales.

Toutes les méthodes doivent privilégier la concertation et la participation d'un plus grand nombre d'acteurs concernés par la problématique traitée.

Des tables rondes ou groupes de travail sur des objectifs précis, feront le point sur des thématiques spécifiques: l'une sur le sida, qui visera à refinaliser un consensus sur les stratégies à développer et repositionner les conseils sida; une autre sur la toxicomanie, qui visera à établir une charte de la prévention (à opposer à une démarche sécuritaire) et des critères d'évaluation et de qualité; une autre enfin

relative au cancer. Les centres anti cancer et d'autres acteurs concernés par le dépistage seront invités à une concertation pour définir un consensus sur les stratégies de prévention du cancer. Le cancer du sein, pour lequel existent déjà des éléments d'une telle démarche, servira de projet pilote et prioritaire.

### Gestion d'une politique de santé en Communauté française

Trois priorités sont définies en matière de gestion d'une politique de santé:

**Améliorer la cohérence politique et organisationnelle des politiques de santé**, c'est-à-dire travailler sur l'articulation avec le fédéral et le régional, l'articulation des soins et de la prévention, l'articulation de la santé avec d'autres secteurs

(petite enfance, emploi, enseignement...) et la clarification des rôles des acteurs (échelonnement et définition des fonctions et des missions).

**Mettre en place des outils de décision et de pilotage**: il s'agit tout d'abord d'établir un système d'information de la santé utile et utilisable en promotion de la santé, mais aussi d'établir une cartographie des programmes d'action pour un pilotage dans le temps plus réel (ce travail est déjà en voie d'aboutissement avec l'Administration) et de revaloriser les rapports d'activité et les comités d'accompagnement.

De façon générale, la récolte des données en Communauté française, et en Belgique plus globalement, est problématique: registres divers (des cancers, des maladies cardio-vasculaires, de mortalité et de natalité), enquêtes de santé, données épidémiologiques des observatoires, tableaux de bord provinciaux... tout cela fait un peu désordre et est difficilement exploitable!

Si on peut saluer la quantité de données enregistrées, c'est la qualité de la récolte qui pose question. Les données doivent être utiles, utilisables et utilisées. Elles doi-

vent permettre d'apprécier les problèmes en terme d'importance, de fréquence, de possibilité d'y donner une réponse et dans quelles conditions. Cela demande une coordination entre les différents niveaux de pouvoir; une harmonisation des données et des méthodes de récolte et une réflexion sur les données nécessaires et dans quel but. Il importe de connaître les besoins pour développer des programmes adéquats.

Au niveau de la Communauté française, un de mes objectifs est la mise en place d'un **système d'information en santé** qui fasse un inventaire et construise un protocole pour mettre toutes nos informations en cohérence.

**Travailler sur les structures actuelles et leur fonctionnement**. Les structures communautaires seront maintenues et sans doute agrées pour cinq ans, de façon à acquérir une certaine stabilité.

Les commissions d'avis des CLPS seront revues, au vu du faible nombre de dossiers qu'elles traitent aujourd'hui et de leur rôle "juge et partie". Il y aura une commission inter CLPS avec un agenda similaire à celui de la commission communautaire. Pas de changement en ce qui concerne le Conseil supérieur de promotion de la santé, sauf un calendrier d'introduction des demandes de subsides à la commission d'avis. Le conseil doit rester un lieu de débat, de recommandations, de gestion de la mission de conseil au ministre.

Enfin, les services conservent les mêmes types de mission, mais plus directement en rapport avec les stratégies que j'ai établies. La possibilité d'ouvrir à terme la reconnaissance comme service communautaire à des acteurs aujourd'hui presque obligés de pervertir leur objet social pour rentrer dans la logique programmatique est à l'étude.

Un document global, un arrêté, est en préparation afin de réglementer ces nouvelles dispositions.

Ce choix de priorités aura un impact budgétaire. Priorité ne veut pas dire exclusivité, mais signifie qu'un montant correspondant à environ 25% du budget programme sera progressivement réservé à des initiatives en rapport avec ces priorités. La commission d'avis introduira, dès leur publicité, ces éléments comme critères complémentaires de qualité. Si nécessaire, je procéderais à des appels d'offre s'il apparaissait trop peu d'initiatives sur ces matières.

Cela n'est possible que pour les classes inscrites et pour soutenir un projet spécifique, qu'il aborde un aspect lié à la nourriture ou aux temps de détente. Une condition préalable est d'avoir pris connaissance des documents du programme, d'avoir entamé une réflexion collective sur la question des midis et de formuler par téléphone ou par écrit, une demande, une question qui pourrait justifier une intervention de notre part ou d'une ressource locale. Cela peut paraître quelque peu "administratif" mais cela renvoie à la démarche "pédagogique" qui consiste à faire préciser à l'élève la question qui pose problème quand celui-ci déclare à l'enseignant(e) "je ne comprends pas" ou "je n'y arrive pas".

