



Chimay, Collégiale Saints Pierre et Paul

La Plate-forme intersectorielle du sud de l'Entre-Sambre-et-Meuse

Pour un renforcement de la promotion de la santé en Communauté française

En 1997, la Communauté française adoptait une position novatrice en Europe, en organisant un cadre légal pour développer une politique de promotion de la santé. Le décret, tout en donnant naissance à une organisation structurelle, prévoit également de se mettre à l'écoute de la population et de nombreux acteurs de terrain. Ceux-ci sont invités à développer des projets en bénéficiant d'une procédure de subventionnement et d'accompagnement.

Ces dernières années, une part importante des budgets destinés à promouvoir la santé a été consacrée à de coûteux programmes de médecine préventive, essentiellement des campagnes de dépistage et de vaccination. Ces approches sont certes utiles, et l'on ne peut que déplorer la minceur des budgets consacrés à la prévention en regard de ceux qui sont attribués au domaine curatif; toutefois, le financement de ce type d'action absorbe aujourd'hui une part trop grande des maigres budgets alloués à la promotion de la santé.

Il ne faut pas méconnaître la dimension idéologique de ces choix : la médecine, tant curative que préventive, a montré ses limites, particulièrement en ce qui concerne la réduction des inégalités sociales face à la santé, qui ne cessent de croître, en Belgique comme partout dans le monde. C'est précisément pour lutter contre ces inégalités que la promotion de la santé propose une approche qui dépasse la médecine.

Toutes les recherches montrent que, même lorsque les services de santé sont financièrement accessibles, les personnes socialement défavorisées sont en moins bonne santé que les autres et meurent plus jeunes; les analyses les plus récentes confirment que ces écarts se creusent de plus en plus.

« L'injustice sociale tue à grande échelle », clamaient en septembre 2008 les auteurs d'une étude réalisée par la Commission des déterminants de la santé installée à l'OMS en 2005. Ce cri d'alarme précise que « la répar-

ation inégale des facteurs qui nuisent à la santé n'est en aucun cas un phénomène naturel. Elle résulte des effets conjugués de politiques et de programmes sociaux insuffisants, de modalités économiques injustes et de stratégies politiques mal pensées ».

Les facteurs qui influencent la santé échappent donc en grande partie à l'action des services de santé : l'environnement, les conditions de travail et de logement, l'insertion dans un réseau social, l'instruction, les disponibilités financières permettant l'accès, non seulement aux soins mais aussi à la culture, au loisir, à l'activité sportive... tout cela détermine fortement la santé.

En 1986, à l'initiative de l'OMS et en accord avec de nombreux pays, la Charte d'Ottawa actait l'importance et l'urgence d'une nouvelle approche, déjà mise en œuvre par certains acteurs de terrain, face à ces nouveaux défis : la promotion de la santé. Cette approche s'inscrit dans une perspective de justice sociale et d'équité, et vise à réduire les inégalités sociales en matière de santé.

Elle repose sur une vision globale et intégrée de la santé : la santé a des dimensions physiques, psychologiques et sociales, ce n'est pas seulement une juxtaposition de « non-maladies »; la santé est définie comme un équilibre dynamique, une ressource globale qui permet à la personne de se réaliser, aux communautés humaines de se développer. La promotion de la santé prend dès lors en compte des enjeux tant collectifs qu'individuels, visant à agir sur l'ensemble des facteurs qui conditionnent la santé.

Le courant de la promotion de la santé considère aussi que la personne et la communauté locale dans laquelle elle s'inscrit sont des acteurs-clé de leur propre santé, et non de simples « consommateurs », comme c'est trop souvent le cas dans les services de santé. Les professionnels sont invités à se mettre à l'écoute et au service du public pour co-construire avec celui-ci les conditions d'une amélioration de la santé; cette réflexion sous-

tend un concept central en promotion de la santé, celui de participation.

