



La prévention est sous-développée en Belgique

Le programme de dépistage du cancer colorectal

Premier bilan après six mois de fonctionnement

Pour rappel, l'objectif du programme est de réduire la mortalité par cancer colorectal. Son utilité ne faisait aucun doute vu la fréquence et la gravité potentielle de cette maladie dans les pays à forte incidence comme la Belgique. Il nous a semblé intéressant d'observer dans quelle mesure ce programme est reçu et utilisé par la population après six mois de fonctionnement. Quelle est l'implication des médecins généralistes ? Pour en savoir plus, nous avons rencontré Michel Candeur, responsable du programme en Communauté française.

Bernadette Taeymans : Michel Candeur, quel est le bilan que vous pouvez dresser après ces six premiers mois de fonctionnement ?

Michel Candeur : Quelques chiffres tout d'abord. Sur les 6 premiers mois, nous avons eu 18.906 personnes touchées par le programme. Parmi elles, 17.925 ont effectué le test Hemoccult.

Parmi ces tests, 488 tests étaient positifs soit 2,7 %. Ce qui est un taux tout à fait satisfaisant sachant qu'au lancement d'un tel programme le pourcentage de tests positifs attendus se situe entre 2,5 et 3 %.

Lors de l'anamnèse effectuée par le médecin généraliste, 981 personnes ont été détectées comme à risque et sont par conséquent rentrées dans le programme par la filière « coloscopie », soit environ 5 %. Ce taux est nettement inférieur à ce qui avait été estimé lors de l'élaboration du programme puisque le pourcentage attendu n'était pas loin de 20 %. Il est vrai que ce taux ne tenait pas compte des personnes déjà suivies préalablement. Mais peut-être certains médecins n'orientent-ils pas les personnes à risque vers la coloscopie ou, s'ils les orientent, ne les intègrent-ils pas dans le programme ?

Il est donc sans doute utile de rappeler que le programme a aussi pour objectif d'intégrer les personnes à risque via la filière de la coloscopie et d'en assurer le suivi, par exemple

par l'enregistrement des résultats des examens ou l'envoi d'une nouvelle invitation à l'échéance attendue.

B.T.: Que dire du taux de participation de la population ?

M.C.: Il faut savoir qu'en 6 mois nous avons envoyé 257.000 invitations. Le taux de participation est de 7,4 % ce qui est bien entendu encore insuffisant par rapport à notre objectif de 30 % de participation après un premier cycle de deux ans de fonctionnement. Il est vrai que durant ces premiers mois, il a fallu le temps de faire connaître le programme, de roder le système tant pour les patients que pour les médecins généralistes. Il faut savoir aussi que les invitations pour la Région bruxelloise n'ont démarré qu'en mai, soit trois mois après le début du programme.

B.T.: Pouvez-vous nous parler de la participation des médecins dans le programme ?

M.C.: Sur ce plan-là, nous sommes plutôt satisfaits, la participation des médecins généralistes est vraiment très importante. Sur environ 7000 médecins généralistes actifs en Communauté française, plus de 4000 ont déjà au moins un de leurs patients qui est repris dans le programme.

Sur les 6 premiers mois, près de 60 % de médecins généralistes ont été actifs. Ce qui témoigne d'une grande implication des médecins généralistes dans ce programme. C'est probablement le résultat de la concertation lors de l'élaboration du programme ainsi que des effets de tout le processus de sensibilisation, d'information et de formation qui a été proposé aux médecins durant l'année qui précédait le lancement du programme.

Certains médecins généralistes sont vraiment très actifs et proposent le dépistage de façon quasi systématique, et ont déjà une centaine de leurs patients intégrés dans le programme. C'est l'occasion de rappeler que le médecin généraliste peut proposer le dépistage de sa

propre initiative à son patient. Si un conjoint vient consulter son médecin parce qu'il a reçu une invitation, le médecin généraliste peut d'emblée proposer à l'autre conjoint de participer au programme. Il ne faut pas attendre l'invitation.

Par ailleurs, en cas de test positif, le médecin généraliste peut inciter le patient à s'informer auprès du gastro-entérologue sur la manière dont se déroulera l'examen, sa préparation, le coût global de l'examen (honoraires conventionnés ou non et frais hospitaliers), la durée d'une éventuelle observation à l'hôpital...

B.T.: Avez-vous eu des réactions particulières des médecins généralistes au début du programme ?

M.C.: Oui, au début du programme, certains n'ont pas hésité à nous contacter pour nous demander des précisions ou nous faire part de leurs remarques ou suggestions.

Nous avons d'ailleurs tenu compte de celles-ci, comme par exemple la demande d'obtenir les résultats via le DMI (dossier médical informatisé). Depuis peu, le Centre communautaire de référence est agréé à ce sujet et fonctionne aussi en transmission électronique. Pour les médecins qui ont un DMI (soit actuellement 1260 médecins participant au programme de dépistage), tous les résultats sont envoyés via la transmission électronique. Pour les résultats positifs à l'Hemoccult, un courrier complémentaire leur est également envoyé avec tous les documents nécessaires pour assurer le suivi.

B.T.: Vous parliez du taux de participation de la population qui est encore assez faible. Avez-vous une idée du pourquoi ?

M.C.: La mise en route du programme est encore trop récente. Il faut savoir que cela fait plus d'un an qu'un travail d'information et de sensibilisation des médecins généralistes a démarré. Les médecins ont eu de nombreuses occasions de s'informer, d'en discuter. Pour la population, les premières informations ne

¹ Voir les articles 'Le dépistage du cancer colorectal en Communauté française' de Bernadette Taeymans et Christian De Bock (<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1098>) et 'Le programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française' (<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1102>) dans le n° 244 d'Éducation Santé (mars 2009).

Le démarrage du programme en quelques chiffres

Du 1^{er} mars au 31 août 2009

- 18.906 contacts (personnes ayant participé au programme)
- 17.925 tests Hemocult dont 488 tests positifs (2,7 %)
- 981 dépistages par coloscopie pour personnes à risque
- Plus de 4000 médecins généralistes actifs dans le programme (près de 60 % de taux de participation).

sont sorties qu'en février – mars 2009. C'est donc encore une découverte. D'autant que peu de personnes connaissaient auparavant la possibilité de dépister le cancer de l'intestin contrairement au dépistage du cancer du sein qui était déjà largement connu avant le démarrage du programme 'mammothest'. Nous disposons aussi d'autres informations intéressantes grâce aux personnes qui nous renvoient leur invitation en communiquant le pourquoi de leur non participation. Parmi les quelque 3000 documents qui nous ont été renvoyés, la très grosse majorité nous dit être déjà suivie par un gastro-entérologue (n=1140) ou avoir eu une coloscopie récemment (n=1535). Seulement 448 personnes nous disent ne pas se sentir concernées par le dépistage.

B.T.: Avez-vous rencontré des difficultés particulières dans le déroulement du programme jusqu'ici ?

M.C.: Il arrive que des Hemocult soient ininterprétables pour l'une ou l'autre raison. Cela représente au total 157 Hemocult sur l'ensemble, soit 0,9 % des tests reçus, ce qui est très peu. Dans ces cas, nous contactons le médecin généraliste pour le lui signaler et lui proposer de demander au patient de recommencer le test en donnant quelques informations complémentaires sur le mode d'emploi du test. Dans 80 % des cas, les personnes ont recommencé le test et celui-ci a pu alors être interprété. En dehors de ces quelques rares cas, les patients comprennent très largement comment faire le test.

B.T.: Quels sont les processus mis en place pour assurer la qualité du programme ?

M.C.: Nous veillons à assurer les conditions optimales de lecture des tests et le contrôle de qualité : lecture centralisée, contrôle de qualité entre membres de l'équipe, supervision par un médecin expérimenté. Tous les tests douteux ou positifs sont lus et validés par un deuxième lecteur.

Tout est tracé, il y a un contact personnalisé avec le médecin en cas de doute ou de problème. Pour les résultats positifs à l'Hemocult, tout est suivi également : est-ce que la coloscopie a été réalisée, quels en sont les résultats et quels sont les résultats de l'histologie ? Si nécessaire, nous prenons contact avec le



Photo © Danielle Beeldens

médecin généraliste ou le gastro-entérologue.

B.T.: Quelles sont les perspectives ?

M.C.: Poursuivre l'information vers la population, affiner les indicateurs et outils d'analyse du programme, donner un feed-back aux médecins sur les résultats du programme sont des priorités. Le médecin généraliste peut ainsi d'ores et déjà, à titre individuel, nous demander un historique complet de son « activité » dans le programme.

Propos recueillis par **Bernadette Taeymans**, SCPS Question Santé

Repris d'une newsletter publiée par le SCPS Question Santé et reproduit avec son aimable autorisation.

Les jeunes confrontés à l'hypersexualisation

La construction identitaire des enfants et des adolescents est-elle menacée par une société qui oscille entre banalisation et survalorisation de la sexualité ? *Latitude Jeunes a consacré une journée à la question, à laquelle deux courants de pensée et de recherches sont venus répondre.*

Avant toute chose, une tentative de définition de l'hypersexualisation s'impose. Il y a celle du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes : « L'hypersexualisation se caractérise par la surenchère sexuelle, à la fois

dans l'univers médiatique et dans les rapports entre les personnes. À travers les médias, les industries diffusent un modèle de sexualité réducteur qui s'inspire des stéréotypes véhiculés par la pornographie. On pense à l'homme dominateur. À la femme objet séductrice et soumise. »

Plus concrètement, en ce qui concerne le jeune public, la sexologue québécoise **Geneviève Marier** a partagé lors de cette journée ses interrogations sur les comportements sexuels des jeunes et sur leurs attitudes à l'égard de la

sexualité. Des considérations qui se sont attachées sur la mode vestimentaire, le rapport au corps, ou sur les discours de magazines pour jeune public. On peut effectivement rester songeur et songeuse devant tel test paru dans un magazine pour demoiselles où les réponses classent les lectrices en trois catégories : ringardes, salopes et supers salopes ! Le même type de presse serine que la grande menace qui plane sur les filles c'est de... rester seules. Un discours qui n'est jamais adressé aux garçons par les revues dont ils constituent le lectorat !

Geneviève Marier s'insurge contre ce qui pour elle revêt l'ampleur d'un phénomène de société. « *La valorisation d'attitudes et de comportements sexuels précoces altère le rapport à son propre corps, à soi et à l'autre* », explique-t-elle. Même si elle s'en alarme, elle ne s'étonne pas que les filles dont l'estime de soi est plus faible consentent à avoir des relations sexuelles plus tôt. On notera que du côté des garçons, ce genre de comportement est au contraire corrélé avec une bonne estime de soi. A-t-on une idée précise de l'impact de l'hypersexualisation ? Geneviève Marier énumère : une conception mécanique et morcelée du corps, la réduction de la femme à son apparence... « *Quant aux conséquences de l'hypersexualisa-*

tion », poursuit-elle, « *on peut affirmer qu'il s'agit de perte de repères, de distorsions cognitives, d'attitudes irréalistes et de difficultés relationnelles.* »

Ce tableau sombre a heureusement généré des pistes d'action Outre-Atlantique, à l'égard des responsables politiques, des écoles et des jeunes, notamment via l'éducation à une consommation responsable et aux médias. Une éducation aux médias délicate quand on connaît la pression que la publicité exerce sur les jeunes. Les « Tweens » (amalgame entre teenager et between), soit les 8-13 ans, dépensent près d'un milliard de dollars par an. Peut-on dès lors parler de corps et de sexualité libérés ? L'industrie surfe même sur la vague critique à son égard, puisqu'une

célèbre marque de cosmétiques a créé un Fonds pour l'estime de soi...

Remettre les pendules à l'heure

Le sociologue français **Philippe Liotard** (Université de Lyon) est moins alarmiste face aux modèles proposés aux jeunes. « *Les jeunes sont confrontés à deux pseudo modèles : celui de la salope et celui de l'étalon* », admet-il, « *mais ils évoluent par rapport aux stéréotypes. Le changement est le propre de la jeunesse. Il est aussi intéressant que les parents, face à cette situation, soient amenés à un questionnement sur leurs valeurs, leurs propres limites, leur définition d'une relation saine.* »

Le sociologue y va aussi de ses constats, qui

Les ados et le sexe

Le numéro 29 de *Faits & Gestes*, la revue trimestrielle présentant des chiffres clés en lien avec les compétences de la Communauté française, explore différents champs de la vie sexuelle des adolescents. Il s'appuie pour cela sur une enquête récente de « Santé et bien-être des jeunes » qui constitue le versant belge francophone de l'étude internationale 'Health Behaviour of School-Aged Children' (HBSC) effectuée par l'équipe SIPES-ULB.

Les premières relations

52 % des élèves âgés de 15 à 18 ans déclarent avoir déjà eu une relation sexuelle. Il est intéressant de noter que cette proportion varie significativement selon la filière d'enseignement et qu'elle est moins élevée dans l'enseignement général (44 %) que dans le professionnel (64 %).

La question sur la précocité a été posée aux jeunes sexuellement actifs. 11 % d'entre eux déclarent avoir eu leur première relation sexuelle avant 14 ans. La proportion de garçons est environ deux fois plus élevée que celle des filles (14 % vs 7 %).

Protection contre les IST et contraception

Toujours parmi les élèves de 15 à 18 ans, près de 90 % déclarent avoir déjà vu ou manipulé un préservatif. Cette proportion est plus élevée chez les jeunes sexuellement actifs (97 %) que chez ceux qui ne le sont pas (79 %).

De la théorie à la pratique : 57 % des jeunes

sexuellement actifs ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Paradoxalement, les jeunes qui ont déjà eu plusieurs rapports sexuels avec des partenaires différents ont davantage tendance à ne pas utiliser le préservatif (49 %) que ceux dont c'était le premier rapport sexuel (19 %). Parmi les 15 - 22 ans, 82 % déclarent avoir utilisé (eux-mêmes ou leur partenaire) au moins un moyen contraceptif lors du dernier rapport sexuel et parmi les filles cela va jusqu'à 88 %.

Les moyens de contraception les plus souvent cités sont la pilule et le préservatif : ainsi 83 % des adolescentes ont cité, comme contraception, la pilule et 66 % des garçons ont cité le préservatif.

Par ailleurs, parmi les adolescentes de 15 à 22 ans sexuellement actives, 28 % ont déjà utilisé au moins une fois la pilule du lendemain. L'analyse de ces réponses montre que les jeunes perçoivent le préservatif davantage comme un moyen de protection contre les IST que comme un moyen de contraception. Elle indique aussi que la contraception reste encore perçue comme relevant de la responsabilité féminine.

Par rapport au sida

25 % des jeunes n'identifient pas ou pas clairement les risques de transmission du sida lors de relations sexuelles non protégées avec une personne asymptomatique. Certaines croyances erronées sont tenaces : ainsi 50 %

des jeunes pensent que (ou ne savent pas si) il y a un risque lors d'une transfusion sanguine en Belgique et 40 % pensent que le moustique peut transmettre ce virus.