**Jouer ensemble.**

### Formations

Depuis 1998, deux formations à un dispositif intitulé **DECE (Dispositif d'Expression Collective des Elèves sur leur vie scolaire)** ont été organisées à l'intention des professionnels des Centres IMS-PMS, des agents D+ (ex ZEP) et intervenants dans les écoles maternelles et primaires. L'objectif poursuivi par la Coordination Education/Santé en organisant ce type de formation est de renforcer la capacité d'agir des acteurs scolaires. Leur position leur permettrait en effet de jouer un rôle important dans l'expression au sein des classes et entre les adultes de l'école. Dans le cas de ce programme, il s'agit de favoriser les échanges autour de la question des midis, des repas et des récréations mais la formation DECE peut être appliquée plus généralement à la vie scolaire.

Le rôle préconisé pour les intervenants n'est pas évident à faire accepter dans une institution comme l'école, organisée le plus souvent sur un mode hiérarchique, même dans les structures de participation mises en place comme les concertations, le Conseil de participation ou encore le Conseil d'élèves. Dans l'encadré, **Françoise Inizan**, formatrice de l'AGASP (Association pour la gestion des activités sociales et psychologiques, France), explique

ce qui fait la spécificité de la méthode qu'elle propose pour recueillir la parole des élèves et organiser les échanges avec les enseignants, la Direction dans l'école et d'autres collectifs impliqués.

### Promotion

La Coordination réalise un travail de promotion du programme, de sa démarche, des points de vue des élèves et de leurs vécus des midis, des actions réalisées dans les écoles. Elle le fait en participant à des événements médiatiques et au travers de formations; grâce aussi à la diffusion très large du Journal "Midis à l'école" n°1 (mai 97) et n°2 (octobre 99) ou encore à la diffusion des documents et outils créés dans le cadre du programme. Les publics sont variés suivant les événements: acteurs scolaires, acteurs de la "société civile", associations éducatives, parents et enfants, professionnel(le)s de santé et bien d'autres acteurs potentiels et effectifs de promotion de la santé au niveau local, régional et communautaire.

### Prospection et lobbying

La Coordination explore et prospecte les secteurs concernés. Chacun a ses enjeux spécifiques et la promotion de la santé n'est pas l'objectif premier de tous. La participation à un projet local autour de la question des midis peut intéresser à des titres divers ces secteurs (restauration, environnement, industrie alimentaire, accueil, formation, éducation à...).

D'initiative ou répondant à la demande, la Coordination établit des liens et développe des stratégies d'action au service de la promotion de la santé à l'école avec les acteurs des secteurs concernés ou avec d'autres associations intéressées par le type de démarche "citoyenne" qui caractérise le programme. Ces partenariats se construisent petit à petit, se matérialisent progressivement: cela prend énormément de temps quand il s'agit de dépasser l'action ponctuelle (qui déjà prend du temps!). Ce travail de partenariat, ce tissage de liens entre des secteurs d'action différents, c'est aussi faire de la promotion de la santé collective et apporter une contribution, aussi modeste soit-elle, à l'établissement d'une politique publique de santé. C'est chercher ensemble comment trouver une place ou être complémentaire dans ce programme en servant "aussi" les intérêts collectifs et en promouvant la santé.

### La recherche de cohérence

Au niveau de l'école, le projet d'amélioration des temps de midi et sa construction avec une ou plusieurs classes doivent être cohérents avec les principes éducatifs, le projet d'établissement de l'école et les objectifs pédagogiques de l'enseignant.

Plus globalement, il s'agit d'assurer une cohérence avec les missions de l'enseignement et les mesures mises en place dans les écoles.

Tant au niveau de l'école que de la Coordination, le défi consiste à bien articuler les initiatives, les propositions des partenaires avec la démarche de projet enclenchée par l'école en respectant les caractéristiques d'une approche de promotion de la santé: participation des élèves et des acteurs concernés, intersectorialité, regard global sur la situation et ses déterminants, développement durable du processus enclenché.

La cohérence, c'est un questionnement permanent sur ce qu'on fait, comment on le fait, à qui cela sert, pour quoi on le fait, avec qui on le fait, ce que cela donne...

### Un arrosage fertile?

L'école est un lieu d'apprentissage de la lecture et de l'écriture entre autres matières. Nous avons adopté ces mêmes compétences pour communiquer avec l'école dans un premier temps. Cela a donné - c'est vrai - un arrosage systématique de documents et d'outils pour inviter les écoles et leur donner envie de souscrire à cette idée de changer les midis en moments plus agréables. Le projet pilote s'intitulait "En route pour des midis à l'école plus agréables" 1997-98 pour insister sur le fait que s'embarquer dans cette démarche de promotion de la santé prenait du temps et était un processus dynamique.

Après 4 ans de cet arrosage dans toutes les écoles maternelles et primaires (et plus récemment les secondaires) et auprès des partenaires potentiels, qu'est-ce qui a changé?

**Que le réfectoire soit un peu plus propre.**

Pour répondre à cette question, nous nous basons sur les données récoltées dans nos échanges avec les écoles et les classes inscrites et également sur les résultats d'une enquête permanente "A propos des midis" que nous avons demandé à chaque école de renvoyer afin de pouvoir relayer les besoins collectifs identifiés de la sorte auprès des décideurs. Cela aidera à l'élaboration de recommandations pour améliorer les midis dans les écoles en mettant le bien-être et la santé des élèves au centre des préoccupations.