Les professionnels de santé ne sont donc plus considérés comme les seuls acteurs compétents en matière de santé, et les services de soins ne sont plus les seuls lieux où se joue la santé : l'école, l'entreprise, le quartier, et tous les acteurs impliqués dans la vie sociale, dans les trajets de vie des personnes et des groupes, jouent tous un rôle dans la santé.

C'est pourquoi la promotion de la santé vise à susciter l'action concertée et intégrée de la population elle-même, et des travailleurs, mais aussi des responsables politiques agissant dans une grande diversité de secteurs. Une telle démarche s'appuie évidemment sur des valeurs et une politique favorisant la dignité humaine et la solidarité sociale et économique.

La promotion de la santé n'est pas l'affaire d'un petit monde à part. Le défi à relever, pour les politiques et les travailleurs, est de construire les conditions d'une réflexion transversale et d'une coopération intersectorielle effective. Nous voulons espérer que les différents partis politiques se saisissent de cette question, se décident à mener un véritable débat de fond, et aménagent pour les travailleurs de la promotion de la santé et le futur ministre de tutelle des conditions favorables à la poursuite de ce chantier. La promotion de la santé en Communauté française doit être préservée, mais également renforcée.

Signataires : **REPÈRES** asbl; **D^r Catherine Markstein**, asbl Femmes et santé; **Entr'aide des Marolles** asbl; **Nathalie Ramon**, maître en Santé publique - Promotion de la santé; **Martin De Duve**, directeur d'Univers santé; **Danielle Piette**, professeur à l'École de Santé publique, ULB; **Alessia Saldarelli**, coordinatrice Plateforme Santé Ville de Mons; **Sylvie Carbonnelle**, Centre de Diffusion de la Culture sanitaire et ULB; **Catherine Vanandruel** pour « Les clowns à l'hôpital »; **Martine Jeunehomme**, licenciée en Kinésithérapie et Santé publique; **Geneviève**

Houioux, Promoteur de santé, maître d'enseignement ULB-PROMES; Jeunesse & Santé asbl; **Raffaele Bracci**, coordinateur du Centre verviétois de promotion de la santé asbl; **Marie-Claire Dieu**, psychologue; **Catherine Spièce**, responsable du service Promotion de la santé Union nationale des mutualités socialistes; **Nadine Anceaux**, médecin PSE - Verviers; **Catherine Végaïrginsky** pour le Centre local de promotion de la santé de

Bruxelles (CLPS); Focus Fibromyalgie Belgique asbl; **Caroline Petiaux**, coordinatrice du Réseau SMES-B; PSE-Lux, Service de promotion de la santé à l'École - Province de Luxembourg; **Charles Lejeune**, Fédération des Centres de Service Social; le Centre local de promotion de la santé du Luxembourg; **Christian De Bock**, rédacteur en chef *Éducation Santé*; **Benoît Dadoumont**, travailleur CLPS; le **Service Prévention Tabac du Fonds**

des Affections respiratoires; Emmanuelle Caspers, formatrice en promotion de la santé; **Philippe Bastin** pour Infor-Drogues asbl; **la Plateforme Prévention Sida; Namur Corral** et **Nathalie Thomas**, psychologues de l'équipe communautaire du SSM Le Méridien.

Ce texte est publié également par 'Santé conjugulée', la revue de la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones

L'Entr'Aide des Marolles met les femmes en projet

Au cœur de Bruxelles, dans le quartier précarisé du bas des Marolles, le Groupe Bien Être permet chaque année à plus de 200 femmes de mettre sur pied et de participer à des activités collectives et communautaires, renforçant ainsi leur capacité à « se mettre en action ». Éclairage sur la dynamique de ce projet et de l'accompagnement du CLPS de Bruxelles.