Actions futures

Les jeunes constituent un groupe privilégié pour développer des actions de promotion de la santé car les schémas de comportement s'acquièrent à l'adolescence. Ce genre d'enquête est donc très utile pour adapter les actions futures de la Communauté française en la matière.

Les actions de prévention et d'information restent indispensables car, si les connaissances sur le sujet se sont améliorées, il reste encore des points où les risques sont mal identifiés ; il est également nécessaire de continuer à mener des campagnes de sensibilisation par rapport aux IST.

Par rapport à l'usage d'un préservatif ou d'une contraception, les actions de prévention doivent viser à développer et maintenir un comportement de protection responsable, autrement dit à ancrer les "bons" réflexes dans la durée.

Faits & Gestes 29, 'Les jeunes face à leur vie sexuelle et affective.

Abonnements et commandes : Service de la Recherche Communauté française, 02 413 36 42. Courriel : faits.gestes@cfwb.be Site internet et abonnement électronique : www.faitsetgestes.cfwb.be

relativisent le poids de l'hypersexualisation : « *L'âge du premier rapport sexuel n'a pas vraiment varié depuis l'avènement de la pilule. Il se situe autour de 17 ans. La construction de l'apparence a changé. C'est indéniable. On montre davantage les corps, mais on les a aussi beaucoup montrés par le passé, il ne faudrait pas l'oublier. Comme il ne faut pas oublier de relever que lorsqu'on interroge les jeunes sur ce qui compte dans leur relation amoureuse, les réponses comportent invariablement, situés en bonne place, des facteurs comme la fidélité, la confiance, le choix d'objectifs communs.* »

Versant dans l'alarmisme ou pas, les deux points de vue se rejoignent quand ils invitent les éducateurs, les parents et les pouvoirs publics à mettre à l'ordre du jour la question de saines relations affectives entre jeunes (et moins jeunes d'ailleurs).

À découvrir

Les ateliers de la journée de *Latitude Jeunes* ont permis de faire le point sur des études récentes menées auprès des jeunes et d'attirer l'attention des professionnels sur des ressources disponibles pour aborder le thème de l'hypersexualisation.

Des études

Selon une étude de la Direction de l'égalité des chances (www.egalite.cfwb.be), 9 jeunes sur 10 parmi les 12-21 ans sont victimes d'actes de violences, principalement verbales, psychologiques ou morales, de la part de leur partenaire. Les garçons recourent plus à la violence physique et les filles à des actes de déni et de manipulation. Cette différenciation se renforce avec l'âge.



Photo © Fotolia

La Fédération des centres de planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes s'est penchée, quant à elle, sur l'affirmation de soi dans les relations amoureuses chez les 13-21 ans. Il apparaît que les garçons se sentent plus que les filles 'obligés' au rapport sexuel. En effet, 1 garçon sur 2 dit avoir des difficultés à refuser un rapport sexuel sans le moyen de contraception de son choix, voire renoncer à refuser le rapport. Deux garçons sur 5 expriment leurs difficultés à refuser une pratique sexuelle qui les dérange. Un jeune sur 10 déclare également ne pas pouvoir choisir librement le moment et la personne avec qui avoir des relations sexuelles. À lire sur www.femmesprevoyantes.be

Des outils

Geneviève Marier est à l'origine d'une fiction éducative (« Sexcursion ») destinée aux

jeunes de l'enseignement secondaire. La fiction aborde les pressions sociosexuelles et l'authenticité, les stéréotypes sexuels et les pratiques sexuelles sécuritaires. À découvrir sur www.pasdepanique.ca.

Latitude Jeunes propose une brochure très complète sur la question au départ des travaux de la journée d'études. Son titre : 'Hypersexualisation – Trop, trop tôt, trop vite'. Son contenu : un tour du problème et sept pistes d'intervention de bon sens, exprimées avec franchise et clarté (nouer le dialogue, mettre des limites, positiver la sexualité, sensibiliser à la diversité, identifier les besoins et les valeurs, déconstruire les stéréotypes, développer l'esprit critique). Téléchargeable gratuitement sur www.ifeelgood.be/hypersexualisation. Commandes au 02 515 04 02.

Le Centre d'action laïque de Namur a conçu une exposition intitulée « Plaisirs d'amour ». Recommandée par le centre de référence en outils de promotion de la santé PIPSA, elle est articulée autour de 4 axes : démedicaliser l'amour, découvrir le corps, induire la capacité d'analyser et enrichir le vocabulaire pour mettre les mots justes sur ce qu'on ressent et le faire comprendre.

On trouvera aussi des informations sur l'exposition « Le Guide du zizi sexuel », destinée aux 9-14 ans, sur le site de la Cité des Sciences : www.cite-sciences.fr

Enfin, le site de *Latitude jeunes* (www.ifeelgood.be) propose tout à la fois des informations sur l'amour, la démocratie et l'équilibre. Un module sur la pornographie aborde le thème avec les ados en dévoilant les clichés entretenus dans les films X.

Véronique Janzyk

Rwanda - La contraception divise les époux

(Syfia Grands lacs/Rwanda) Au Rwanda, planifier les naissances est une nécessité qui divise souvent les foyers. Les femmes, les plus concernées, sont souvent punies, voire répudiées par leurs époux lorsqu'elles utilisent des méthodes contraceptives sur lesquelles règnent encore de nombreux préjugés.

Mère de 7 enfants, M.L. de Busanza, en périphérie de Kigali, a été rejetée par son mari, il y a deux ans. Fatiguée de ses grossesses rapprochées, elle s'était fait ligaturer les trompes sans le consentement de son conjoint. Celui-ci a pris une autre femme qui pouvait lui donner d'autres enfants. Pour lui, c'est « une punition à

sa femme qui s'est rendue stérile à son insu ». Comme elle, nombre de Rwandaises, épuisées par leurs familles nombreuses, adoptent des méthodes contraceptives, sans le dire à leurs époux qui sont souvent réticents. Certains pensent que, quand la femme ne craint plus de tomber enceinte, elle risque

d'aller avec d'autres hommes. De même que certaines femmes estiment que, si elles n'ont que deux ou trois enfants, leur mari ira en faire d'autres ailleurs. Ce qui contribue souvent à les diviser.

Pourtant, selon **Lyliose Umumararungu**, agent de l'Association rwandaise du bien-être familial, (ARBEF), « *l'un des objectifs de la planification familiale est d'augmenter la joie et le bonheur entre les époux, et d'assurer la sécurité des enfants* ». Mais les femmes qui prennent des mesures pour ne plus être enceintes sont souvent injuriées, frappées, voire répudiées par leurs conjoints. À Rwaniro, sud du Rwanda, Louise a subi régulièrement les coups de fouet de son mari qui avait découvert qu'elle prenait la pilule en cachette. Le malentendu sur la limitation des naissances peut aussi venir de la femme. V.M., habitant de Kigali dit avoir été trompé par son épouse qui voulait un autre enfant. « *On avait planifié pour deux enfants, mais ce bébé est le quatrième et ma femme ne cessait de m'assurer qu'elle prenait des contraceptifs* », affirme-t-il, refusant les félicitations de ses collègues pour la naissance de son fils. « *Depuis la conception du quatrième enfant, on ne s'entend pas bien en famille* », ajoute-t-il.

Rumeurs sur les contraceptifs

Ce sont aussi souvent les préjugés et les rumeurs sur les méthodes contraceptives qui sont à l'origine de ces problèmes. **Kabera**, 39 ans et père de 8 enfants ne veut pas que sa femme prenne des contraceptifs. Lui-même

hésite à pratiquer la vasectomie, cette opération qui, selon les médecins, rend les hommes stériles, mais ne change en rien la qualité des rapports sexuels. « *Je ne veux pas me faire castrer, je ne veux pas devenir impuissant* », dit-il. « *Pour certains, les contraceptifs diminuent le plaisir au cours des relations sexuelles ou peuvent être à l'origine du cancer, des saignements ou de douleurs abdominales* », explique cet infirmier de Nyaruguru, sud du Rwanda.

Ces rumeurs qui circulent alimentent la peur des couples à limiter les naissances, malgré leur souhait de ne pas mettre au monde de nombreux enfants. « *En cas de saignements ou de douleurs, mon mari va me rejeter et me dire que c'est moi qui ai causé ces maux* », témoigne **Anitha**. « *On m'a dit que si je prends la pilule, je ne pourrais pas mettre au monde un enfant de 9 mois, je n'aurais que des prématurés* », confie **Rachel**, justifiant son refus de les prendre. Mais d'autres femmes, comme **Murereyimana** de Nyaruguru, qui prennent des contraceptifs oraux depuis des années, témoignent qu'elles n'ont rencontré aucun problème. « *Ça m'a beaucoup aidé car je mettais au monde presque chaque année* », affirme-t-elle.

Le ministère de la Santé vient de clôturer une campagne pour contrer ces rumeurs sur les méthodes de planification familiale, mais les résultats ne sont pas très visibles. « *C'est vraiment déplorable, ces gens ne considèrent même pas le fait qu'ils reçoivent ces traitements de la part des agents de santé qui savent ce qu'ils*

font », réagit madame **Nyankesha Elvanie** du ministère de la Santé.

Trois enfants par famille

Des facteurs socioculturels restent aussi un handicap à la réussite de la politique de régulation des naissances. Certaines femmes n'ont d'autre choix que d'obéir à leur époux : « *Je ne peux pas penser à cette histoire de planification des naissances. Au lieu de divorcer, je ferai tout ce qu'il veut* », affirme cette maman de 28 ans venue au centre de santé de Rusatira faire vacciner son cinquième enfant. « *Comme elles sont les premières à subir des conséquences des grossesses non planifiées, elles ont droit aux contraceptifs même si les époux ne le souhaitent pas* », estime, lui, le **D^r Ngabo Fidèle** du ministère de la Santé. Au Rwanda, le nombre des femmes qui utilisent les méthodes contraceptives modernes a cependant progressé de 4 % en 2000 à 27 % en 2008, un net progrès mais encore insuffisant dans ce petit pays, de plus en plus surpeuplé. La densité, calculée sur la surface habitable, atteint aujourd'hui 433 habitants au km² et même 1000 dans certains districts très peuplés du Sud. Selon l'Institut national des statistiques, le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 6,2 en 2005 à 5,5 en 2008. Les autorités continuent à faire campagne pour que la population limite à trois le nombre d'enfants par famille.

Jean Fichery Dukulizimana, InfoSud

Genre, précarité, migration, sexualisation

Dans les espaces urbains touchés par la paupérisation, les sphères de l'intime se fragilisent. Les relations entre hommes et femmes se détériorent, le rapport à soi et au corps est affecté.

Pascale Jamoulle, anthropologue à l'UCL et au Service de santé *Le Méridien* (St-Josse-Ten-Nood à Bruxelles), a mené une enquête de terrain auprès des habitants de plusieurs quartiers populaires, dont celui de la gare du Nord.

L'enquête, relatée dans son livre *'Fragments d'intime. Amour, corps et solitude aux marges urbaines'* (La Découverte, 2009), explore la vie émotionnelle, affective et sociale d'adultes et de jeunes de toutes origines, souvent marquée par l'exil.

Son travail met en lumière trois dynamiques de précarisation sociale et intime : les errances et solitudes de la vie en rue, les tensions entre traditions et modernité au sein des commu-

nautés issues de l'immigration, l'exploitation et l'hypersexualisation des corps.

La Fondation Roi Baudouin a proposé récemment trois débats de midi au départ de ce travail, en lien avec ses propres actions en matière de justice sociale, avec comme fil rouge cette question essentielle : quels enseignements tirer de l'écoute approfondie des publics les plus fragilisés, sur le plan des pratiques professionnelles et des politiques publiques ?

Les trois rencontres ont connu un très vif succès, auquel la passion avec laquelle Pascale Jamoulle partage son travail n'est sans doute pas étrangère. Nous avons eu la chance d'en suivre une.

Celle-ci, qui tournait autour des relations de genre dans les quartiers immigrés, nous permet de mieux appréhender la réalité du 'cocon turc', avec sa forte paupérisation, ses écoles ghettos, ses mariages arrangés voire imposés, qui restent la voie la plus sûre pour venir vivre dans notre société beaucoup moins accueillante aujourd'hui qu'hier.

Pascale Jamoulle relate aussi la dégradation

des relations entre filles et garçons, à l'école et en-dehors de l'école (d'aucuns plaident même pour un recul par rapport à la mixité dans les établissements d'enseignement), les conflits intergénérationnels autour du choix libre ou non du mariage.

Le débat permet de se rendre compte que Flamands et francophones de ce pays n'ont pas la même conception de l'intégration, les premiers imposant aux migrants des cours leur permettant de mieux appréhender les valeurs de notre société, cours souvent interprétés par les francophones comme une machine idéologique flamande pour mani-

puler les consciences. Bien belge, tout ça ! En somme, le 'code' a changé, mais tout le monde ne le sait pas encore !

Il revint à **Manu Goncalvès** (coordinateur 'Précarité et santé mentale' à la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, et 'fier d'être à la fois belge et portugais'...) de tirer quelques leçons du débat, avec un plaidoyer élégant pour le métissage et le 'communautaire' au sens noble du terme.

Christian De Bock

RÉFLEXION

La prévention des maladies est sous-développée en Belgique

Introduction

La prévention en matière de santé regroupe l'ensemble des activités qui permettent de réduire les risques futurs de maladie. La distinction entre la prévention primaire, secondaire et tertiaire est généralement effectuée, même si les actions de prévention n'appartiennent pas nécessairement de façon exclusive à l'une de ces trois catégories.

La prévention primaire fait référence aux activités qui réduisent la probabilité d'apparition d'une maladie, par exemple arrêter de fumer pour réduire la probabilité de cancer.

La prévention secondaire est associée aux actions qui atténuent la gravité de la maladie lorsqu'elle se déclare, c'est notamment le cas d'une mammographie qui permet de détecter et de traiter plus rapidement et donc plus efficacement un cancer du sein.

La prévention tertiaire regroupe les activités qui visent à réduire les risques de rechutes, par exemple cesser certaines activités à risque ou soigner son alimentation après un infarctus pour éviter qu'il ne se reproduise.

Dans tous les cas, la décision de prévention, qui est prise par les individus ou par la société en dehors d'une maladie effective, se distingue de la médecine curative qui est mobilisée après l'apparition des symptômes.



Photo © Fotolia

L'activité de prévention revêt à la fois un caractère individuel (pratique du sport, arrêt du tabagisme, attention portée à l'alimentation...) et collectif (organisation de dépistages, de vaccinations, éducation à la santé...). Mais, même lorsque les décisions qui affectent l'état de santé sont individuelles, un engagement des pouvoirs publics peut aider les individus à infléchir leurs comportements dans un sens favorable à leur santé. À titre d'exemple, l'arrêt du tabagisme est une décision individuelle mais les autorités publiques

peuvent aider les individus à arrêter de fumer via différents dispositifs qui peuvent être légaux (interdiction de fumer dans les lieux publics, interdiction de vente aux mineurs...), financiers (taxes sur le tabac) ou autres (aide au sevrage tabagique, information...).