Que remarquons-nous?

### Les Midis à l'école sont à l'ordre du jour

Le sujet est maintenant à l'agenda de débats, de concertations, de réunions dans les écoles inscrites ou non inscrites. Dans la démarche proposée aux écoles, la concertation des élèves sur ce qu'ils vivent pendant ces temps de midi et les échanges avec les personnes qui travaillent dans l'école sur ce temps de midi sont essentiels.

Le slogan de l'affiche "Les midis à l'école: en parler pour changer" est d'actualité. Il reste encore et toujours à renforcer l'appropriation du projet par les élèves. Ce sont les échanges dans la classe qui vont permettre de dégager des priorités. Celles-ci seront ensuite une occasion d'apprentissages et de découvertes en classe avec l'enseignant.

Dans une école (Industrie à Seraing), l'année scolaire se clôture avec la mise sur pied d'un self service tartines mené par les élèves de 5e/6e primaire. Cette école travaille au projet depuis 3 ans.

Dans une autre école (Pierre Lairin à Bruxelles), des animations DECE (voir encadré) ont été réalisées par la Coordination dans 3 classes: les élèves ont échangé entre eux sur la question des repas et des récréations. Des communications d'une synthèse ont été faites par l'animatrice-médiatrice: les dames de la cantine, les surveillant(e)s, les enseignant(e)s, la Direction ont ainsi eu à se concerter par groupe et à répondre aux élèves. Ce va-et-vient d'échanges s'est déroulé pendant près d'une année scolaire. Il s'inscrivait dans une dynamique d'école qui a mis comme priorité dans son projet d'établissement la citoyenneté. L'expérience aura permis de vivre des moments d'expression démocratique dans l'école.

Une école (Sacré Cœur à Marcinelle) a travaillé la démarche "midis", avec les outils remis, abordant avec les maternelles la question des repas, de la circulation de la classe au réfectoire pour aboutir à la construction de son projet avec les élèves. Les échos transmis par la classe témoignent du fait que ce processus d'appropriation que nous proposons dans le programme est tout à fait réalisable.

### Qui parle des Midis à l'école?

La question des midis est un sujet qui suscite des échanges. L'enquête permanente que nous menons auprès des écoles depuis mars 1999 indique que le thème des repas et celui des récréations est abordé dans de nombreuses réunions entre différents acteurs de l'école. Le tableau suivant montre que sur 160 écoles, ce sujet est débattu en réunion d'enseignants et de personnel principalement; cela peut se comprendre étant donné l'implication de chacun dans ces moments soit qu'il les vit en tant que travailleur ou en assume les conséquences en tant qu'éducateur pour la suite de la journée scolaire.

Les parents aussi en parlent: le sujet des "midis à l'école" concerne leurs enfants, leur éducation, leur socialisation et leur santé. Les pouvoirs organisateurs ne sont pas non plus indifférents, sur qui reposent souvent les décisions concernant les améliorations d'espaces de repas et de récréation, l'encadrement de ces moments d'accueil midis, les alternatives d'activités, le choix du traiteur et le rapport qualité/prix des menus offerts dans l'école, ou encore les décisions d'organisation et de formation du personnel d'encadrement de ce moment d'accueil dit extra-scolaire.

Le code de qualité de l'accueil applicable à toute structure accueillant des enfants de 0-12 ans tout comme les contrats locaux pour l'enfance (CLE) que coordonneront les communes concernent également les temps de midi dans les écoles, ce qui s'y passe, avec qui, comment. Au même titre que les moments d'accueil du matin ou de l'après-midi, les midis à l'école seront soumis aux mêmes objectifs de qualité et feront partie du projet d'accueil concerté par les intervenants, représentants et élus locaux.

Les élèves aussi ont leur mot à dire même si c'est encore trop rare: dans une école sur 4 on parle des midis dans les conseils d'élèves que ce soit sur des aspects de repas ou de récréation. La même proportion se retrouve pour les réunions de parents, les conseils de participation et les réunions avec les pouvoirs organisateurs. Le sujet est donc à l'honneur. Cela semble moins être le cas du côté des centres IMS ou PMS ou en tous les cas, c'est ce que déclare la direction de l'école à propos des réunions qu'elle tient avec les interlocuteurs de ces centres. Cela peut tenir à la nature de la relation entre ces deux institutions mais aussi à une insuffisante valorisation de part et d'autre du partenariat que peuvent jouer ces professionnels dans le cadre de la santé scolaire.

### Quelques chiffres en conclusion

Les Midis à l'école, ce sont depuis septembre 96 et en date du 31 mars 2000, 148 écoles qui ont choisi de signaler à la Coordination Education/Santé qu'elles souscrivent à l'idée d'un changement pour amé-

Il faut rappeler que l'épidémie n'est pas sous contrôle (chaque jour, deux nouveaux cas sont dépistés) et que la banalisation du sida, suite à l'impact des multithérapies sur les comportements, affaiblit les stratégies de prévention.