Le Centre médico-psycho-social des Marolles

L'Entr'Aide des Marolles effectue depuis 1931 un travail d'accompagnement avec la population de ce quartier populaire de Bruxelles. Son objectif d'aujourd'hui est de développer le bien-être de la population, par une approche globale de la santé alliant 4 pôles : le social, la santé physique, la santé mentale et la promotion de la santé.

Pour cela, l'Entr'Aide s'efforce, avec ses 50 collaborateurs, les personnes du quartier, le réseau local, régional et fédéral, de développer :

- une approche curative, préventive et d'éducation à la santé et au bien-être;
- une approche individuelle, collective et communautaire;
- une approche à court, moyen et long terme;
- des relations constructives avec les autorités compétentes.

Déjà reconnue comme Centre d'Action Sociale Global, et subsidiée en promotion de la santé, l'asbl est actuellement en demande d'agrément Maison Médicale et Service de Santé Mentale.



Photo © Photoneews

Le Groupe Bien Être

Au sein de cette asbl, un groupe rassemblant principalement des femmes du quartier a vu le jour il y a plus de 6 ans. Tout est parti d'un constat des médecins et d'une demande des habitantes du quartier de pratiquer une activité physique, pour remédier à leur mode de vie trop sédentaire et améliorer ainsi leur santé.

Pour atteindre cet objectif, l'Entr'Aide des Marolles a mis en place ce nouveau projet du Groupe Bien Être. Les femmes qui en font partie mettent sur pied des activités collectives et communautaires : gymnastique d'entretien, gymnastique douce, aérobic, yoga, danse orientale. Elles organisent aussi des

ateliers de cuisine traditionnelle et diététique, des ateliers de soutien à la parentalité, des fêtes de quartier, des activités culturelles... Entre 200 et 300 femmes participent chaque année à ces activités et un bon noyau d'entre elles participe activement à leur mise en place.

Présentation générale

Ce projet est basé sur la co-construction des activités par les participantes et les professionnelles de l'asbl. Tous les choix y afférents sont faits en commun. Les participantes proposent de nouvelles activités tandis que les professionnelles accompagnent et soutiennent leur dynamique.

Le travail du *Groupe Bien Être* peut être décrit en une succession d'étapes :

- accueillir les personnes;
- leur permettre d'être dans le groupe, sans contrainte, dans le respect des autres;
- les inviter à s'exprimer;
- les entendre;
- les interpeller;
- les inviter à penser à la mise sur pied d'un projet;
- faire avancer et vivre ce projet;
- en évaluer ensemble les résultats.

Au-delà des résultats, c'est le processus utilisé qui retient toute l'attention de l'équipe de l'Entr'Aide des Marolles. C'est l'esprit qui soutient cette démarche : la promotion de la santé n'est pas focalisée sur le résultat obtenu mais accorde une importance première au processus.

En effet, il paraît essentiel pour le personnel encadrant de laisser les participantes maîtresses de leurs propositions et qu'elles en assurent aussi la mise en œuvre. L'initiative doit rester dans le chef des participantes, ce sont elles qui sont moteurs de leurs projets. Les professionnelles, quant à elles, les accompagnent et les soutiennent au cours de toutes les étapes, que leur projet réussisse ou échoue. L'accompagnement se fait dans la durée, dans la variation des rythmes et surtout dans le respect du porteur avec ce qu'il peut donner. La démarche participative des usagers prend du temps.

Ce projet, à l'écoute des personnes, permet en outre aux professionnelles d'être proches du terrain.

Cette manière de travailler aide les femmes à reprendre confiance en elles et en leurs capacités à se « mettre en action ». Cela renforce leur envie d'agir et leur donne à nouveau l'élan pour aller au bout de leurs projets. Mais pour y parvenir, une relation de confiance entre les participantes et les professionnelles est primordiale!