La prévention n'est pas une priorité politique

En Belgique, les compétences en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé sont morcelées. Parmi les actions qui

affectent la santé publique, certaines relèvent exclusivement du gouvernement fédéral (taxes sur le tabac et l'alcool) alors que d'autres (vaccination contre la polio et contre l'hépatite B, dépistage du cancer du sein...) font l'objet d'une coopération entre le gouvernement fédéral qui finance entièrement ou en partie les programmes et les Communautés qui les organisent. La santé étant une matière personnalisable, ces compétences ont toutefois été en grande partie attribuées aux Communautés. Sans être exhaustifs et sans se focaliser sur les priorités établies par chacune des deux Communautés¹, les actions mises en place, aussi bien en Communauté française que flamande, concernent les programmes de vaccination, les dépistages, les actions anti-tabagisme, la prévention des cancers, la prévention des maladies cardiovasculaires, la prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles, la santé mentale, etc. Il semble néanmoins que, par rapport au budget octroyé à la médecine curative, les efforts entrepris par les autorités publiques belges en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé soient minimaux. Allouer 0,1 % de son PIB à de telles activités paraît en effet insignifiant lorsque, dans le même temps, 10 % de ce même PIB est consacré à financer le traitement de ces maladies². Si le système de santé belge est apprécié pour sa réactivité et sa capacité à rendre disponible des traitements à un coût raisonnable pour les utilisateurs, la politique en matière de prévention – qui exige une vision et la mise en place de stratégies à plus long terme – ne semble pas constituer une priorité politique. L'attention modeste accordée aux politiques de prévention des maladies et de promotion de la santé n'est cependant pas propre à la Belgique. Le tableau ci-contre permet de comparer notre dépense publique de prévention par habitant à celle d'autres pays de l'OCDE³. Selon les statistiques de l'OCDE pour l'année 2003, la dépense publique consacrée à la prévention des maladies en Belgique était de 28 € par habitant. À titre comparatif, la France

Pays	Dépense publique de prévention par habitant (g PPA) - 2003
Danemark	7,97
République slovaque	9,42
Italie	10,14
Mexique	13,04
Espagne	14,49
Corée	14,49
République tchèque	15,94
Pologne	16,66
Portugal	18,83
Luxembourg	18,83
Japon	21,73
Finlande	26,8
Autriche	27,52
Belgique	28,97
Islande	31,15
Suisse	40,56
Irlande	42,74
Norvège	44,91
France	51,43
Pays-Bas	57,22
Allemagne	68,09
Canada	131,83
États-Unis	144,87

Source : OCDE Éco-santé 2006

y consacrait la même année 51 €, les Pays-Bas 58 €, l'Allemagne 67 €, le Canada l'équivalent de 131 € et les États-Unis l'équivalent de 144 €. La Belgique n'est toutefois pas la lanterne rouge de ce classement puisque l'Espagne, l'Italie et le Danemark notamment font encore moins bien en consacrant respectivement 14 €, 10 € et 8 € par habitant à des dépenses publiques de prévention. À titre indicatif, la Belgique devrait augmenter sa dépense publique totale de prévention approximativement de 88 millions d'euros pour s'ajuster sur la dépense moyenne des autres pays mentionnés dans le tableau. Il serait toutefois erroné de limiter la prévention à une politique budgétaire. La prévention passe aussi par la définition de nouvelles politiques qui ne sont pas uniquement de nature budgétaire. Citons à titre d'exemple la poli-

tique des sports, la législation relative au tabac ou les actions menées par les mutualités pour favoriser une meilleure alimentation ou des comportements de vie plus sains.

Les avantages de la prévention

Les activités de prévention présentent de nombreux avantages. Le premier effet de la prévention est d'assurer à l'ensemble de la population une meilleure qualité de vie en réduisant l'occurrence ou la gravité des maladies. Au-delà de ces bénéfices intangibles, la prévention a aussi des effets financiers importants. Une amélioration de l'état de santé général représente d'abord une capacité additionnelle de croissance économique et donc une source supplémentaire de revenus.

En guise d'illustration, 440.000 décès prématurés dus au tabagisme ont été enregistrés chaque année aux États-Unis entre 1995 et 1999 et le coût consécutif à la perte annuelle de productivité a été estimé à 81,9 milliards de dollars US par an⁴. Du même coup la prévention permet aussi de réaliser des économies pour la sécurité sociale en réduisant la durée d'indisponibilité des travailleurs.

■ Allouer 0,1 % de son PIB à des activités de prévention paraît insignifiant. ■

Ensuite, une politique de prévention ciblée peut également permettre de réaliser des économies pour l'assurance maladie en tant que telle en évitant ou en réduisant le coût des traitements futurs. Le tabagisme aurait ainsi engendré 75,5 milliards de dollars US de dépenses médicales annuelles supplémentaires durant la période 1995-1999. Ce dernier effet n'est cependant pas toujours présent et dépend du type d'intervention. Dans tous les cas, c'est l'évaluation précise des coûts et des bénéfices (tangibles et intangibles) associés à chaque programme de prévention qui va déterminer la pertinence de sa mise en

¹ Pour plus de détails, voir Corens D. Health System review : Belgium. Health Systems in Transition, 2007; 9 (2): 1-172.

² OCDE, Éco-santé 2006

³ L'OCDE renseigne en fait une dépense publique de prévention de 35g par habitant en Belgique pour l'année 2003. Mais pour permettre une comparaison entre pays, nous avons utilisé le taux de change PPA (parité de pouvoir d'achat) qui intègre à la fois le taux de change d'une devise à l'autre et le niveau général des prix afin de mieux évaluer les actions qui peuvent être entreprises avec un montant donné dans chaque pays. Ainsi corrigée la dépense publique de prévention par habitant en Belgique est de 28g.

⁴ Morbidity and Mortality Weekly Report Highlights, April 12, 2002, Vol. 51, No. 14.

Qui est Itinera ?

Mission - Identifier, défendre et construire les chemins de réformes qui garantissent une croissance économique et une protection sociale durables en Belgique et dans ses régions.

Le contexte

La Belgique et ses régions réalisent des performances insuffisantes. Malgré des améliorations conjoncturelles, la croissance économique est structurellement limitée et le chômage est structurellement élevé.

Notre compétitivité internationale décline régulièrement. Le niveau de taxation approche des records et pourtant notre État-Providence souffre de difficultés budgétaires persistantes. Le niveau de protection sociale s'érode graduellement sur tous les fronts. Les plus faibles de notre société – les personnes âgées, les jeunes, les personnes faiblement qualifiées, les immigrants, les handicapés, les pauvres – sont fortement marginalisés dans notre économie et sur le marché du travail. Alors que notre démographie change rapidement, nous ne réussissons pas à intégrer notre société et nous manquons d'une citoyenneté cohésive commune.

La Belgique est maintenant confrontée aux défis d'une société vieillissante et d'une concurrence internationale dans une économie mondiale dynamique et volatile. Nous devons choisir entre un déclin graduel et relatif ou des réformes structurelles qui rétablissent l'attractivité de notre économie et de notre société au bénéfice de tous. Sans réforme globale, nous risquons d'atteindre

un point où le cercle vertueux de la création et de la redistribution de richesses deviendrait un cercle vicieux. Sans réforme globale, les prochaines générations perdront la combinaison entre opportunité économique et protection sociale dont les générations précédentes ont bénéficié après la deuxième guerre mondiale.

L'ambition de l'Itinera Institute

La réforme des politiques n'est pas uniquement de la responsabilité des partis politiques, des groupes d'intérêt ou des centres de recherche financés par le secteur public. Les 'think-tanks' indépendants ont toujours joué un rôle dans beaucoup de pays à travers le monde pour alimenter le programme des réformes au-delà des partis et des horizons politiques. Cette longue et prospère tradition d'instituts indépendants a largement dépassé la Belgique.

L'Itinera Institute a été fondé officiellement le 13 mars 2006 comme le premier think-tank et 'do-tank' réellement indépendant et professionnel qui se préoccupe spécifiquement de la Belgique et de ses régions. Là où les partis politiques, les organisations professionnelles, les universités et les médias s'arrêtent, l'Itinera Institute commence à défendre *les réformes fondamentales pour arriver à une meilleure croissance économique et une protection sociale durable pour tous, particulièrement pour les générations futures.* L'Itinera Institute reste à ce jour la seule organisation de ce type en Belgique. Alors que la dénomination 'think tank' est de plus en plus utilisée par toute sortes d'associations et d'ac-

tivités, aucune autre organisation en faveur de réformes en Belgique ne combine les caractéristiques de l'Itinera Institute : structure professionnelle, couverture nationale et indépendance complète – structurelle et financière – des partis politiques, des organisations professionnelles et des autorités publiques.

La structure et la position de l'Itinera Institute reflètent la tradition vaste et diverse des think-tanks professionnels d'autres pays à travers le monde. Les dimensions ajoutées d'Itinera sont ses divers axes de recherche, sa perspective internationale, son ouverture à tous les points de vue et arguments sans a priori politique ou idéologique et son ambition de promouvoir ses propres propositions politiques en tant que do-tank actif.

L'Itinera Institute est l'idée d'une jeune génération d'entrepreneurs, de professionnels et d'académiques. Avec le soutien d'une génération plus expérimentée dans ses organes et à travers un réseau multinational d'auteurs et d'orateurs, l'Itinera Institute agit par-delà les partis politiques et indépendamment de tout groupe d'intérêt ou organisation professionnelle. L'Institut est indépendant de tout agenda sur la structure de l'état et vise tous les niveaux politiques qu'ils soient internationaux, européens, nationaux ou régionaux.

Informations disponibles sur le site d'Itinera Institute – consultation le 22 juin 2009.

www.itinerainstitute.org

œuvre. Car il ne convient évidemment pas d'adopter tous les programmes ou de nécessairement les appliquer à l'ensemble de la population. Allouer d'importants moyens financiers à des programmes de prévention dont l'efficacité est limitée est manifestement inopportun. Et si les analyses économiques ne montrent pas qu'il faille systématiquement allouer les moyens publics disponibles

aux activités préventives plutôt que curatives, le déséquilibre actuel dans l'organisation des soins de santé en Belgique est certainement inapproprié.

Il existe en effet un grand nombre de programmes qui présentent un ratio coût-efficacité tel que leur mise en œuvre soit justifiée. Les pneumonies à pneumocoque sont par exemple responsables de 2.000 décès annuels

en Belgique. Une vaccination efficace existe pour prévenir ce type de maladies respiratoires mais ce vaccin est en Belgique uniquement remboursé pour les enfants de moins de 2 ans. Or, de nombreuses études ont montré que cette vaccination mise en œuvre chez les personnes âgées était coût-efficace⁵. Ces travaux invitent donc les autorités publiques à encourager ce type de vaccins pour toutes les per-

⁵ Ce qui signifie qu'un programme de vaccination des personnes âgées engendrerait, comparativement aux autres programmes de santé entrepris, des bénéfices liés à une meilleure qualité de vie qui justifient son application.

sonnes âgées de plus de 65 ans (voir par exemple De Graeve et al. 2000⁶). Il existe de nombreux autres exemples du même type. Alors que les pressions budgétaires déterminent de plus en plus l'organisation de notre système de santé, une intensification de la politique de prévention pourrait constituer une mesure intéressante en vue de dégager des marges. Il suffit d'examiner les données épidémiologiques pour s'en convaincre. Selon l'Organisation mondiale de la santé, sept facteurs de risque expliquent près de 60 % de la charge de la morbidité en Europe : l'hypertension (12,8 %), le tabagisme (12,3 %), l'abus d'alcool (10,1 %), l'hypercholestérolémie (8,7 %), le surpoids (7,8 %), la faible consommation de fruits et de légumes (4,4 %) et le manque d'activité physique (3,5 %). Ces facteurs constituent en effet les causes majeures des principales maladies en Europe (maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, problèmes de santé mentale, cancers, diabète...). La lecture de ces facteurs de risque nous indique à quel point la prévention et la promotion de la santé constituent le moyen le plus efficace de lutter contre ces maladies. Car, toujours selon l'OMS, l'élimination des principaux facteurs de risque permettrait d'éviter 80 % des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et du diabète de type II, ainsi que 40 % des cancers.

Le découpage des compétences n'incite pas à la prévention

Quels sont les éléments qui permettent d'expliquer un tel déséquilibre entre les moyens financiers alloués à la prévention et ceux attribués au traitement des maladies ? Les dépenses effectuées à des fins de prévention présentent un double inconvénient pour les autorités compétentes en matière de santé en Belgique. Le premier problème n'est pas propre à la Belgique et résulte du fait que les effets des efforts de prévention ne se voient souvent qu'à long terme. Les autorités qui se lancent dans un vaste programme de prévention s'exposent donc à ne jamais entrevoir les bienfaits de leur politique (dont les bénéfices vont revenir à leurs successeurs). L'architecture institutionnelle de notre pays

– outre le fait qu'elle favorise les actions dispersées et peu coordonnées – constitue un deuxième frein à l'investissement dans de coûteux programmes de prévention des maladies. Ce domaine est en effet du ressort des Communautés. L'assurance maladie – qui prend en charge la majeure partie des coûts engendrés par les traitements – est quant à elle gérée au niveau fédéral. Ce qui signifie que l'effort de prévention entrepris par les Communautés profite surtout aux autorités fédérales. Bien évidemment, le bénéfice des politiques de prévention ne peut uniquement se réduire à un gain financier prenant ici la forme de coûts évités.

Il existe en effet un grand nombre de programmes qui présentent un ratio coût-efficacité tel que leur mise en œuvre soit justifiée.

Les Communautés sont chargées des politiques liées aux personnes (et donc à leur bien-être) et sont donc à ce titre tenues de leur éviter des maladies. Elles sont par conséquent aussi jugées sur l'état de santé de la population. Mais le fait qu'elles ne soient pas affectées par toutes les conséquences de leurs politiques crée un sérieux problème d'incitation économique. Étant données les contraintes budgétaires, les autorités ne sont donc pas incitées à investir dans une politique qui ne leur rapporte pas. Comment sortir de cette impasse ? Deux solutions – politiquement compliquées compte tenu du contexte institutionnel de notre pays – semblent évidentes. Elles sont basées sur le principe du paquet homogène de compétences que les autorités publiques devraient gérer. Autrement dit, il conviendrait de renvoyer toutes les compétences en matière de santé – y compris la politique de la prévention – soit au niveau fédéral, soit au niveau communautaire. Une autre solution peut être mise en œuvre tout en évitant ce débat politiquement sensible dans notre pays. Le gouvernement fédé-

ral, dans la mesure où il bénéficie aussi des politiques menées au niveau des Communautés, devrait inciter ces dernières à effectuer plus d'efforts de prévention.