Le développement de l'épidémie et des capacités thérapeutiques implique un ajustement des stratégies de prévention et, parallèlement, l'interrogation avec les professionnels du secteur sur les structures actuelles et la place de la prévention du sida dans le champ général de la promotion de la santé.

En ce qui concerne l'ajustement des stratégies, on peut résumer en cinq points les priorités:

- ancrer la prévention du sida en profondeur, c'est-à-dire favoriser le travail de prévention des acteurs de terrain et poursuivre encore et toujours le travail d'information et de sensibilisation à propos du sida;
- poursuivre les campagnes médiatiques de prévention du sida et de solidarité avec les personnes séropositives et malades;
- assurer aux personnes qui le souhaitent un dépistage du sida dans les meilleures conditions d'accueil et d'accompagnement;
- surveiller attentivement l'évolution de cette épidémie afin de repérer le plus rapidement possible les personnes en difficulté vis-à-vis de la prévention du sida et diriger les efforts de prévention vers ceux-ci;
- maintenir et renforcer la solidarité avec les personnes séropositives et malades du sida.

En ce qui concerne l'interrogation avec les professionnels du secteur, une table ronde va donc être organisée, afin de préciser la

place de chacun des intervenants dans des stratégies de maintien de la vigilance et d'information générale vis-à-vis de l'infection et des stratégies particulières vis-à-vis de groupes plus vulnérables de la population.

### Pour une approche globale

#### La priorité des priorités

Plusieurs travaux récents démontrent l'impact des facteurs sociaux sur la santé. Le récent rapport Peers confirme les inégalités des catégories sociales devant la santé dans notre pays. On connaît aussi l'importance du niveau d'éducation et la qualité de l'estime de soi. Ce rapport entre les conditions d'existence et la qualité de vie des individus sera le fil rouge de mes actions en santé.

Le programme quinquennal évoque déjà l'importance de prendre en compte les populations précarisées ou fragilisées. Je souhaite faire de l'action sur l'environnement social et les conditions de précarité ou de fragilisation un axe majeur de développement des programmes d'intervention. Les principes d'équité et de solidarité, de respect des individus et des collectivités dans un environnement favorable, tant sur le plan physique que sur le plan des liens sociaux, seront des guides pour la politique de promotion de la santé que je souhaite mener.

Ce travail n'est pas simple et requiert une stratégie complexe. Le discours ne suffit pas! L'approche nécessite à la fois une action politique sur le social et l'emploi, une action éducative adaptée culturellement, un renforcement de l'accessibilité des ser-

vices, une mobilisation communautaire des acteurs. Ceci montre bien que si cette priorité s'impose à moi et qu'aucune thématique n'y échappe, elle mérite un travail prioritaire que je demanderai au Conseil supérieur de promotion de la santé de mettre en chantier parallèlement à l'élaboration du nouveau plan communautaire.

On pourrait préciser ces orientations politiques via cinq axes prioritaires qui devront les soutenir et sont exprimés en terme de:

- population et milieu de vie;
- stratégies de promotion de la santé;
- participation des acteurs;
- gestion d'une politique de promotion de la santé;
- dynamique politique.

### Quatre priorités en matière de milieu de vie et de populations

D'abord vis-à-vis des jeunes et des enfants en globalisant l'intervention dans les écoles et hors de l'école (alimentation, assuétudes, sexualité, violence, respect de soi, MST, sida...).

Ensuite vis-à-vis de l'environnement physique, à travers trois axes: les pollutions intérieures et les facteurs de risques domestiques; le bruit; le programme de suivi médical de la population exposée à la pollution de la décharge de Mellery.

Ensuite vis-à-vis de l'environnement professionnel (la santé au travail): le stress, l'ergonomie, l'alcool, l'abus de médicaments, les conditions sociales.

Enfin vis-à-vis des quartiers en difficultés: lien social, situation sociale, publics fragilisés, tissu urbain, convivialité et plus généralement, les rapports "villes/communes et santé".

### Stratégie de promotion de la santé

La spécificité de la promotion de la santé est bien l'approche pluristratégique, en référence à la Charte d'Ottawa. Cependant, certaines stratégies sont moins développées que d'autres en Communauté française. Ainsi, la mise en place de politiques publiques saines, l'action communautaire et la réorientation des services vers des objectifs de promotion de la santé. Ces dynamiques seront donc privilégiées.

Une table ronde relative aux actions communautaire en santé sera proposée aux promoteurs de programmes principale-

#### Dynamique de concertation au sujet des midis à l'école (160 écoles)

Types de réunion	Thème des repas		Thème des récréations	
	écoles	%	écoles	%
Concertations enseignants	98	61	98	61
Conseils de participation	45	28	41	26
Conseils d'élèves	41	26	48	30
Réunions avec l'IMS-PMS	15	9	7	4
Réunions avec le pouvoir organisateur	49	30	39	24
Réunions avec l'Inspection	10	6	14	9
Réunions du personnel	60	37	56	35
Réunions avec les parents	42	26	42	26

Source: Questionnaire "A propos des midis" (mars 2000)



Les publics fragilisés bénéficieront d'une attention particulière.

actif et a pour objectif de lui donner les moyens, sur base de ses propres expériences, de devenir, lui ou son groupe, acteur de sa santé et, plus globalement, de sa qualité de vie.