L'effet de groupe est prépondérant lui aussi : se retrouver ensemble, être attendue par d'autres, s'engager en leur nom... les poussent à agir. C'est un vrai défi pour ces femmes, elles se surpassent car les autres membres du groupe attendent des résultats. Or, « être capable de » aux yeux des autres, c'est pouvoir l'être pour son propre compte également. Le passage par le *Groupe Bien Être* constitue

donc pour ces femmes un temps de ressourcement pendant lequel elles apprennent à découvrir leurs compétences ou à les revaloriser. Elles se sentent ainsi plus confiantes pour affronter leur réalité quotidienne. Grâce à leur passage au *Groupe Bien Être*, qui leur sert de tremplin de renforcement personnel et social, ces femmes reprennent en main avec plus d'assurance leurs obligations familiales ou économiques.

D'ailleurs, on constate qu'après un certain temps, les femmes quittent le groupe et se lancent dans des projets personnels, comme la formation ou la recherche d'emploi.

Un accompagnement méthodologique pour le projet

Le projet du *Groupe Bien Être* est soutenu par la Communauté française. Dans ce cadre, l'Entr'Aide des Marolles a fait appel au CLPS de Bruxelles pour un accompagnement méthodologique. À partir de 2006, celui-ci a permis à l'équipe professionnelle d'évoluer vers une structuration de son fonctionnement et à développer une réflexion sur le sens de son travail.

Le CLPS de Bruxelles a invité l'Entr'Aide à s'interroger sur les points suivants :

- quelle est la place des professionnels dans le processus participatif mis en place ?
- quelle est la place du Groupe Bien Être dans son environnement social ?
- comment mettre ce groupe en lien avec les autres projets de l'Entr'Aide ?
- quel est le point de vue des participantes (attentes, besoins...)? Quelle évaluation des actions font-elles ?
- comment capitaliser les acquis des expériences vécues ?
- ...

Le premier pas dans cette réflexion pour le *Groupe Bien Être* est de se pencher sur l'évaluation du projet au sein de l'équipe, auprès du public cible et au sein de l'Entr'Aide.

Envisager l'évaluation du projet au sein de l'équipe supposait de redéfinir préalablement ses objectifs, travail complexe puisque le groupe organise toutes sortes d'activités, à destination de participantes différentes.

Un organigramme des activités a été réalisé. Il a permis de visualiser, schématiquement, les activités et de les subdiviser en deux caté-

gories : les activités de type collectif, où la présence d'un professionnel expert est nécessaire (cours de gymnastique) et les activités de type communautaire où ce sont les participantes qui sont expertes (ateliers de cuisine).

Petit à petit une nouvelle posture professionnelle s'est imposée dans l'équipe : l'accompagnatrice. Elle est celle qui est garante du cadre institutionnel, du respect des règles décidées par le groupe. Elle veille au lien entre les participantes, à la cohésion du groupe et au respect de la parole de chacune.

En ce qui concerne l'évaluation auprès du public cible, une consultation par questionnaire est organisée annuellement lors de la fête de fin d'année. Les résultats sont débattus en plénière. Toutefois, après réflexion, cette évaluation va évoluer et sera gérée de manière plus rationnelle.

Elle permettra de relancer certains projets ou de repartir sur de nouveaux, s'accordant davantage avec les besoins du public.

Cet accompagnement méthodologique a également permis de structurer davantage l'équipe. Les réunions d'équipe constituent aujourd'hui de vrais temps de réajustements mutuels, effectués en regard des objectifs fixés.

Second pas franchi avec le CLPS : la question de la place du *Groupe Bien Être* dans son environnement social vient d'être abordée récemment. Il apparaît que le groupe a dû faire ses armes et se consolider dans un fonctionnement durable avant de pouvoir prétendre s'ouvrir aux autres secteurs de l'institution et partenaires du quartier..

Cette période test passée, le *Groupe Bien Être* et l'institution se lancent un nouveau défi : insuffler cette démarche de promotion de la santé pour l'ensemble des secteurs de l'association et... au-delà, toucher les autres acteurs du quartier. L'entraide bouge et la promotion de la santé est un incitant bien vitaminé!