Par le biais de quels mécanismes peut-il atteindre cet objectif ?

Une compensation financière proportionnelle à l'effort de prévention des Communautés peut contribuer à la mise en place d'une politique plus active.

Un des dispositifs suggéré par la théorie économique est celui dit des « matching grants ». Suivant ce principe, l'État fédéral devrait octroyer aux Communautés une compensation conditionnelle à leur effort de prévention. La compensation peut par exemple prendre la forme d'un montant de x€ accordés par le fédéral aux Communautés pour chaque euro dépensé par ces dernières. Ceci nécessite un effort de coordination entre la politique de la santé et la politique des soins de santé, par le biais de programmes déterminés en commun accord entre les différents niveaux de compétence.

Partant du même principe, on pourrait envisager une compensation conditionnelle non pas à une dépense des Communautés mais aux résultats obtenus par ces dernières en matière de santé publique. La compensation pourrait ainsi être basée sur l'évolution d'indicateurs tels que la proportion de fumeurs dans la population, le taux de survie à 5 ans après le diagnostic d'un cancer, la prévalence de certaines maladies évitables, etc.

Cette politique, plus ambitieuse, aurait le mérite d'inciter les Communautés à utiliser plus efficacement les moyens publics. Une telle mesure – qui ne constitue pour le moment qu'une piste de recherche – devrait néanmoins être appliquée avec précaution pour plusieurs raisons. La première provient de la mesure, parfois contestable, des indicateurs sur lesquels pourrait être basée la compensation. Par ailleurs, les autorités publiques en place ne sont pas les seules responsables de l'état de santé général de la population. Ce dernier résulte en effet aussi, d'une part, des décisions prises auparavant éventuellement par d'autres autorités (les objectifs de santé publics résultent de politiques à long terme) et, d'autre part,

6 De Graeve, Verhaegen et al., Kosteffectiviteit van vaccinatie tegen pneumokokkenbacteriëmie bij bejaarden : resultaten voor België, Acta Clinica Belgica, 2000, 55,5, pp 257-265.

du mode de vie des individus sur lequel les gouvernements n'ont pas complètement prise.

Les deux mesures suggérées partent d'un principe commun qui consiste à conditionner le financement du gouvernement fédéral à des actions – si possible efficaces – entreprises par les Communautés. Notons ici qu'il est essentiel que la compensation accordée prenne – fût-ce partiellement – la forme d'une compensation conditionnelle à une action et non d'un montant forfaitaire qui n'aurait aucun effet incitatif pour les Communautés.

Une focalisation quasi exclusive sur la dimension curative

Le contexte budgétaire qui caractérise la Belgique engendre une politique de santé qui se développe presque exclusivement autour

du traitement des maladies. Dans un environnement où les dépenses sont strictement limitées et où les possibilités d'allocation du budget sont multiples, il n'est en effet pas payant pour les Communautés d'investir massivement dans des activités de prévention dont les bénéfices ne se réalisent qu'à long terme et qui ne leur profitent pas politiquement compte tenu du découpage des compétences en matière de santé dans notre pays. Pourtant, la prévention comporte des avantages. Outre le fait qu'elle permettrait d'améliorer la productivité de travailleurs en meilleure santé et d'éviter le coût de certains traitements, une politique de prévention volontariste engendrerait des gains considérables en termes de qualité de vie pour la population.

François Daue, Senior Fellow à l'Itinera Institute, **David Crainich**, chargé de recherches au CNRS et professeur associé à l'IESEG School of Management (Université catholique de Lille)

Ce texte est extrait du rapport 'L'avenir des soins de santé : oser le diagnostic et les thérapies', publié fin 2008 par l'Itinera Institute. Ce document de près de 300 pages propose une 'anatomie du système de santé en Belgique'; un 'diagnostic des forces et faiblesses' du système, dont est tiré ce chapitre sur la prévention; huit 'solutions pour le XXI^e siècle'.

Adresse des auteurs : Itinera Institute asbl, Bd Léopold II 184d, 1080 Bruxelles.

Tél.: 02 412 02 62. Fax : 02 412 02 69.

Courriel : info@itinerainstitute.org.

Site : www.itinerainstitute.org

Réflexion sur la réduction des inégalités en matière d'alimentation saine

La résorption des inégalités en matière de santé de manière générale et d'alimentation saine en particulier est une responsabilité collective. C'est pourquoi il faut encourager ou améliorer les pratiques et optimiser les processus existants en matière de promotion de la santé et d'action sociale en Communauté française et en région wallonne.

Suite à la journée d'échange entre les porteurs des projets sélectionnés par la Fondation Roi Baudouin dans le cadre de son appel lié à l'alimentation saine des publics précarisés, ceux-ci ont émis une série d'idées intéressantes. Éducation Santé en a fait une synthèse pour vous...

La réduction des inégalités en matière de santé, un objectif prioritaire

L'inégalité socio-économique reste la principale source d'inégalités face à la santé. En effet, les populations appauvries, marginalisées ou exclues développent une culture

propre, au sens sociologique du terme. L'alimentation saine ne représente pas pour elles une priorité dans l'ensemble des problèmes auxquels elles sont confrontées au quotidien. Se loger, assurer sa sécurité, boire et manger passent avant la préoccupation de consommer une alimentation de qualité. Elles ne parviennent pas à se projeter positivement dans l'avenir, à penser à préserver leur capital santé et sont peu ou pas réceptives aux messages de promotion de la santé.

Pour ces raisons, l'amélioration du niveau de vie et du niveau socio-économique des personnes défavorisées devrait constituer un axe prioritaire pour la Communauté française, même si cette dernière ne dispose pas des principaux leviers politiques en la matière.

Collecter des données

Pour pouvoir réduire ces inégalités, il est nécessaire de se pencher sur la collecte de données concernant ce public particulier, et surtout de pouvoir les exploiter. Une personne ressource

pourrait être chargée de mesurer l'impact des politiques menées sur les publics précarisés, avec l'aide des organismes de collecte des données, et de faire des propositions pour ajuster ces politiques.

Messages adéquats

Il s'agit de s'assurer de l'adéquation des messages de promotion de la santé avec les représentations des populations défavorisées. Les nombreuses campagnes autour de l'alimentation saine devraient être pré-testées spécifiquement auprès de ces publics pour s'assurer de la bonne compréhension des messages.

Le 'nerf de la guerre'

Davantage de moyens devraient être accordés aux programmes de promotion de la santé visant spécifiquement à réduire les inégalités en matière de santé par des stratégies locales ou communautaires qui ont fait leurs preuves. Les conclusions tirées de ces expériences devraient aider les pouvoirs publics à prendre les décisions adéquates.

Augmenter l'offre de produits sains et abordables financièrement

Un grand nombre d'organisations telles que les banques alimentaires ainsi que les épiceries et les restaurants sociaux assurent une offre de produits alimentaires financièrement abordables. En outre, elles apportent une plus-value puisqu'elles donnent l'occasion d'entretenir une vie sociale pour les publics précarisés. On a aussi déjà pu constater l'impact direct et considérable de ces organismes sur la santé.

■

La participation des populations précarisées aux actions en lien avec l'alimentation devrait constituer une priorité stratégique pour les décideurs politiques et les responsables d'associations agissant en leur faveur.

■

La plupart de ces initiatives sont pourtant axées sur la « survie ». Ici, c'est de tout autre chose que nous parlons, de « vivre sainement ».

Les structures d'aide alimentaire ont le souci de distribuer des aliments en adéquation avec les recommandations, en proposant notamment à leur personnel bénévole et salarié, des formations pour la constitution de colis ou repas équilibrés. Mais elles se heurtent souvent à de fortes contraintes d'approvisionnement. Elles sont en effet dépendantes des aides de l'État, des dons des acteurs privés ou de la population. En soutenant ces organisations, le pas de la « survie » au « vivre sainement » pourrait être franchi. Un mode de vie sain pourrait ensuite être plus facilement soutenu par ces organisations auprès des populations.

Recensement

Actuellement, il est difficile de quantifier ces initiatives de proximité en Wallonie et de connaître l'étendue de leur travail. Par conséquent, en faire un inventaire constitue un préalable nécessaire. Les CLPS pourraient prendre ce recensement en charge, chacun pour leur région. Cet état des lieux permettrait une meilleure distribution de ces organi-

sations dans le paysage régional et favoriserait l'émergence de nouvelles initiatives, avec les partenaires locaux.

'Bonnes pratiques'

Un guide à destination des professionnels sur la qualité et l'accessibilité financière de l'offre alimentaire visant les publics précarisés pourrait valoriser les expériences et démarches les plus intéressantes, comme la Fondation Roi Baudouin l'a fait pour l'alimentation à l'école.

Favoriser la participation citoyenne

Chaque groupe social possède un certain nombre de croyances par rapport à l'alimentation. Ces éléments constituent des déterminants importants en matière de nutrition. Les négliger peut hypothéquer les actions mises en place en faveur de la santé.

Pour chacune des actions visant à favoriser l'alimentation saine des publics précarisés, il conviendrait de prendre en compte les attentes et les résistances éventuelles de ceux-ci. De la définition des besoins et des actions jusqu'à la réalisation et l'évaluation de celles-ci, les populations précarisées devraient être impliquées pour pouvoir atteindre l'objectif ambitieux de faire changer les comportements de santé.

Dans ce sens, la participation des populations précarisées aux programmes / actions en lien avec l'alimentation devrait constituer une priorité stratégique pour les décideurs politiques et les responsables d'associations / d'institutions agissant en leur faveur. Ainsi, comme prévu précédemment par le Programme quinquennal 2004-2008 de promotion de la santé, cette volonté d'impliquer activement les populations devrait très certainement être réaffirmée.

Conclure des partenariats stratégiques...

Sans négliger de mettre en place des politiques / dynamiques interministérielles et intersectorielles.

La promotion de la santé est un jeune secteur en plein développement, confronté à de grandes attentes et auquel beaucoup de problématiques sont soumises.

L'envie ne manque pas de répondre à toutes ces attentes mais les moyens sont limités et des choix parfois difficiles doivent être opérés. Pour cette raison, les acteurs en promotion de la santé devraient privilégier un travail concerté, basé sur une approche stratégique et systématique.

Privilégier une démarche intersectorielle

Un certain nombre de projets ont vu le jour dans des structures telles que les épiceries et les restaurants sociaux, les CPAS... mais il s'agit trop souvent de projets isolés. On sait que la « bonne santé » est multifactorielle. C'est pourquoi il faudrait créer les conditions d'une action plus globale et plus adaptée aux réalités. Pour ce faire, il serait nécessaire de privilégier une démarche intersectorielle et d'opérer un travail de réseau.

Des partenariats devraient être conclus avec des secteurs qui ont une fonction de levier suffisamment importante auprès des publics défavorisés, qui les rencontrent dans leur cadre de vie, afin de déployer des pratiques de prévention proches de la population. Ce partenariat et ce travail de réseau devraient favoriser la responsabilité de chaque secteur d'une part (santé, éducation, politique...) mais également la mise en avant des actions menées par chaque partenaire d'autre part. Des programmes stratégiques de collaboration au niveau local devraient également être mis en place, afin de viser des objectifs à plus long terme. Ces collaborations viseraient une intégration de la promotion de l'alimentation saine dans tous les secteurs et la création de plaques tournantes locales en promotion de la santé. Il s'agirait également de favoriser la concertation et les partenariats entre les différents pouvoirs publics et privés (fédéral, régional, communautaire, entrepreneurial, communal...).

Ce travail intersectoriel favoriserait le décloisonnement et la mise en commun de ressources.

Les politiques devraient susciter et soutenir la mise en réseau des associations en créant des passerelles entre les secteurs, en créant des points de rencontre entre ces réseaux et en accordant aux projets les moyens humains et financiers nécessaires pour y parvenir.

Mettre en place une dynamique interministérielle

Une approche interministérielle devrait également être privilégiée et l'interaction entre le champ de la santé et les autres champs devrait pouvoir être évaluée. Cette articulation aurait pour but de dépasser les limites des compétences des différents pouvoirs publics. Seule, une politique interministérielle peut tout au moins favoriser les décisions qui ont pour effet de produire de la santé. Mais il est nécessaire d'aller plus loin.

On sait qu'il existe une réelle difficulté de favoriser les approches intersectorielles, faute, notamment, d'accords interministériels. L'implication des acteurs de tous secteurs serait nécessaire, afin de veiller progressivement à ce que chaque législation ou initiative mise en place soit « porteuse » de santé, dans une logique de développement durable. L'enjeu des prochaines années sera d'articuler les différents programmes qui doivent intervenir, le plus possible, en amont des problèmes de santé et de façon globale.

Fixer des objectifs, mesurer l'impact et évaluer

Fixer des objectifs clairs

De bons objectifs devraient être :

- pertinents : cohérents avec l'analyse des besoins (réalisée en association avec la population concernée);
- réalistes : ils devraient, raisonnablement, pouvoir être atteints à l'issue de l'action ou de la recherche;
- acceptables : ils devraient l'être pour les acteurs impliqués et pour la population concernée;
- opérationnalisables : ils devraient être exprimés en termes évaluable.

Permettre l'évaluation des actions

Définir clairement ses objectifs ne constitue pas une garantie de les atteindre. C'est pourquoi la mise en place d'évaluations régulières des politiques serait nécessaire. Cela permettrait de déterminer quels objectifs ont été réalisés, d'identifier la manière dont ils l'ont été, de repérer les difficultés rencontrées et de tendre vers une amélioration constante des processus à mettre en œuvre. Les stratégies et interventions qui promeu-



Photo © Isopix

vent un mode de vie sain, visant ainsi la réduction des inégalités, ne sont pas simples à évaluer. L'impact sur la santé ne peut en effet se vérifier que sur du long terme. Cette évaluation de la réduction des inégalités implique donc des techniques spécifiques d'évaluation supplémentaires. Pour pouvoir évaluer l'impact d'une action déterminée, il faut prévoir des évaluations intermédiaires. Il serait donc important d'une part de laisser le temps nécessaire aux porteurs de projets pour mener à bien ces évaluations et, d'autre part, de mettre à leur disposition des outils co-construits avec eux.

Multiplier et ancrer les bonnes pratiques

Beaucoup de projets locaux promouvant l'alimentation saine des groupes défavorisés ont prouvé leur efficacité. Ils devraient être démultipliés à grande échelle et être ancrés structurellement dans le travail quotidien. Les acteurs doivent apprendre de leur expérience et les intégrer dans leur travail. Plus que de nouveaux projets à soutenir, la valorisation des expériences probantes et de l'expertise devrait être soutenue. Il est plus aisé de travailler à partir de projets existants : ceux-ci peuvent servir de base, de point de départ.

Par exemple, certains secteurs comme les restaurants sociaux sont à peine organisés. Ils devraient, tant au niveau central que local, rece-

voir plus de soutien pour servir d'exemples.