Il y a donc une **dimension participative active**. Il y a une responsabilisation de la personne ou du groupe, qui intègrent le fait que leurs choix ont des incidences sur leur état de santé et leur qualité de vie. La promotion de la santé doit amener chacun à développer des interventions sur son propre environnement. Il y a donc là un objectif émancipateur et de citoyenneté active.

Autre dimension beaucoup plus riche que dans la seule prévention: **la prise en compte de l'environnement global de la personne ou du groupe**. Environnement social, culturel, familial, professionnel, mais aussi environnement physique: conditions de logement, de déplacement, pollutions dans la maison ou à proximité. On est donc dans **une logique de proximité** mais aussi de **prise en compte de ressources bien plus larges que celles du seul secteur médical**.

Si les déterminants sont multiples, plusieurs secteurs de la vie sociale sont évidemment interpellés: éducation, emploi, culture... deviennent des leviers de santé. Je compte donc interpellier les compétences ministérielles éparses afin qu'elles introduisent progressivement la santé dans leurs préoccupations.

## Je souhaite faire de l'action sur l'environnement social et les conditions de précarité ou de fragilisation un axe majeur de développement des programmes d'intervention.

Ce concept de promotion de la santé est celui qui aujourd'hui anime toutes les interventions santé de la Communauté française, même s'il trouve plus particulièrement à s'appliquer via les subsides aux projets (environ 170 millions) et le Programme quinquennal. Reconnaissons cependant qu'en l'état actuel, le décret et les structures qu'il a créées offrent des perspectives intéressantes, mais à peine ébauchées. Il s'agit donc maintenant de faire en sorte que ces textes et ces structures deviennent des éléments actifs, opérationnels, de promotion de la santé et d'amé-



Les jeunes sont toujours un public prioritaire.

**lioration de la qualité de la vie de la population, ce qui est la finalité du système.**

### Les structures de promotion de la santé

La Communauté française s'est dotée de structures pour soutenir sa politique de promotion de la santé: un Conseil supérieur (et ses groupes de travail), quatre services communautaires (PROMES, de l'ULB, traitant surtout les données; RESO, de l'UCL, chargé de la documentation; APES, de l'ULg, travaillant sur l'évaluation des projets; Question Santé, spécialisé en communication) et de dix Centres locaux de promotion de la santé (CLPS).

Le Conseil supérieur de promotion de la santé est un organe d'avis et de conseil au Gouvernement. Il participe à l'élaboration du programme quinquennal de promotion de la santé.

Les Services communautaires ont pour mission d'apporter une expertise et un support méthodologique au Gouvernement et aux promoteurs des programmes.

Les CLPS sont constitués en asbl et regroupent différents acteurs locaux (provinces, IMS, ONE, associations...). Ces or-

ganismes sont agréés et subsidiés par la Communauté française. Ils sont chargés d'organiser la concertation des acteurs de terrain et de leur apporter une aide méthodologique. Ils ont aussi pour mission de mettre en œuvre le programme quinquennal au plan local, et d'identifier l'évolution des besoins locaux.

Ces structures sont très récentes, imprégnées des difficultés de la phase d'installation et donc encore insuffisamment opérationnelles.

De plus, le décret de 1997 a mis fin à d'anciens outils communautaires, qui doivent désormais s'inscrire dans le cadre de la promotion de la santé, par exemple en soumettant des projets à l'avis des CLPS ou du Conseil supérieur.

Cette transition a parfois été mal vécue, comme une perte d'autonomie ou de pouvoir.

Des rencontres régulières m'ont cependant mise en contact avec un secteur de professionnels compétents, de plus en plus qualifiés et très motivés par le travail à accomplir. Leurs forces vives seront indispensables pour faire vivre le concept de promotion de la santé concrètement et au quotidien.

### Les structures de lutte contre le sida

Les structures sida ont connu des sorts divers: l'Agence de prévention du sida a été dissoute et une partie du personnel a réintégré l'administration. Deux Conseils sont en place: un Conseil consultatif et un Conseil éthique et scientifique de prévention du sida.

liorer leur midi. Ce sont 282 autres écoles qui ont fait un geste auprès de la Coordination soit pour discuter, demander d'autres documents, ou pour répondre à notre enquête. Ce sont près de 300 personnes, associations, représentants divers qui ont pris contact avec la Coordination

pour s'informer et obtenir des outils. Les *Midis à l'école?* un nom de projet local, un nom de programme, une dynamique à lancer, une démarche à consolider; à accompagner, un sujet de travail, une question à creuser, un moment où les élèves mangent et où ils jouent... Une belle tran-

che de vie entre deux périodes d'activités scolaires!

**Cristine Deliens**, Coordinatrice du programme *Midis à l'école* ■

Téllfax/rép.: 02.538.23.73. Mèl: midis.eco-les@beon.be

## Que propose le DECE<sup>3</sup>?

### Le Dispositif d'Expression Collective des Elèves sur leur vie scolaire en bref

Le cadre d'application est la classe en lien avec ses autres partenaires. Dans le cadre des *Midis*, les agents de midi sont aussi des partenaires prioritaires à côté de la Direction de l'école et bien sûr des enseignants.