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter l'Entr'Aide des Marolles, rue des Tanneurs 169 à 1000 Bruxelles. Tél.: 02 510 01 80.

Courriel : entraide@entraide-marolles.be.

Carole Feulien, d'après un texte rédigé par **Cristina Ormia** en collaboration avec le **CLPS de Bruxelles**

Un nouvel outil de prévention contre les IST en milieu carcéral

Prévenir les infections sexuellement transmissibles, le sida et les hépatites, parmi le public des détenus est un projet pas toujours aisé, rempli de non-dits et empreint de nombreuses contraintes dues aux difficultés propres à ce milieu de vie !

Dans le but de faciliter la mise à disposition de préservatifs et de gel lubrifiant pour les détenus incarcérés, il s'est avéré pertinent de créer un nouvel outil. Avec la collaboration du personnel infirmier des prisons, de certains détenus relais et du Service Soins de Santé Prison, une pochette composée d'un préservatif, d'une dosette de lubrifiant à base d'eau et d'un message de prévention a été conçue par l'asbl Service Éducation pour la Santé de Huy (SES). Grâce à tous les partenariats harmonieux dont jouit le SES, dorénavant cet outil de prévention est disponible, pour les détenus, dans l'ensemble des établissements pénitentiaires du pays.

Le projet de prévention du sida, des hépatites virales et des autres IST

Le SES asbl développe depuis plus de 10 ans un projet de prévention du sida, des hépatites virales et des IST en milieu carcéral. Touchant trois établissements en 1998, le projet a subi différents remaniements pour s'adapter aux réalités du terrain carcéral et répondre aux attentes du public ciblé. Actuellement, le SES se rend dans tous les établissements de la Communauté française pour développer ses actions et répondre le plus adéquatement possible aux demandes de chaque prison.

L'objectif prioritaire du projet est d'instaurer une dynamique de prévention primaire du sida, des hépatites et des IST en milieu carcéral, de réduire la fréquence des comportements à risque, de favoriser l'adoption d'attitudes de prévention (utilisation du matériel approprié) et de réduire les attitudes discriminatoires envers ce public à risque ou envers les personnes infectées.



Photo © Isopix

Les stratégies consistent à diffuser des informations sur les pratiques à risque liées à ces maladies et sur les moyens de prévention par le biais de différents canaux, particulièrement par la création d'outils. De plus, il forme et soutient des groupes de relais d'informations au sein des établissements pénitentiaires.

La prévention des pairs par les pairs : formations de référents

L'asbl SES a mis sur pied un programme de prévention par les pairs. Suite à une formation donnée par le SES aux détenus et aux personnels pénitentiaires, sur les problèmes de santé, les maladies transmissibles, la prévention et les techniques de communication, les référents formés vont diffuser des informations de prévention adaptées à leur établissement vers leurs codétenus ou leurs collègues.

Le SES Huy

Le Service Éducation pour la Santé est une association sans but lucratif créée, il y a plus de 20 ans, par l'Association des Licenciés en Sciences de la Santé Publique de l'Université de Liège en partenariat avec la Croix Rouge de Belgique, le Dispensaire Putzeys et la Ligue des familles.

Depuis sa création et au départ de son siège social installé à Huy, elle est active dans le secteur de la promotion de la santé. Grâce aux subsides émanant de la Communauté française de Belgique et de la Région wallonne, elle mène, depuis quelques années, des projets majoritairement en milieu carcéral. En effet, les conditions de vie de ce milieu tels que la promiscuité, le manque d'accessibilité et d'utilisation des moyens de prévention, la marginalisation de la population, le manque d'hygiène et la

toxicomanie, engendrent de nombreux comportements à risque pour la santé des détenus. L'équipe « utilise » trois portes d'entrées pour promouvoir une démarche participative de santé globale au sein de ce milieu particulier :

- la prévention du sida, des hépatites virales, des autres IST et maladies associées;
- l'approche de l'alimentation équilibrée dans le cadre du développement de nouvelles compétences;
- l'hygiène de vie et l'hygiène corporelle, des composantes de l'estime de soi pilier essentiel de l'équilibre de vie.