Il est essentiel que les décisions politiques s'appuient sur les expériences croisées et les bonnes pratiques des professionnels de terrain et mettent en place des mécanismes financiers à cette fin.

Augmenter les compétences par la formation

Une offre de formation continuée pour les relais

Promouvoir l'alimentation demande un travail participatif avec les groupes défavorisés. Les acteurs de terrain doivent donc disposer de compétences leur permettant d'effectuer ce travail. Il est important pour eux de pouvoir partager leurs expériences grâce à une offre de formation, afin d'augmenter leurs compétences et leur capacité d'action en promotion de la santé.

Les politiques devraient s'assurer qu'une offre de formation continuée des acteurs de première ligne soit mise en place.

Former les prestataires de soins

En termes de formation, il apparaît également trop souvent que les médecins, les diététiciens et le personnel infirmier disposent d'une connaissance insuffisante des publics défavorisés. Un effort serait donc à faire pour compléter la formation des prestataires de soins.

Les enfants et les personnes qui les élèvent, un groupe cible prioritaire

Le travail préventif sur l'alimentation saine est plus efficace auprès des jeunes enfants. L'accompagnement des responsables de leur alimentation devrait clairement constituer un axe prioritaire. Celle-ci doit être mise clairement en lien avec l'éducation.

Il s'agit de mener des actions de sensibilisation, d'information et d'éducation à propos des comportements permettant une meilleure santé (alimentation, pas de tabac, activité physique): actions médiatiques, relation interpersonnelle (agir auprès des enfants et de leur famille, via l'école et autres lieux de socialisation), actions de proximité, événements communautaires...

Les acteurs prioritaires identifiés sont :

- les acteurs des milieux de vie (familles, écoles, milieux d'accueil...);
- les membres des collectivités locales (communes et associations locales, notamment sportives);
- les relais auprès des populations les plus vulnérables.

Les lieux de vie tels que les milieux d'accueil des jeunes enfants (accueil de 0 à 3 ans, accueil extrascolaire) mais aussi les lieux de soins et d'hébergement des différentes catégories d'âges se prêtent particulièrement bien à une stratégie de promotion de la santé. Certains milieux d'accueil touchent une population en situation de vulnérabilité et

mériteraient, de ce fait, une attention particulière. Cette approche, visant les milieux de vie professionnalisés, ne doit pas faire négliger le milieu familial, source de toute éducation, y compris dans le domaine de la santé.

■
Il est essentiel que les décisions politiques s'appuient sur les expériences croisées et les bonnes pratiques des professionnels de terrain et mettent en place des mécanismes financiers à cette fin.
■

Le milieu scolaire ferait l'objet d'une attention toute particulière. En effet, la population des jeunes de 6 à 18 ans est soumise à l'obligation scolaire, et la Communauté française rassemble des compétences particulièrement orientées vers ce public. C'est évidemment une opportunité exceptionnelle pour développer des programmes cohérents de promotion de la santé à l'école.

Cette dernière devrait démarrer dès la maternelle dans le cursus scolaire et représenter un des axes de la lutte contre l'inégalité en matière de santé. Il est essentiel de veiller à toucher les parents par ce biais et de les impliquer dans les actions de santé organisées au sein de l'école. Les services PSE pourraient prendre en charge ce type d'initiatives mais cela nécessiterait aussi l'adhésion et des prises de position cohérentes

de la part des autorités de tutelle et des pouvoirs organisateurs.

Inclure les personnes âgées dans les actions visant les publics précarisés

Dans les maisons de repos ou autres établissements d'hébergement pour personnes âgées, même si on peut considérer que, dans la plupart des cas, la nourriture est présente en quantité et en qualité satisfaisante, on constate qu'un haut pourcentage de résidents est en état de dénutrition. La dénutrition est une problématique fréquente avec des conséquences considérables sur la santé. Elle est un facteur de risque considérable d'augmentation de la morbidité.

Pour y remédier, conformément aux recommandations du Plan national nutrition santé, il faudrait prévoir des procédures de dépistage et de suivi de l'état nutritionnel des personnes âgées, sensibiliser et former le personnel des MRS/ MRPS à cette problématique et garantir l'accès à une alimentation saine et équilibrée. La Région wallonne devrait donc poursuivre et renforcer son action en ce sens.

En somme, il y a là un magnifique chantier pour les nouveaux responsables politiques à la Communauté française et à la Région wallonne. Gageons qu'ils ne manqueront pas d'entendre les acteurs de terrain.

Carole Feulien et Christian De Bock

STRATÉGIE

Le Conseil supérieur de promotion de la santé

Le Conseil supérieur de promotion de la santé a été renouvelé en mai 2009. Occasion pour nous de présenter le principal organe d'avis de la Communauté française en matière de santé, dont les recommandations – qui n'ont aucun caractère contraignant – sont suivies avec des fortunes diverses par les décideurs

politiques. Le présent article évoquera aussi quelques enjeux actuels et futurs de ses travaux.

Missions et composition

Le Conseil supérieur de promotion de la santé a été créé par le décret du 14 juillet 1997 por-

tant organisation de la promotion de la santé en Communauté française¹.

Dans le cadre du Programme quinquennal de promotion de la santé et du Plan communautaire opérationnel, le Conseil a trois missions :

- proposer des axes prioritaires et des straté-

¹ Tous les textes législatifs cités sont accessibles sur le site de la Direction générale de la santé (DGS) www.sante.cfwb.be

gies en matière de promotion de la santé et de médecine préventive (envisagée dans ses aspects collectifs);

- donner avis sur les projets de Programme quinquennal et de Plan communautaire opérationnel. Cette mission est la suite logique de la précédente;
- enfin, faire rapport sur l'exécution du Programme et du Plan.

Le Conseil remet également au Gouvernement, d'initiative ou à la demande de ce dernier, des avis sur toute question relative à la promotion de la santé, y compris la médecine préventive, en veillant particulièrement à instruire les questions d'éthique.

À côté de ces missions premières, il remet aussi avis sur des dossiers concrets par l'intermédiaire de ses 3 commissions permanentes (voir plus loin).

Le Conseil est composé de membres nommés par le Gouvernement pour une période de 5 ans. Ces mandats sont renouvelables. Les qualités de ses membres visent à une certaine représentativité des acteurs concernés par la prévention (écoles de santé publique, médecine générale, provinces, promotion de la santé à l'école, usagers des services de santé, mutualités, société civile...).

La liste nominative des membres actuels du Conseil a été publiée dans le numéro 247 de juillet-août d'Éducation Santé.

Les commissions

Une commission est un groupe de travail à caractère permanent composé d'une partie des membres effectifs et suppléants du Conseil et éventuellement d'experts extérieurs. Elle est chargée par le Conseil d'une mission déléguée; dans les limites de ce mandat, elle émet de façon autonome des avis qu'elle ne fait pas approuver en assemblée du Conseil. Toutefois, son président et son secrétaire rendent compte régulièrement en assemblée plénière de ses activités.

Trois commissions ont été mises en place : la commission Campagnes radiodiffusées, la commission Programmes d'actions et de recherches en promotion de la santé et la commission Épidémiologie.

La **commission Campagnes radiodiffusées** a

Quelques chiffres du Conseil sortant

- Le Conseil a tenu 54 assemblées plénières entre 2004 et 2009. Le quorum a été atteint 47 fois et le taux moyen de participation a été de près de 62 %. Au cours de ces 54 assemblées, le Conseil a remis 20 avis sur des agréments, 7 avis sur des subventionnements, 26 avis à la demande du Gouvernement, et 20 avis d'initiative.
- La commission Campagne radiodiffusée s'est réunie 43 fois.
- La commission Programmes s'est réunie 42 fois.
- La commission Épidémiologie s'est réunie 25 fois
- Le Conseil a constitué cinq groupes de travail, sur les sujets suivants : bonnes pratiques en matière de dépistage², fondations privées et tabac, Plan national nutrition et santé, mise en forme de l'avis du Conseil sur le Programme quinquennal, partenariats public-privé.

pour mission de remettre avis dans le cadre des demandes de diffusion gratuite de campagnes de promotion de la santé par les organismes publics et privés de radiodiffusion.

■
Le Conseil a consacré beaucoup d'énergie à remettre avis sur les programmes de médecine préventive instaurés en Communauté française : dépistage du cancer du sein, dépistage des anomalies congénitales, dépistage du cancer colorectal, dépistage néonatal de la surdité.
■

Elle examine en particulier la cohérence, la rigueur scientifique, l'éthique et l'intelligibilité des messages formulés dans les projets qui lui sont soumis.

Elle examine une seconde fois les messages approuvés par le Ministre de la Santé, en portant sa seconde analyse notamment sur la qualité de la 'traduction' du dossier en images et/ou en sons.

Le demandeur utilise un formulaire de demande d'espaces gratuits, conformément à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 18 janvier 1995.

La **commission Programmes d'action et de recherches en promotion de la santé** a pour mission de remettre avis sur les demandes

de financement pour des programmes d'actions et de recherche en promotion de la santé à portée communautaire, qui ont au préalable été considérées éligibles par l'Administration.

Tout programme doit être présenté suivant un canevas de rédaction légal. La Commission utilise une grille d'appréciation de la qualité des projets. Cette grille cherche à favoriser une lecture transversale du projet pour permettre un débat et une appréciation globale par la commission d'avis. Ainsi elle se fonde sur les rubriques/questions énumérées dans le canevas de rédaction en les structurant suivant cinq dimensions (pertinence, cohérence, plus-value, crédibilité, priorité). Chacune des cinq dimensions comprend un ensemble plus large de critères.

La **commission Épidémiologie** a pour mission de remettre avis sur les demandes de financement pour des programmes à caractère épidémiologique. Dans l'attente d'un fonctionnement effectif de cette commission, certains dossiers ont été examinés par l'assemblée du Conseil. D'autres programmes de promotion de la santé dont une des composantes relevait des recueils et traitements de données ont été analysés par la Commission Programmes.

Cette commission a rencontré depuis le début de ses travaux des difficultés quant à l'exécution de ses missions légales, notamment par manque de précision quant à la nature exacte de son mandat.

2 Éducation Santé a publié la synthèse de ce travail de longue haleine en annexe de sa livraison de mars 2009.

Les groupes de travail

Un **groupe de travail** se distingue d'une commission par le caractère temporaire de ses activités. Il est composé d'une partie des membres effectifs et suppléants du Conseil, sur une base volontaire, et éventuellement d'experts extérieurs.

Les groupes de travail sont mis en place par l'assemblée qui fixe leur mandat et la durée de leurs travaux. Ils font rapport au Conseil de l'état d'avancement de leurs travaux; et leurs conclusions sont soumises à la discussion et à l'aval du Conseil.

Les représentations

Le Conseil en tant que tel est aussi impliqué dans les travaux de plusieurs instances : Commission promotion de la santé à l'école, Commission de promotion de la santé dans la pratique du sport, Comité de pilotage du PCO cardiovasculaire, Comités de pilotage de l'Institut scientifique de santé publique.

Un investissement important dans les tâches décrétales

Le Conseil a investi un temps important dans les discussions et avis relatifs au Programme quinquennal et au Plan communautaire opérationnel, ce qui est normal puisqu'il s'agit d'une de ses missions fondamentales.

Il a aussi consacré beaucoup d'énergie à remettre ses avis sur les programmes de médecine préventive instaurés en Communauté française : dépistage du cancer du sein, dépistage des anomalies congénitales, dépistage du cancer colorectal, dépistage néonatal de la surdité.

Points d'attention

Promotion de la santé et médecine préventive

Lors de la discussion du décret de 2003 modifiant celui de 1997, le Conseil avait précisé que le champ de la promotion de la santé intégrait la médecine préventive. C'est ainsi que l'appellation « la promotion de la santé, y compris la médecine préventive... » a été choisie dans la nouvelle formulation du texte 'fondateur', afin de mettre en évidence la

nécessité pour les programmes de médecine préventive de s'inscrire dans une approche de promotion de la santé et de développer les stratégies de celle-ci.

Le Conseil a insisté à plusieurs reprises sur « *le caractère incontournable de stratégies de promotion de la santé pour que les programmes de médecine préventive aboutissent à leurs objectifs en termes de couverture et aient un impact sur la réduction des inégalités face à la santé. Ce sont les stratégies de promotion de la santé qui permettent une participation éclairée des populations à ces programmes. Les stratégies et méthodes de la promotion de la santé favorisent, auprès des populations, l'ancrage et le travail en profondeur, dans le long terme, des actions de médecine préventive... en agissant sur les déterminants de la santé, sur les processus de changement individuel et collectif* ».

Financement du dispositif et du secteur

Le décret du 14 juillet 1997 a mis en place un dispositif comprenant deux types de services agréés : 4 services communautaires et 10 centres locaux de promotion de la santé. Sur base du décret modificatif de juillet 2003³, un centre de référence, service d'un 'troisième type', a été agréé. De nouvelles missions et de nouvelles priorités ont également été attribuées aux centres locaux et aux services communautaires.

Au vu des rapports de ces services, les demandes qui leur sont faites sont de plus en plus nombreuses et complexes. Les charges salariales et les coûts de fonctionnement ont augmenté; parallèlement, les financements n'ont pas bougé mis à part l'indexation⁴.

Cette situation mène à un goulot d'étranglement qui risque d'aboutir à une situation de blocage du secteur. Ceci est d'autant plus évident pour les CLPS, dont les pôles de compétences se sont développés et diversifiés et dont le rôle de décentralisation devrait être renforcé afin de répondre aux besoins et aux demandes du terrain.

En outre, la priorisation vers de nouveaux programmes de médecine préventive et l'affectation de budgets significatifs vers ceux-ci

mettent en péril les programmes de promotion de la santé existants. C'est d'autant plus vrai que les moyens attribués au secteur de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive, restent dérisoires comparés à ceux affectés au secteur curatif, qui est lui du ressort du niveau fédéral. Cette situation pose à nouveau la question de la répartition des compétences entre les niveaux de pouvoir et celle du refinancement de la Communauté française.

Multiplicité des niveaux de compétences

Le secteur de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive, est confronté à une difficulté institutionnelle qui concerne d'ailleurs l'ensemble de la santé en Belgique. La multiplicité des niveaux de décision rend plus difficile le travail des acteurs : de plus en plus souvent, des 'plans' apparaissent au niveau national sous l'égide du fédéral qui demande ensuite aux Communautés de les décliner localement.

Le manque de concertation et d'élaboration avec l'ensemble des acteurs et publics concernés, ainsi que l'absence de prise en compte des initiatives déjà développées par les entités fédérées posent la question de la pertinence et de la cohérence des programmes implantés au niveau local. La conséquence peut être qu'une Communauté décline l'invitation à investir dans un plan (cas du Plan national nutrition et santé, boycotté depuis le début par la Communauté flamande, alors que les Communautés française et germanophone y collaborent).