**Tous les élèves de la classe sont concernés.** Ils vont échanger entre eux au sujet de leur vécu et se découvrir comme appartenant à un même collectif (la classe n'est plus alors une simple juxtaposition d'individus).

**Les élèves se réunissent sous la responsabilité d'un animateur-régulateur de parole** qui ne saurait en aucun cas être un enseignant. L'enseignant est nécessairement, de par sa fonction, en situation de pouvoir face à l'élève et, malgré toute sa bonne volonté, ne peut pas permettre une expression libre des élèves. L'animateur doit être hors fonction pédagogique ou disciplinaire. Nous avons pressenti comme animateurs-régulateurs de parole en France, les Conseillers d'orientation-psychologues et en Belgique, les agents PMS, les agents Zep, les médiateurs intervenants dans les écoles. Les élèves sont répartis en petits groupes, par ordre alphabétique (il ne s'agit pas de groupes d'affinités).

**Ils se concertent** sur les sujets qu'ils désirent concernant leur vie scolaire (ou autour d'un thème, tel les *Midis*). Ils échantonnent ainsi, libres de leur pensée, au sein de leur groupe.

Chacun donne son point de vue, le confronte à celui des autres, argumente. Ce temps se termine par un texte porteur de la réflexion du groupe, des idées des uns et des autres. L'animateur est juste là pour maintenir les conditions d'une réflexion satisfaisante.

Chaque groupe rapporte son texte, oralement, devant les autres groupes qui sont tenus de l'écouter sans intervenir. L'animateur régule la parole, fait préciser ce qui peut être confus et il note tout cela sur des affiches au tableau. Il en fait alors une **synthèse pour la classe** puis il travaille avec la classe à construire **une synthèse de ce qu'elle souhaite communiquer à ses partenaires**.

**L'animateur devient alors médiateur et communique** oralement, au cours d'une réunion spécifique, cette parole des élèves aux enseignants, réunis entre eux (d'autres réunions peuvent avoir lieu avec les autres partenaires). Au cours de ces séances, animateur, il note

ce qui se discute en réaction à la parole des élèves. Une synthèse est faite que, médiateur, il rapportera aux élèves quelque temps après.

**La concertation reprend** alors entre les élèves, suivie d'une autre communication, ceci au moins **3 ou 4 fois par an**.

La socialisation se construit dans ce travail à long terme où l'on apprend à parler, à se parler, à se taire, à confronter sa parole à celle des autres, ses désirs à la réalité. Des changements en découleront inévitablement.

Ce qui est central en terme de socialisation, c'est la concertation des élèves entre eux: la communication en est le complément indispensable mais elle n'en est pas la finalité. Elle lui donne sens et permet d'intégrer par les réponses qui sont données aux élèves des éléments de réalité (il ne s'agit pas seulement de critiquer, de revendiquer). Des propositions responsables peuvent alors s'élaborer.

**Francoise Inizan**, formatrice AGASP

<sup>3</sup> Cette méthode est exposée dans son intégralité théorique et pratique dans: "La démocratie dans l'école" de Claire Rueff-Escoubes, Ed. Syros, Paris, 1997.

## Accessibilité des soins de santé

### Une étude des Mutualités socialistes

**L**a prévention est le parent (très) pauvre du système de soins de santé en Belgique. Pour 1000 F consacré par l'Etat fédéral à des prestations essentiellement curatives, la Communauté française dépense 1 F en promotion de la santé. Cela étant rappelé, d'aucuns affirment néanmoins que notre système de protection sociale montre aujourd'hui ses limites, et que les groupes les

moins favorisés ont un accès de plus en plus problématique aux soins de santé.

Une étude réalisée par la Mutualité socialiste auprès de ses affiliés wallons vient confirmer cette hypothèse.

### Une enquête auprès des familles

Les mutualités disposent d'un grand nombre d'informations sur la consommation sanitaire de leurs membres. Par contre, leurs données sont forcément muettes lorsque des affiliés doivent renoncer à se

faire soigner, ou reporter à plus tard un traitement qui devrait intervenir immédiatement.

Pour mieux apprécier ce problème, les assistantes sociales de la mutualité ont effectué une enquête en mai et juin 1999 auprès d'un échantillon d'affiliés sélectionnés selon deux critères:

- géographique (317 ménages, soit 925 personnes réparties entre les dix mutualités régionales);
- socio-économique (minimisés, chômeurs depuis plus de 120 jours, actifs à

bas revenus). Ces catégories représentent environ 1/3 des affiliés de la Mutualité socialiste.