En 2005, le projet de l'asbl SES a été reconnu comme « projet santé en prison » par l'OMS Europe. L'équipe du SES est régulièrement contactée lors de colloques internationaux pour un partage de compétences.

Par la suite, sensibilisés aux problèmes de santé, les référents volontaires font la démarche de se réunir mensuellement afin de réfléchir ensemble à la réalité de leur propre prison et d'élaborer des actions ou des messages de prévention. Dans ce cas, les détenus et le personnel référent sont acteurs dans ce programme de prévention. Le SES les accompagne dans ces démarches tout en veillant à leur laisser prendre un maximum d'autonomie.

La création d'outils

Un deuxième volet des missions de l'asbl est de créer des outils adaptés au milieu permettant d'une part de diffuser une information correcte à la population carcérale, et d'autre part de favoriser la mise à disposition et l'utilisation de moyens de protection contre des maladies transmissibles. Dans cette optique une carte aide-mémoire a été réalisée, il y a quelques années. Elle est distribuée par le biais des services infirmiers et des relais santé, aux détenus qui souhaitent recevoir de l'information sur les pratiques à risque rencontrées dans leur milieu de vie (carcéral ou non) ainsi que des conseils de prévention s'y rapportant.

Une pochette composée d'un préservatif et d'un lubrifiant à base d'eau pour les détenus

Même si le constat de l'existence de relations sexuelles en milieu carcéral reste un tabou, que cette problématique est très peu abordée, voire niée, par les détenus et prise parfois à la légère par le personnel pénitentiaire, les pratiques sexuelles, consenties ou non, sont une réalité dans le vécu des détenus en milieu carcéral. Peu d'études sur le sujet ont été publiées et pour celles qui évoquent la question, les déclarations des détenus restent largement sous-estimées. Cependant, suite à un travail de terrain au quotidien, les infirmiers des établissements pénitentiaires sont unanimes sur le fait qu'il faut mettre à disposition des détenus des moyens de prévention pour éviter toute contamination lors de pratiques sexuelles potentiellement à risque. Prioritairement au niveau du milieu carcéral où la prévalence du sida tourne autour des 1,5 % et où la prévalence de l'infection à l'hépatite B et C est respectivement

de deux et sept fois supérieure à celle de la population générale.

La décision de créer un outil de prévention adapté au milieu carcéral et identique pour l'ensemble des établissements pénitentiaires du pays a été prise suite à l'interpellation du Service Éducation pour la Santé par des services infirmiers de différentes prisons. Leurs questions reposaient principalement sur le type de préservatif à proposer aux détenus et sur le message qu'il convenait de faire passer quant à l'utilisation de ce matériel de prévention.

L'asbl SES a initié un processus concerté réunissant le Service Soins de Santé Prison, des infirmiers, des asbl partenaires en milieu carcéral et certains membres du secteur de la prévention du sida en Communauté française. Cette concertation a permis de dégager des pistes de réflexion sur ce sujet et a mis en évidence l'importance de créer un outil de prévention pouvant être diffusé massivement en milieu carcéral.

Le message venant du secteur de la prévention du sida, particulièrement pour les pratiques homosexuelles, prône l'utilisation d'un préservatif accompagné d'un gel lubrifiant à base d'eau afin d'éviter tout risque de déchirure. En milieu carcéral, le lubrifiant à base d'eau n'est pas disponible et peu connu par les détenus mais il semble indispensable pour pallier les risques lors des rapports sexuels. C'est pourquoi, la décision de créer une pochette composée d'un préservatif, d'une dosette de lubrifiant à base d'eau et d'apports d'information sur les risques de maladies sexuellement transmissibles a été une évidence pour répondre aux différents constats mentionnés.