Apparaissent également des choix d'orientation différents entre ces niveaux de pouvoir. Ceci est d'autant plus marqué au niveau du secteur de la promotion de la santé qui estime essentiel de mobiliser l'ensemble des acteurs de tous les secteurs concernés : éducatif, socioculturel, environnemental et social. Le Conseil a d'ailleurs observé au cours de son dernier mandat un élargissement des demandes hors du champ des compétences santé prises au sens strict (cela confirme le caractère transversal des compétences santé de la Communauté française).

³ Décret du 17 juillet 2003 modifiant le décret du 14 juillet 1997 organisant la promotion de la santé.

⁴ Certains programmes dont les activités ont un caractère permanent sont encore plus mal lotis, puisqu'ils ne bénéficient même pas d'une indexation annuelle.

Difficulté d'évaluer le dispositif

Un bilan du premier Programme quinquennal 1998-2003 avait été entrepris à l'initiative du précédent Conseil (1998-2004). Il avait mis en évidence, de façon modeste et parcellaire, l'impossibilité d'aboutir à une véritable évaluation du Programme, notamment à cause des ressources limitées et de l'absence d'indicateurs de suivi.

Depuis 2004, le Conseil a redit l'importance qu'il accordait à une évaluation du dispositif mis en place par le décret de 1997. Il entendait par là l'évaluation des structures agréées (CLPS, SCPS et centres de références, le Conseil lui-même et ses commissions) ainsi que l'évaluation du Programme quinquennal et du Plan communautaire opérationnel.

À différentes reprises (travaux en rapport avec le programme quinquennal, le PCO, avis relatifs aux agréments des CLPS), le Conseil a rappelé au Gouvernement l'importance de cette évaluation, sans succès. Cela va sans doute changer prochainement, car une modification récente du décret du 14 juillet 1997 prévoit ce travail, qui devrait d'ailleurs être mis en route sous l'égide du Conseil.

Multiplication des centres de référence

Le Conseil a relevé à plusieurs reprises certaines difficultés induites par la multiplication de centres de référence créés par problématique (cancer, anomalies congénitales, surdité). Cela entraîne une verticalisation de plus en plus forte du dispositif, qui constitue selon lui un frein important à une approche globale de la santé envisagée en fonction des publics et/ou des milieux.

Et demain...

Le Conseil a entamé une **réflexion éthique**, qui mérite incontestablement d'être approfondie. En effet, on observe de plus en plus un investissement massif du secteur privé dans la santé, qui lui permet d'y affirmer sa 'responsabilité sociale' comme il le fait dans le domaine du 'marketing vert'. Cette tendance lourde ne peut être encouragée que si des balises fortes empêchent d'inévitables dérapages. Le Conseil pourrait se mobiliser sur cette passionnante question.

Il pourrait aussi avancer dans la réflexion sur la mise en place d'un **système d'informations sanitaires** efficace et opérationnel, que nombre d'ac-

teurs en santé publique appellent de leurs vœux depuis des années. L'unique décision fut la mise en place au niveau de la Direction générale d'une mini-cellule d'informations socio-sanitaires.

Le Conseil a souvent déploré que l'opinion dominante a une vision étriquée et caricaturale de la promotion de la santé, qu'il s'agisse du grand public, des médias, voire même des politiques (à quelques remarquables exceptions près heureusement). Il y a là un **enjeu 'pédagogique' essentiel** sur lequel il pourrait utilement travailler dans les prochains mois...

Roger Lonfils, Directeur de la promotion de la santé au Ministère de la Communauté française, et **Christian De Bock**

Source : *Rapport global du Conseil supérieur de promotion de la santé, mars 2004 à mars 2009. Ce document de 26 pages comprend aussi un tableau de synthèse des travaux du Conseil, la liste de tous ses avis, une synthèse des travaux des commissions Campagnes et Programmes, et la liste de toutes les réunions d'information tenues par le Conseil au cours de la période considérée. Il est téléchargeable sur le site www.sante.cfwb.be*

OUTIL

La mort fait partie de la vie : l'école en parle

Description de l'outil

Ce dossier pédagogique, destiné à sensibiliser le monde scolaire à parler de la mort avec les enfants, fait suite à une exposition sur le cycle de la vie organisée par plusieurs plates-formes de soins palliatifs en Belgique. Thèmes traités : la mort dans la société, dans le monde de l'enfance, en lien avec les socles de compétences, conceptualisation de la mort d'âge en âge... Il propose des activités pour éveiller l'enfant au cycle de la vie.

Le guide contient également une bibliographie, une liste d'associations ressources, des annexes (mandala, chanson, conte).

Le dossier a été réalisé par des représentants des associations en soins palliatifs, des centres psycho-médico-sociaux (CPMS), du Centre

local de promotion de la santé (CLPS) de Liège, du Département pédagogique de l'Université de Liège (ULg) et du secteur de l'enseignement. L'exposition itinérante et interactive sur le cycle de la vie, qui présente de manière ludique les étapes de la vie (naître, grandir, vieillir, mourir), a été créée en 2000 sous l'impulsion de l'association Jalmalv Ardennes – Jusqu'à la Mort Accompagner la Vie (<http://www.jalmalv.fr/>). Elle fut accueillie de 2005 à 2007 par plusieurs plates-formes de soins palliatifs.

Éditeur - Promoteur de l'outil :

Plate-forme des soins palliatifs en Province de Liège asbl, Bd Émile de Laveleye 78, 4020 Liège. Tél.: 04 342 35 12. Fax : 04 342 90 96.

Courriel liege@palliatifs.be. Site : <http://palliatifs.be/francais/liege/entreefrlie.htm>



L'avis de la Cellule d'experts de PIPsa

La Cellule d'experts de l'Outilthèque-santé gérée par le Service Promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes, a octroyé la mention « coup de cœur » à cet outil (janvier 2008).

Appréciation globale

Cet outil offre une porte d'entrée concrète pour aborder les premières interrogations par rapport à la vie et la mort, celle-ci étant considérée comme un élément naturel d'un cycle

de vie. Essentiellement préventif, l'outil n'aide pas à faire face à une situation de crise ou de deuil réel, surtout lorsque la mort est « a-normale » : enfant, accident, suicide... ou lorsque les rites de deuil diffèrent trop des nôtres. Parler de la mort est profitable à la santé. L'utilisation de ce type d'outil risque cependant de soulever des questions éthiques ou philosophiques (non abordées dans le guide) et de soulever/réveiller des peurs, tant chez l'adulte que chez l'enfant. S'entourer/se préparer sera prudent. Le guide fournit des pistes soutenant pour le professionnel : aspect clair, structuré; repères

intéressants, accessibles et synthétiques; activités pertinentes et motivantes; références abordables. L'attractivité de sa mise en page renforce l'envie de l'utiliser.

Prévoir 2h pour parcourir le guide et réfléchir à la manière de l'utiliser.

Objectifs de l'outil

Exprimer des représentations et préoccupations face à la mort.

Comprendre la mort comme une fin naturelle d'un cycle biologique.

Prévenir/en parler avant d'être confronté à la mort.

Public cible

Maternel et primaire (utilisation possible 1^{er} cycle secondaire).

Réserves

Risque de situation de « révélation », partenariat multidisciplinaire nécessaire.

Utilisation conseillée

Préalablement s'interroger sur ce que ce thème peut réveiller en soi et chez les enfants. Interdisciplinarité, avec CPMS; s'entourer de personnes ressources.

LU POUR VOUS

Pratiques communautaires

Bernard Goudet, intervenant en sociologie, anthropologie et psychologie sociale dans le champ de l'action sanitaire et sociale, vient de publier chez Chronique sociale (Lyon) 'Développer des pratiques communautaires en santé et développement local'.

Cet ouvrage s'adresse à tous ceux qui sont engagés dans des pratiques d'actions communautaires dans le champ de la santé publique et de l'action sociale ou qui souhaitent le faire. Il s'appuie sur une longue expérience d'action, de conseil technique, de

formation et de recherche dans le champ du travail social et de la promotion de la santé. Il propose trois parties.

Connaître : les repères permettant de comprendre comment s'est constitué le champ des pratiques communautaires et de retrouver les éléments principaux des documents et des définitions.

Comprendre : les rapports entre le développement des pratiques communautaires et les modes de structuration des sociétés, des outils d'analyse pour renforcer les processus de développement des actions communautaires.

Agir : la mise en œuvre des pratiques communautaires grâce à des schémas méthodologiques illustrés d'exemples diversifiés.

Une grille d'analyse des pratiques communautaires termine l'ouvrage.

Les acteurs concernés pourront ainsi donner du sens à leur pratique, étayer leurs repères théoriques et renforcer l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de projets.

Bernard Goudet, 'Développer des pratiques communautaires en santé et développement local', Chronique sociale, Lyon, 2009, 356 pages, 16 euros 90. Adresse de l'éditeur : 7 rue du Plat, 67002 Lyon, France. En vente via le site www.chroniquesociale.com.

Développer des pratiques communautaires en santé et développement local

Le contenu en bref

Introduction

Première partie - Connaître

Chapitre 1 - Pratiques communautaires en promotion de la santé et développement social

Chapitre 2 - Doctrines

Deuxième partie - Comprendre

Chapitre 3 - Contingences sociétales du développement des pratiques communautaires

Chapitre 4 - Intérêt et limites théoriques et pratiques des approches de la santé communautaire et de la promotion de la santé

Chapitre 5 - Éclairages sociologiques sur les conditions de l'action communautaire

Chapitre 6 - Enjeux de la convergence des

référentiels de promotion de la santé, du développement social et du développement durable

Troisième partie - Agir

Chapitre 7 - Typologie des pratiques communautaires actuelles

Chapitre 8 - Méthodologie de projet à intention communautaire

Chapitre 9 - Présentation et analyse comparative de différentes actions communautaires

Chapitre 10 - Présentation de six démarches modélisées

Chapitre 11 - Apport de deux problématiques sociologiques à la démarche de projet en santé communautaire

Conclusion

Bibliographie

La lutte contre la tuberculose

Tableau de bord de la santé en Communauté française

Bien que, selon l'OMS, la Belgique soit en phase d'élimination de la tuberculose, on constate, depuis les années 1990, un ralentissement dans la régression de la maladie. La tuberculose reste donc une maladie infectieuse importante dans notre pays. Elle a été identifiée comme une problématique prioritaire du Programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008.

En Communauté française, le Fonds des affections respiratoires (FARES) élabore chaque année un registre de la tuberculose qui rassemble les données recueillies sur la forme active de la maladie. Ce registre, ainsi que d'autres documents rédigés par le FAIRES, constituent les sources principales des informations contenues dans le cahier consacré à la lutte contre la tuberculose du *Tableau de bord de la santé en Communauté française*.

État de santé de la population

Nombre de cas et incidence

En 2006, 374 patients tuberculeux ont été déclarés en Région bruxelloise et 306 en Région wallonne. L'incidence de la tuberculose à Bruxelles est 4 fois plus élevée qu'en Wallonie et près de 5 fois plus élevée qu'en Flandre.

Toujours en 2006, aussi bien en Wallonie qu'à Bruxelles, la majorité des patients étaient âgés de 25 ans et plus, avec toutefois une population plus âgée en Wallonie. Dans les deux régions, près de deux tiers des patients tuberculeux étaient de sexe masculin.

En ce qui concerne la nationalité, Bruxelles compte 76,7 % de patients tuberculeux d'origine étrangère; la Wallonie en compte 32 %. « Cette différence s'explique par le fait que les capitales rassemblent davantage de populations étrangères, défavorisées et précarisées, remarque **Nathalie Moreau**, chercheuse pour le Service SIPES à l'École de santé publique de l'ULB. Mais au niveau de toutes les régions confondues, les étrangers ne sont pas plus concernés par la maladie que les Belges. »

La mortalité

La mortalité liée à la tuberculose reste très faible. Elle évolue différemment, d'une part, en Région bruxelloise et en Région wallonne, et d'autre part, en fonction du sexe. En Wallonie, la mortalité chez les hommes était plutôt stable entre 1987 et 1992. Elle a connu une recrudescence entre 1992 et 1994 pour revenir, après 1994, à son niveau de 1987. À Bruxelles, la mortalité a globalement diminué chez les hommes avec toutefois des pics réguliers de mortalité. Chez les femmes, la mortalité est restée stable avec des pics de mortalité en 1988, en 1990 et en 1994.

Selon les dernières statistiques de décès datant de 1997¹, 15 personnes sont décédées de la tuberculose dans la Région bruxelloise et 44 dans la Région wallonne. Dans les deux régions, la mortalité par tuberculose est plus élevée chez les personnes de plus de 64 ans et chez les hommes. Par contre, le taux de mortalité diffère peu entre Belges et non Belges.

Le dépistage

Les activités liées au diagnostic précoce tiennent une place prépondérante dans la stratégie visant à contrôler et à éliminer la maladie. En général, ces activités sont prises en charge par le secteur curatif.

Il existe deux types de dépistage pour la tuberculose : le dépistage passif est réalisé lors d'une visite spontanée d'un individu présentant une plainte auprès du médecin. Le dépistage actif relève, quant à lui, d'une procédure organisée auprès de tous les individus appartenant aux groupes identifiés comme étant à risque.

En 2005, le résultat des examens microscopiques était disponible pour 1 106 personnes parmi les 1 144 malades. Seulement un peu plus du tiers des personnes atteintes de tuberculose étaient porteuses d'une forme contagieuse. Ce taux était plus élevé en Wallonie où près d'un malade sur deux était atteint d'une forme contagieuse. Ceci peut s'expli-

quer, en partie, par l'âge médian plus élevé chez les malades résidant en Wallonie que dans les autres régions, et par le fait que les formes pulmonaires de la tuberculose sont plus fréquentes chez les malades plus âgés.

En ce qui concerne la localisation pulmonaire, celle-ci est plus fréquemment rencontrée chez des sujets tuberculeux belges, adultes, de sexe masculin. Les sujets étrangers, les femmes et les enfants présentent plus fréquemment une forme ganglionnaire non contagieuse.

En Wallonie comme à Bruxelles, plus de 85 % des patients tuberculeux déclarés en 2006 ont été diagnostiqués à l'occasion d'une consultation spontanée. Près de 10 % ont été détectés lors d'un dépistage actif organisé dans des groupes à risque et moins de 6 % lors de dépistage des contacts autour d'un patient contagieux.

Groupes à haut risque

Les maladies qui présentent de faibles taux d'incidence dans la population générale, comme c'est le cas pour la tuberculose en Belgique, ont tendance à se concentrer dans certains groupes dits à risque. Il est donc nécessaire de mettre en place, parallèlement au dépistage passif, des procédures de dépistage actif et ciblé.

En Communauté française, on considère que les groupes de population qui présentent un taux de détection et de prévalence de la maladie d'au moins 50/100 000 sont à haut risque de tuberculose et qu'un dépistage doit être organisé. Toutefois, l'intérêt du dépistage est conditionné à l'opportunité réelle pour les personnes dépistées d'avoir accès à un diagnostic et à un traitement, quelle que soit leur situation en terme de couverture sociale.