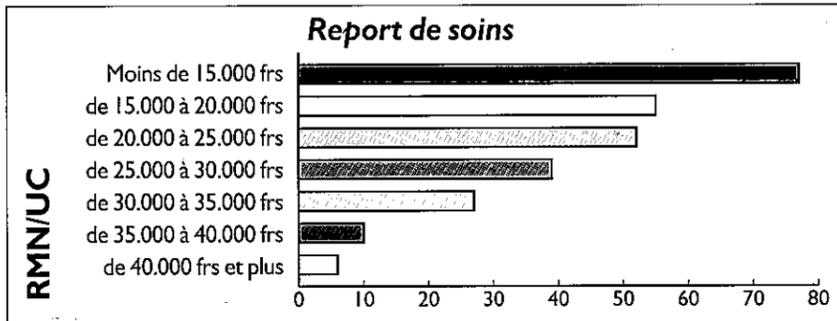
Il fallait aussi que les membres des ménages sélectionnés aient été malades au cours des six derniers mois, ou hospitalisés au cours des douze derniers mois.

L'originalité de la méthode utilisée est multiple:

- elle se base sur de petits échantillons combinés à l'analyse d'entretiens face à face;
- elle prend en compte l'ensemble des membres du ménage, et pas seulement la personne interrogée;
- le recueil d'informations est réalisé par des professionnels;
- une dimension 'action' est présente: lors des interviews, les assistantes sociales sont amenées à apporter une aide aux ménages;
- les résultats sont confrontés à la perception des assistantes sociales elles-mêmes;
- une comparaison avec l'enquête de santé nationale de 1997 est possible.

### Les principaux résultats

Il y a une relation évidente entre le niveau de revenu et le report de soins. 77% des personnes ayant un revenu mensuel infé-



rieur à 15.000 F déclarent avoir dû retarder des soins, pour 6% seulement de celles ayant au moins 40.000 F par mois. Les chiffres sont éloquentes.

Les personnes interrogées attribuent bien à des difficultés matérielles le non recours ou le report de soins. Elles sont obligées d'établir des priorités entre les différents postes du budget du ménage, et renoncent à ce qu'elles considèrent comme des 'soins de luxe', comme par exemple des soins dentaires ou l'achat de lunettes!

Report de soins ne signifie pas pour autant absence de contact avec le système de santé, au contraire. Ainsi, 38% des ménages déclarent une hospitalisation au cours de l'année précédant l'enquête, et 80% des ménages déclarent consommer des médicaments au moment de l'enquête.

te, pour un coût moyen supérieur à celui qui était pointé dans l'enquête de santé par interview de l'Institut scientifique de santé publique Louis Pasteur.

L'enquête relève aussi la difficulté pour ces personnes de s'y retrouver dans l'offre de soins et la multiplicité des dispositifs d'aide sociale.

En conclusion, les auteurs de l'étude rappellent cette évidence qui mérite d'être soulignée une fois de plus: pour produire de la santé, une société doit produire autre chose que des soins...

### C.D.B. ■

Référence: MARTIN Pascale et coll., *Accessibilité et report de soins de santé: outils et analyses, rapport scientifique, UNMS, Bruxelles, 1999, 115 p.*

## Familles et personnes âgées, des liens à protéger

L'allongement constant de l'espérance de vie permet à beaucoup de personnes d'atteindre un âge inespéré pour les générations précédentes. Cependant, cette durée de vie plus longue peut engendrer des difficultés. En effet, l'offre de services d'aide et d'accueil destinés aux personnes âgées n'a pas suivi la même courbe ascendante et reste insuffisante par rapport aux besoins. Parallèlement, diverses évolutions socio-démographiques ont diminué le potentiel de soins provenant de la famille et modifié les formes que peut prendre la solidarité familiale. De manière générale, notre société a parfois du mal à intégrer les plus âgés.

Malgré ce contexte difficile, les réseaux familiaux apportent à la plupart des personnes âgées une aide précieuse, complémentaire à la solidarité socialement organisée. Selon les moyens financiers, l'état de santé

ou le degré d'autonomie de la personne âgée, l'entourage tente de trouver les réponses les plus adéquates à ses besoins d'assistance. Mais il arrive que la famille se retrouve extrêmement démunie face à la maladie ou au handicap de l'un de ses membres et, pour des raisons diverses, ait du mal à l'assumer.

La violence familiale à l'égard des personnes âgées est une réalité qu'il ne faut ni nier, ni dramatiser, mais dont il faut tenter de prendre l'exacte mesure. Dans une société qui tend à refouler tout ce qui touche de près ou de loin au handicap et à la mort, il y a incontestablement un tabou à lever. Le fait de parler ouvertement du sujet, en respectant sa complexité, est un préalable à la mise en œuvre de réponses appropriées. Plus en amont, la promotion du statut et du rôle social de la personne âgée, de même que le soutien des familles, jouent un rôle préventif essentiel.

### L'appel aux projets

C'est dans cet esprit que la Fondation Roi Baudouin a lancé un appel aux projets intitulé *Familles et personnes âgées: des liens à protéger*.

L'appel avait pour but d'appuyer des initiatives qui préservent ou restaurent les mécanismes de solidarité familiale envers les plus âgés. Les projets pouvaient viser soit la prévention, soit le traitement des difficultés qui, survenant au sein de l'entité familiale, sont susceptibles de générer l'une ou l'autre forme de violence à l'égard des personnes âgées.