Le dépistage est actuellement organisé parmi les groupes à risque suivants : les demandeurs d'asile, les détenus, les primo-arrivants de pays à haute prévalence de tuberculose, les personnes socio-économiquement défavorisées, les personnes toxicomanes par voie intraveineuse, l'entourage de patients contagieux, les

¹ En principe, des données plus récentes sont maintenant disponibles, mais nous ne sommes pas arrivés à les obtenir malgré plusieurs tentatives...

personnes soumises à un risque élevé de contamination par le bacille tuberculeux (les professionnels en contact avec des malades, avec des groupes à haut risque...). « Parmi les demandeurs d'asile, le taux de couverture du dépistage actif à l'Office des Étrangers s'élevait à 98 % en 2006, souligne Nathalie Moreau. Par contre, ce taux n'atteignait, en 2005, que 65 % au sein des prisons. » Si le dépistage actif de la tuberculose dans les prisons représente un des éléments importants de la stratégie de contrôle et d'élimination de la tuberculose en Belgique, le FARES souligne que l'optimisation du contrôle de la maladie à ce niveau nécessitera la mise à disposition de moyens suffisants en personnel et en matériel. Le problème de la surpopulation carcérale devra également être abordé.

Le traitement

En 2006, le Registre de la tuberculose du FARES a enregistré 18 cas de tuberculoses multirésistantes en début de traitement (2,2 %). Ce taux est plus élevé qu'en 2005 (1,4 %). La cohorte de 2005 est constituée de 673 patients dont la tuberculose pulmonaire a été confirmée par une culture.

Les issues du traitement les plus fréquemment rencontrées peuvent être regroupées en trois grandes catégories :

Guérison : après les 12 mois de suivi, seulement 125 patients en Région bruxelloise (72 %) et 144 en Wallonie (77 %) ont été considérés comme guéris en 2006.

Décès : à Bruxelles, la mortalité parmi les personnes traitées est de 8 %. Ce taux est inférieur à la moyenne nationale (12 %) et au taux observé en Flandre. En Wallonie, la mortalité est particulièrement élevée (16 %). Ces chiffres de mortalité doivent toutefois être relativisés; en effet, la majorité des patients sont décédés d'une autre cause, soit avant le début du traitement, soit avant la fin du traitement. Parmi la cohorte 2005, le taux de décès dus à la tuberculose avant la fin du traitement était de 2,9 % à Bruxelles, 2,2 % en Wallonie et 3,6 % en Flandre.

Abandon : le taux d'abandon du traitement est de 21 % à Bruxelles et 7 % en Wallonie. Les abandons concernent essentiellement des patients qui ont été perdus de vue avant la fin du traitement. Les malades ayant dû quit-

ter la Belgique avant la fin de leur traitement représentent également une part non négligeable de ces abandons, particulièrement à Bruxelles.

Mise en perspective avec le Plan communautaire opérationnel

Au travers de ses activités, le FARES touche des publics précarisés ayant un accès limité aux soins. L'aspect social est fortement pris en compte sur le terrain, notamment dans la supervision du traitement.

Pour le programme d'élimination de la tuberculose, les objectifs du PCO portent sur les interventions réalisées auprès des groupes cibles (les malades, les groupes à haut risque, l'entourage des malades contagieux), ainsi que sur des interventions plus transversales visant à améliorer la qualité du programme.

■
En Communauté française, on considère que les groupes de population qui présentent un taux de détection et de prévalence de la maladie d'au moins 50/100 000 sont à haut risque de tuberculose.
■

Objectifs transversaux pour améliorer la qualité du programme

L'information pourrait être améliorée de manière générale et particulièrement dans les groupes à haut risque.

Par ailleurs, « les professionnels en contact avec les groupes ciblés devraient être plus sensibilisés au rôle qu'ils peuvent jouer au niveau de l'identification des personnes présentant des symptômes de la maladie et de leur orientation rapide vers le système curatif », observe Nathalie Moreau. « La collecte des données et l'amélioration de leur fiabilité devraient également faire l'objet d'un effort accru, particulièrement dans le milieu carcéral », note-t-elle encore.

Perspectives et recommandations

Les résultats en terme d'incidence de la maladie en Belgique pour 2006 (10,7/100 000) permettent d'espérer que le seuil des 10 cas pour 100 000 habitants sera atteint très prochainement. « Si l'incidence de la maladie est

faible grâce aux efforts fournis, il ne faut cependant pas baisser la garde », constate Nathalie Moreau. La concentration de la tuberculose dans certains groupes de la population demande, en effet, de poursuivre et de renforcer les efforts entrepris.

L'hétérogénéité de la maladie, que ce soit au niveau géographique (concentration dans les grandes villes, incidence plus élevée à Bruxelles...), au niveau de l'âge (population plus âgée parmi les malades belges, plus jeune parmi les malades non belges), du sexe (les hommes sont plus à risque), ou de la nationalité (risque plus élevé parmi les personnes non belges de développer une tuberculose) confirme la nécessité de développer et de poursuivre des stratégies ciblées, tant au niveau du dépistage que sur le plan de la prise en charge des malades.

Les stratégies actuellement mises en place pour les demandeurs d'asile, les illégaux, les enfants originaires de pays à haute prévalence, les personnes précarisées, les détenus et les sujets-contacts de malades tuberculeux doivent être renforcées en collaboration avec tous les acteurs impliqués.

Des efforts importants doivent également être développés pour améliorer le suivi des patients. Les auteurs de ce chapitre s'interrogent sur les raisons qui peuvent parfois conduire certains patients à abandonner leur traitement. À cet égard, les mêmes auteurs remarquent qu'il existe très peu de données sur les difficultés que peuvent rencontrer les malades à intégrer la maladie et son traitement dans leur vie professionnelle, sociale et affective.

Colette Barbier

Moreau N., De Smet P., Bazelmans Ch., *Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique, Service communautaire en promotion santé SIPES (ESP-ULB), Bruxelles, 2007.*

Il peut être téléchargé en PDF aux adresses suivantes : www.sante.cfwb.be (rubrique Publications et périodiques, Promotion de la santé - prévention, Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique - 2007) et www.ulb.ac.be/esp/sipes (onglet Publications).

Communication

Liège

22 février et 1^{er} mars 2010

Le planning familial le « 37 » organise 2 journées de formation sur le thème « Et si on communiquait vrai ? ». Afin d'améliorer vos relations aux autres et pour vous affirmer de façon plus adaptée, le « 37 » vous propose des outils concrets à découvrir en groupe. À l'aide d'exercices interactifs, individuels ou collectifs et de situations fictives, cet atelier vous aidera à mieux communiquer dans le respect de soi et des autres. Dates : les lundis 22 février et 1 mars 2010 de 9h15 à 16h30. Lieu : Planning Familial le « 37 » rue St. Gilles 29, 4000 Liège. L'inscription est gratuite mais indispensable, et demande de préférence une rencontre préalable. Renseignements : 04 223 77 89.

Aidant proche

Havré

25 février 2010

L'Observatoire de la Santé du Hainaut vous convie à un Midi Santé intitulé 'Aidants proches' (de 12 à 14 heures). Intervenante : **Caroline Ducenne**, Aidants proches ASBL. Renseignements et inscriptions : Observatoire de la Santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré. Tél.: 065 87 96 00. Site : <http://observatoiresante.hainaut.be>

Alimentation

26 février 2010

Le Fonds pour l'Alimentation et la Santé de la Fédération de l'Industrie Alimentaire (FEVIA) récompense des projets belges qui encouragent l'adoption d'habitudes alimentaires saines et l'exercice physique en suffisance. À cet effet, le fonds lance son cinquième appel à projets. L'appel se concentre sur des projets durables existants, qui promeuvent des habitudes alimentaires saines et suffisamment d'exercice physique, au sein d'un milieu délimité en Belgique (école, village...). Le projet susceptible d'être retenu présente des résultats de préférence mesurables et utilise des méthodes qui incitent au changement du comportement. Les enfants et/ou les jeunes sont concernés par l'initiative élaborée de préférence en partenariat avec diverses organisations. Critères de sélection

- Un projet en cours ou réalisé, promouvant un style de vie sain aussi bien en matière

d'alimentation que d'exercice physique.

- Dans une région bien définie de Belgique (par exemple, un(e) ou plusieurs communes, quartiers, écoles, communautés scolaires).
- Pouvant soumettre des résultats concrets et de préférence mesurables.
- Pouvant être repris ailleurs moyennant quelques adaptations.
- Faisant collaborer de préférence différentes organisations et personnes.
- Impliquant jeunes et/ou enfants.
- Pouvant être répété par le promoteur et donc durable.
- Utilisant des méthodes qui stimulent un changement du comportement.

La préférence sera donnée aux projets innovants.

Critères de soutien

50.000 euros sont disponibles pour cet appel

Un projet reçoit un maximum de 5000 euros

Les responsables de l'initiative sont prêts à afficher le logo du Plan national nutrition et Santé (s'ils l'obtiennent, ndlr).

Les responsables de l'initiative sont prêts à rédiger un rapport financier et d'évaluation, ainsi qu'à collaborer à la communication autour du projet. Aucun autre sponsor de l'industrie alimentaire n'est impliqué dans le projet.

Renseignements : <http://www.kbs-frb.be/call.aspx?id=209716&LangType=2060>

Stress

Bruxelles

26 février 2010

Le stress au travail : une réalité, des enjeux

Le stress est un problème de santé de plus en plus préoccupant dans le monde du travail. Selon la dernière enquête européenne sur les conditions de travail (2005), 1 travailleur belge sur 5 (21 %) souffre de stress lié au travail tandis qu'en 2008, on estime à plus de 9 millions le nombre de jours d'absence causés par ce stress.

Qu'est-ce que le stress au travail ? Quelle est la situation belge ? Quels outils pour prévenir et traiter ce stress ? Durant une matinée d'information et de débat, les Femmes Prévoyantes Socialistes vont se pencher sur la question.

Au programme :

- 'Souffrances émergentes au travail', par le Professeur **Philippe Corten**, Clinique du stress, CHU Brugmann;
- 'Disparités hommes-femmes face au stress professionnel', par **Annalisa Casini**, Chercheuse

postdoctorale F.R.S.-FNRS, Service de Psychologie de la Santé, Ecole de santé publique, ULB;

- 'Le stress au travail, observations, constats, et moyens d'actions syndicaux', par **Bruno Meckelmans**, conseiller au Service Entreprises de la FGTB.

Inscriptions : en remplissant le formulaire à l'adresse <http://www.femmesprevoyantes.be/fps/Citoyennete/Femmes-droits/conferences.htm>, ou par téléphone au 02 515 04 01.

Renseignements : Femmes prévoyantes socialistes, Place Saint-Jean 1-2, 1000 Bruxelles. Tél : 02 515 04 01. Fax : 02 515 18 81. Courriel : fps@mutsoc.be. Site : www.femmesprevoyantes.be.

Audiovisuel

Liège

15 au 20 mars 2010

9^e Festival International du Film de Santé, ImagéSanté. Au programme :

- 5 jours consacrés à la santé et à la prévention par le biais de l'image;
- 200 films (courts, moyens et longs métrages) en compétition;
- 4 journées d'opérations commentées en direct;
- des conférences, des ateliers de réflexion, des matinées pédagogiques;
- des soirées thématiques;
- une web tv pour suivre l'actualité du Festival en live sur www.imagesante.be.

Cela se passera au CHU de Liège (Sart-Tilman), de 9 à 18 heures.

Prix d'entrée (pour une journée): 8 €.

Tout renseignement et réservations (pour les soirées thématiques) : www.imagesante.be.

Assuétudes

Le **Prix européen de la prévention des drogues 2010** vient d'être lancé. Pour la première fois, l'ensemble des 47 Etats membres du Conseil de l'Europe sont invités à concourir.

Cette initiative vise à récompenser, tous les deux ans, **trois projets** de prévention de la toxicomanie **qui associent pleinement des jeunes**, que ce soit dans l'élaboration et la mise en œuvre des actions, les processus décisionnels, la gestion, ou l'évaluation des activités.

Les projets sont évalués par un jury de sept jeunes encadrés par un groupe d'experts spécialisés dans la prévention des toxicomanies. Les gagnants se voient attribuer un trophée, un diplôme ainsi que la somme de 5.000 euros.

Le prix sera décerné en novembre 2010, lors de la

conférence ministérielle du Groupe Pompidou.
Comment déposer sa candidature ?
Lire attentivement le règlement et les procédures à l'adresse http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Initiatives/PreventionPrize/2010/2010_PreventionPrize_ConceptRulesProcedures_fr.pdf.
Télécharger le formulaire de candidature électronique sur http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Initiatives/PreventionPrize/2010/2010_ApplicationForm_fr.doc ou s'adresser par courriel au Secrétariat du prix.
Remplir le formulaire de candidature en français ou en anglais (langues officielles du Groupe Pompidou).
Retourner le formulaire de candidature au Secrétariat à l'adresse suivante : preventionprize2010@coe.int
Date limite de dépôt des candidatures : **31 mars 2010**.

Grippe AH1N1

Quelques mois après les annonces fracassantes et inquiétantes de l'arrivée de la grippe AH1N1, le moment est venu de tirer les premières conclusions concernant cette pandémie annoncée, les politiques de vaccination qui ont été recommandées aux pays par l'OMS ainsi que sur l'avenir des stocks de vaccins.

Aux yeux d'Ecolo-Groen !, il y a en effet de nombreuses questions à poser, notamment par rapport au rôle de l'industrie pharmaceutique dans ce dossier. C'est la raison pour laquelle les Verts soutiennent totalement l'idée d'une enquête internationale sur la gestion de cette « grippe ». En observant a posteriori les mécanismes de décision aux niveaux international, via l'OMS, européen et national, on ne peut que s'interroger quant à l'indépendance des scientifiques qui ont évalué la gravité de la pandémie et décidé des quantités de vaccins à administrer. Si les décisions ont été dictées par les intérêts économiques des firmes pharmaceutiques, comme certains le soupçonnent, il faut pouvoir l'établir. Il y va du principe de transparence et de l'intérêt des finances publiques¹. Les Verts demandent donc que la Ministre belge de la Santé porte au sein du conseil européen des ministres de la santé une demande d'enquête au niveau européen et international sur les mécanismes de gestion de cette pandémie, sur les dispositifs mis en place par l'OMS et sur les conflits d'intérêts éventuels

qui auraient existé entre les experts scientifiques de l'OMS, les experts des différents Etats consultés par l'OMS, les responsables politiques et les firmes pharmaceutiques.
Le groupe Ecolo-Groen ! se demande également ce qu'il va advenir des doses excédentaires en Belgique. À l'heure actuelle, 5,3 millions de vaccins restent à produire sur les 12 millions initialement commandés, sur base de l'information donnée par les experts scientifiques selon laquelle il faudrait deux doses par personne pour immuniser celle-ci. Pour les Verts, il devient, au vu des informations disponibles sur l'évolution de la pandémie, inutile de poursuivre la fabrication immédiate de nouvelles doses tant d'adjuvant que d'antigène puisqu'il en reste plus d'un million, déjà fabriquées, disponibles. Le vaccin n'a en effet d'utilité que de manière préventive. De plus les personnes à risque qui voulaient se faire vacciner l'ont majoritairement fait et les personnes qui deviendraient nouvellement « à risque » ne devraient pas être plus nombreuses que celles déjà déclarées. Ecolo-Groen ! demande dès lors au Gouvernement et plus particulièrement à la Ministre de la Santé d'entrer en négociation avec la firme GSK pour obtenir la suspension de toute production supplémentaire tant d'antigènes que d'adjuvants. Il s'agira par la suite d'utiliser cette interruption pour négocier la diminution du nombre de vaccins à produire avec pour maximum un nombre équivalent celui de la première vaccination.
Muriel Gerkens, *Cheffe de groupe Ecolo-Groen ! à la Chambre*, **Thérèse Snoy**, *Députée fédérale*, **Benoît Hellings**, *Sénateur*
D'après un Communiqué Ecolo-Groen ! du 6 janvier 2010

Législation tabac

Après de nombreuses péripéties, la loi du 22 décembre 2009 instaurant une réglementation générale relative à l'interdiction de fumer dans les lieux fermés accessibles au public et à la protection des travailleurs contre la fumée du tabac a fini par être adoptée par la chambre des Représentants. Elle a été publiée au Moniteur belge le 29/12/2009, avec effet au 1/1/2010. Le Moniteur du même jour a aussi publié une loi qui en reporte l'application pleine et entière au 1^{er} juillet 2014, sauf accord des secteurs concernés pour 'mettre fin à cette exception à partir du 1^{er} janvier 2012'. Autre détail piquant, les établissements de jeux de

hasard, qui sont pourtant bien des lieux fermés accessibles au public, ne sont pas visés par l'interdiction : c'est le fruit du lobbying d'un parlementaire par ailleurs bourgmestre d'une ville hébergeant un casino (et qui plus est médecin !). Comme quoi le hasard fait 'bien' les choses !
Dernier détail croquignolet : la formule 'promulguons la présente loi' a été reproduite par erreur dans la version néerlandaise du texte. De quoi motiver l'invalidation de tout le texte aux yeux de certains juristes du nord du pays, on peut leur faire confiance...

Publications

Réalités liégeoises

Le 7 octobre 2008, le Centre liégeois de promotion de la santé organisait la 2^e journée liégeoise de promotion de la santé. Elle a mobilisé plus de 300 professionnels concernés par les inégalités de santé et soucieux de faire part aux responsables politiques et institutionnels de Liège et plus largement de la Communauté française de leurs constats, difficultés et expériences positives². Le CLPS a publié les actes de cette journée, et nous en propose aussi un prolongement intéressant sous la forme du document 'promotion de la santé et inégalités sociales de santé : constats et recommandations de professionnels de l'arrondissement de Liège à l'intention des responsables politiques', dont il a coordonné la rédaction. Une de ces recommandations a d'ores et déjà été mise en place : il s'agit du Réseau d'observation des réalités sociales et de promotion de la santé sur l'arrondissement de Liège. Il répond au joli nom de 'Rosalie', on dirait presque le titre d'un film des 'vedettes liégeoises' les frères Dardenne !
CLPS, Bd de la Constitution 19, 4020 Liège.
Tél. : 04 349 51 44. Fax : 04 349 51 30.
Courriel : promotion.sante@clpes.be.
Site : www.clps.be.

Revues

Bruxelles Santé spécial

Un numéro particulièrement appétissant, puisqu'il s'agit des actes du colloque 'Tranche de pain, tranche de vie' organisé par Question Santé le 11 juin dernier

¹ Début janvier, on estimait qu'environ 1.500.000 personnes avaient été vaccinées en Belgique. Sur les 12,6 millions de vaccins commandés, 8 millions de doses n'avaient pas encore été produites par GSK. Le 15 janvier 2010, Laurette Onkelinx, Ministre fédérale de la Santé, obtenait de GSK une réduction de près d'un tiers de la commande initiale, sans indemnité de résiliation. Cela permet une moindre dépense d'environ 33 millions d'euros. C'est l'équivalent de la somme dont la Communauté française a besoin pour protéger ses enfants contre une bonne dizaine de maladies infectieuses pendant 5 ans...
² Voir les textes 'Retour sur la 2^e journée liégeoise de promotion de la santé', par Martine Bantuelle, n° 244, avril 2009 (www.educationsante.be/es/article.php?id=1100), 'La dynamique de promotion de la santé mise en place à Liège', par Chantal Leva, n° 246, juin 2009 (www.educationsante.be/es/article.php?id=1134), et 'Promotion de la santé et agenda politique', de Sébastien Brunet, n° 249, octobre 2009 (www.educationsante.be/es/article.php?id=1162).

au Centre culturel de Woluwe Saint Pierre. De quoi se remémorer les interventions passionnantes de **Jean-Pierre Corbeau** 'Transmettre et apprendre les cultures alimentaires – une manière de modifier nos sociabilités et notre rapport aux aliments' et de **Liliane Plouvier** 'Santé et plaisir à la table des califfes abbassides de Bagdad du VIII^e au XIII^e siècle'!

Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02 512 41 74. Courriel : info@questionsante.org.
Internet : www.questionsante.org.

Contact ASD

La revue trimestrielle de la Fédération de l'Aide et des Soins à domicile consacre dans son numéro 121 un dossier d'une brûlante actualité à la commercialisation des soins de santé, dossier coordonné par **Christian Van Rompaey**. Un marché jugé très lucratif, qui fait l'objet d'une attention soutenue des autorités européennes obsédées par la sacro-sainte concurrence. À l'heure où 'Bruxelles' fait à nouveau le forcing pour permettre aux médicaments sur prescription de faire l'objet de publicités destinées au grand public, ce n'est pas la vigilance qui s'impose, c'est la résistance qui doit s'organiser!

Contact, la revue de l'aide et des soins à domicile, av. A. Lacomblé 69-71/7, 1030 Bruxelles. Tél.: 02 735 24 24. Fax : 02 735 85 86. Courriel : secretariat@fasd.be. Abonnement : 12 € (étranger 20 €) à verser au compte 799-5716200-89 avec la mention 'abonnement contact'.

Éducation thérapeutique du patient

La Société d'éducation thérapeutique européenne (à moins que ce ne soit la Société européenne d'éducation thérapeutique comme indiqué en anglais !) se lance dans l'édition d'une publication (très) périodique bilingue à vocation scientifique, 'Éducation thérapeutique du patient/Therapeutic Patient Education (ETP/TPE)'. Son objectif est de contribuer au développement de la recherche et des pratiques dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient :

- en publiant des recherches originales, quantitatives et qualitatives;
- en aidant des équipes multi-professionnelles à partager des expériences évaluées, des méthodologies, des innovations, des créations;
- en stimulant la réflexion critique et le débat d'idées sur les différents aspects de l'éducation thérapeutique;
- en favorisant les approches multidisciplinaires

associant médecine, sciences de la santé et sciences humaines.

Elle proposera deux types de numéros, les uns purement scientifiques, les autres axés sur la description de pratiques, d'expériences, d'analyses et de réflexions...

Signe des temps, cette publication est éditée en version électronique avec 'impression papier à tirage limité'. La formule a divers avantages : mise en ligne rapide des résumés d'articles, références croisées avec les articles repris dans les bibliographies, alerte par courriel ou fils RSS... L'ambition est que cela permette à ETP/TPE d'obtenir rapidement un facteur d'impact. Ne pas croire pour autant que la priorité à l'électronique signifie économie pour le lecteur : le prix au numéro est de... 70 euros, et l'abonnement annuel pour la zone de l'Union européenne (2 numéros au début) est de

133,78 euros (institution) ou 58,53 euros (individuel) pour la combinaison papier + électronique.

L'éducation thérapeutique n'a pas de prix, mais quand même !

EDP Sciences SA, 17 av. du Hoggar, PA de Courtabœuf BP 112, 91944 Les Ulis Cedex A, France.

Site : www.edpsciences.org.

Abonnements : subscribers@edpsciences.org.

Déménagement

Le Centre local de promotion de la santé de Namur se trouve maintenant Boulevard Cauchy 16/18 appt Co3 à Namur.

Tél.: 081 75 00 46. Fax : 081 23 19 60. Courriel : info@clps.namur.be. Site internet annoncé pour très bientôt.

Tribune

Qui se souvient ?



Qui se souvient encore d'un projet européen qui voulait développer la santé à l'école ?
 Qui se souvient que c'est le service Éducation pour la Santé de la Croix-Rouge qui fut chargé de mettre en œuvre ce projet en Communauté française, au grand dam d'autres institutions ?
 Qui, en dehors de ceux qui ont porté le projet, se rappelle de cette période exceptionnelle où des écoles de différents réseaux, de la maternelle au supérieur ont travaillé ensemble dans un esprit de vraie camaraderie ?
 Qui se souvient de l'essai de généralisation du projet à toutes les écoles de la Communauté française sous la pression d'une ministre sous influence et de conseillers pressés par le temps politique ?
 Au-delà de ceux qui s'en souviennent, pour l'avoir vécu, que reste-t-il de ce formidable élan d'enthousiasme de quelques-uns ?
 Que reste-t-il de toute cette énergie déployée ?
 Rien sans doute, ou si peu.
 Et puis, un jour au détour d'une réunion-débat sur l'école, à mille lieux de la promotion de la santé, on croise une échevine de l'enseignement qui développe avec conviction et enthousiasme tout ce qui se fait dans les écoles de sa commune pour la santé des enfants et des adolescents. Elle raconte des actions diverses, construites en lien direct avec les parents, les enseignants et les élèves.

Elle évoque une équipe de coordination où se retrouvent quelques-uns de ces utopistes qu'on a côtoyés il y a bien longtemps. L'échevine, probablement trop récemment élue, n'a jamais entendu parler du projet « Écoles en santé ». Sait-elle que le médecin directeur du Centre de santé a participé aux formations Croix-Rouge, sait-elle que le merveilleux dentiste dont elle parle a été un des piliers de la Campagne Dents 2000 de la Croix-Rouge, il y a 20 ans ?
 Sans doute que non. Tout cela n'a d'ailleurs aucune importance. Cependant c'est avec un léger sentiment d'euphorie et le sourire aux lèvres qu'on quitte la réunion...
 Il faut du rêve dans la vie et on a pu croire un moment qu'une parcelle de l'enthousiasme de l'équipe Croix-Rouge de 'dans le temps' se perpétuait dans ce projet en plein développement.

Viviane Delegher

Dossier. Petite enfance et promotion de la santé

Introduction, Yves Géry

Le développement de l'enfant de 0 à 6 ans selon une perspective socio-écologique, *Nathalie Coulon, Jacques Fortin, Nathalie Houzelle*

Interventions précoces, soutien à la parentalité, *Brigitte Lefeuve, Catherine Paclot*

L'attachement comme facteur essentiel de bon développement, *Raphaële Miljkovitch*

La norme et l'enfant, *Jean-Pierre Pourtois, Hugette Desmet*

Parentalités atypiques et place des enfants, *Gérard Neyrand*

La famille, lieu de socialisation et de promotion de la santé, *Martine Jardiné*

« Nous déconseillons fortement l'usage de la télévision chez le tout-petit », entretien avec *Catherine Joussemme*

« Savoir remettre en cause nos pratiques pédagogiques », entretien avec *Patricia Laporte-Rigal*

Le PMI, espace d'accueil et d'écoute, *Cyril Farnarier*

Former les professionnels de la petite enfance, *Elisabeth Le Bourgeois, Anne-Marie Borne*

Quelques ressources documentaires, *Nathalie Houzelle, Nathalie Coulon*

Rubriques

Qualité de vie

« Le repérage de la consommation d'alcool est efficace chez les jeunes », entretien avec *Philippe Michaud*

Aide à l'action

Prévenir la dénutrition des personnes âgées vivant à leur domicile, *Claude Dieuleveut, Gaëlle Le Gargasson*

« Pour prévenir la dénutrition, il faut informer sans relâche », entretien avec *Monique Ferry*



« Aider le public à identifier la qualité nutritionnelle des aliments », entretien avec *Nicole Darmon*

Enquête

Politique antitabac : la France participe à une étude internationale, *Romain Guignard, Jean-Louis Wilquin*

Courrier des lecteurs

Divergences sur le rôle des infirmières scolaires, *Brigitte Accart*

Éducation du patient

Un support numérique en éducation du patient pour accroître la qualité des formations, *Isabelle Vincent, Jean-Marc Piton*

Cinésanté

Les Bureaux de Dieu, ou comment parler contraception et sexualité aux adolescents, *Vinciane Fonck, Anne Vervier*

International

Pays-Bas : des programmes pour promouvoir la santé dès le primaire, *Jan Janssens, Goof Buijs*

Lectures-Outil

Olivier Delmer, Véronique Fava-Natali, Sandra Kerzanet

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

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

Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en août).

Abonnement : gratuit pour la Belgique, Pour l'étranger, nous contacter.

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

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

Collaboratrice : *Anne Trappeniers*.

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

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

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

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

Comité stratégique : *Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Jean-Luc Collignon, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Marie-Noëlle Paris, Karin Rondia, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans*,

Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege.

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

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

Maquette et mise en page : *Muriel Logist*.

Impression : *Impaprint*.

Tirage : 3.100 exemplaires.

Diffusion : 2.900 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires :

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

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

Internet : www.educationsante.be

Courriel : education.sante@mc.be

SOMMAIRE

Initiatives

- Le programme de dépistage du cancer colorectal, par *Bernadette Taeymans* 2
- Les jeunes confrontés à l'hypersexualisation, par *Véronique Janzyk* 3
- Rwanda – la contraception divise les époux, par *Jean Fichery Dukulizimana* 5
- Genre, précarité, migration, sexualisation, par *Christian De Bock* 6

Réflexion

- La prévention des maladies est sous-développée en Belgique, par *François Daue et David Crainich* 7
- Réflexion sur la réduction des inégalités en matière d'alimentation saine, par *Carole Feulien et Christian De Bock* 11

Stratégie

- Le Conseil supérieur de promotion de la santé, par *Roger Lonfils et Christian De Bock* 14

Outil

- La mort fait partie de la vie : l'école en parle 17

Lu pour vous

- Pratiques communautaires, un guide de *Bernard Goudet* 18

Données

- Tableau de bord de la santé en Communauté française : lutte contre la tuberculose, par *Colette Barbier* 19

Brèves

21

Tribune

- Qui se souvient du projet européen des écoles en santé ? *Viviane Delegher* 23

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

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

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

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

Notre site adhère à la Plate-forme www.promosante.net.

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



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