Sur les 154 projets qui lui ont été soumis, la Fondation en a retenu 20, 13 flamands et 7 francophones, pour un montant de 5.400.000 F (133.862 euros).

Le jury a privilégié des actions de terrain, menées pour la plupart par des associations déjà familiarisées avec la probléma-

tique. On peut dégager quatre types d'initiatives:

- aide aux intervenants professionnels pour prévenir les situations difficiles ou réagir de manière appropriée (formations, lieux de parole, coordination sur un territoire donné, développement de réseau);
- aide aux personnes âgées elles-mêmes (bénévolat, cellule d'aide, permanence téléphonique);
- soutien aux familles, en particulier en cas de démence sénile;
- plus en amont, appréhension des difficultés vécues par les personnes âgées et leurs familles afin de soutenir activement les aidants naturels des personnes âgées.

Un dossier décrivant les réalisations concrètes des projets aidés par la Fondation est maintenant disponible.

Pour de plus amples informations: Anne Bruwier, Fondation Roi Baudouin, rue Bréderode 21, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 549 02 82. Fax: 02 549 03 11. Mél: [bruwier.a@kbs-frb.be](mailto:bruwier.a@kbs-frb.be).

### Appel à projets 'santé'

Le Fonds Johnson & Johnson pour la santé entend soutenir des initiatives axées sur l'humanisation des soins de santé, principalement vis-à-vis d'enfants ou d'adultes très exposés. Il s'attache à trois domaines prioritaires: les soins à l'hôpital, de quartier ou à domicile. Ni la technique médicale ni les projets purement sociaux n'entrent en ligne de compte.

Chaque projet peut bénéficier d'une aide maximale de 25.000 euros (1.000.000 F).

Le Fonds cherche à moyen terme à remplir une fonction de signal en attirant l'attention sur des besoins négligés pour lesquels aucune forme de subvention n'est prévue. Il s'intéresse à des domaines comme les soins palliatifs, la psychiatrie, la démence, l'autisme, le diabète et d'autres affections chroniques.



A partir de cette année, l'appel à projets devient permanent, et un jury indépendant sélectionnera les candidatures deux fois par an.

Pour en savoir plus et obtenir le formulaire de candidature, vous pouvez appeler le Centre de diffusion de la Fondation Roi Baudouin, au 070 233 065, fax 070 233 727, mél [proj@kbs-frb.be](mailto:proj@kbs-frb.be). Ce document peut aussi être obtenu directement via le site [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be).

## Stratégies

### Les priorités de législature en promotion de la santé

Après quelques mois de prise de contact avec les acteurs et d'étude des dossiers, la **Ministre de la santé de la Communauté française, Nicole Maréchal, vient d'arrêter ses priorités politiques.**

**Le lecteur remarquera la volonté de la Ministre de faire de la promotion de la santé le fil rouge (ou plutôt vert?) traversant ses compétences en matière de santé, ce qui est une excellente façon de populariser ce concept innovant.**

**L'importance de ses choix n'échappera à personne, c'est pourquoi vous trouverez ci-dessous l'intégralité de sa note politique élaborée en mai 2000.**

Pour travailler sur les lignes de force et les stratégies que je compte développer en matière de promotion de la santé, je me suis inspirée de plusieurs sources: notamment la Déclaration de politique communautaire, les recommandations de la

Charte d'Ottawa, ainsi que les documents produits par le Conseil supérieur de promotion de la santé de la Communauté française, particulièrement le Programme quinquennal.

Les compétences couvertes par la casquette "santé" sont extrêmement variées et le budget pour les couvrir est très restreint. Cette réalité est aussi une contrainte avec laquelle il faut compter lorsqu'on établit des priorités. En gros, un milliard cent millions de francs sont mobilisables pour tout ce qui a trait à la prévention, dont les champs spécifiques d'intervention de la Communauté française sont: l'inspection médicale scolaire, la lutte contre le sida, la tuberculose et le dopage, les vaccinations, les registres des cancers et maladies cardio-vasculaires, la prévention du cancer du sein, la participation aux enquêtes santé, les projets "promotion de la santé", etc. Faut-il redire que par ailleurs plus de 500 milliards sont mobilisés en Belgique pour les soins curatifs, de compétence fédérale?

Depuis la publication de la Charte d'Ottawa, en 1986, un consensus s'élabore au plan international pour une diversification des stratégies en promotion de la santé. Le Conseil de l'Europe lui emboîte le pas dans sa note de décembre 1999 précisant ses critères pour une politique préventive et de promotion de la santé.

### Qu'est-ce que la promotion de la santé?

Ce concept est défini par un décret de la Communauté française, voté en 1997 à l'unanimité. Il élargit la notion de prévention par une approche beaucoup plus dynamique, plus enthousiasmante, mais aussi plus ambitieuse. Les actions d'éducation santé strictes sont en effet la plupart du temps moralisatrices, voire culpabilisantes. Le patient les reçoit comme un conseil paternaliste et son avis ou ses compétences ne sont pas pris en compte.

La promotion de la santé va plus loin. Elle considère la personne ou le groupe auquel il appartient comme un interlocuteur