Implication du public

Voulant rester dans l'optique d'une implication du public dans la création d'outils à leur destination, l'asbl SES est allée à la rencontre de détenus dans différents établissements pénitentiaires. Dans un premier temps, les détenus relais, sensibilisés à cette problématique, ont été interrogés. Ensuite, des détenu(e)s volontaires (non référents) ont pu donner leur avis sur le contenu de l'information, la forme de l'outil, la mise en page, les illustrations et la pertinence de cette action.

À la maison d'arrêt de Jamioulx, à la maison de peine de Ittre, à l'Établissement de Défense Sociale de Paifve et au quartier femmes de Lantin, différents avis ont pu être récoltés par les groupes de travail. Les informations sur le lubrifiant à base d'eau et sur les risques pour la santé semblent être nécessaires aux yeux des détenus. Ils insistaient également sur la lisibilité et la clarté du message, en proposant d'intégrer des images accessibles à l'ensemble de la population ciblée. Le Service infirmier a été mentionné plusieurs fois comme relais d'information pour la santé. L'infirmier est en effet un lieu très investi par les détenus, où une relation plus humaine peut s'installer et où les questions relatives à la sexualité et à la prévention peuvent se poser en toute confidentialité. Toutes ces idées ont été soigneusement prises en compte et investiguées afin de les intégrer dans l'outil proposé.

Cette pochette a été financée par le Service Soins de Santé Prison du Service public fédéral Justice, c'est pourquoi une contrainte supplémentaire s'est ajoutée lors de la mise en page de cet outil. Il est de dimensions modestes (six centimètres sur six), et il était nécessaire de proposer l'information dans les trois langues officielles du pays. De plus, les détenus ont souhaité y inclure l'anglais, sachant qu'il y a une proportion non négligeable de personnes incarcérées ne parlant ni le français, ni le néerlandais ni même l'allemand.

Dans un second temps, la pochette, dans sa présentation quasi définitive, a été proposée à l'ensemble des infirmiers travaillant en milieu carcéral en Communauté française lors de leur formation annuelle. Le SES a animé une demi-journée de travail portant sur l'outil mais également une réflexion sur sa mise à disposition. Cette approche participative, réunissant les différents acteurs, aussi bien les détenus que les infirmiers, a permis de relever une multitude d'indications nous permettant de cibler avec précision la forme que devait prendre cet outil de prévention en fonction de la réalité vécue par chacun.

Actuellement, les pochettes sont disponibles à la pharmacie centrale du SPF Justice afin que les services infirmiers puissent les commander gratuitement. Certaines prisons ont déjà étoffé leur stock et l'outil semble répondre aux attentes. Début de l'année 2010, une évalua-

tion de l'outil, de sa pertinence et de son utilisation sera réalisée en partenariat avec les détenus et les personnes impliquées dans ce processus.

La prévention dans le monde carcéral a encore un long chemin à faire, mais c'est petit à petit,

en accumulant les outils et les messages de prévention, tout en y impliquant l'ensemble des personnes jouant un rôle déterminant dans cette démarche, qu'une dynamique positive de santé s'installe...

Marielle Houbiers, Service Éducation pour la Santé asbl

Adresse de l'auteure : Maison de la santé,
Chaussée de Waremme 139, 4500 Huy.

Tél/Fax : 085 212 576.

Courriel : ses.asblhuy@scarlet.be

Tranche de pain ou tranche de vie

'Dans un restaurant 3 étoiles, on vous enlève les miettes au fur et à mesure que vous ne les faites pas' (Jean-Pierre Corbeau)

Les messages de prévention en matière d'alimentation sont au centre de l'actualité. Ils reposent généralement sur l'hypothèse que les mangeurs sont des êtres rationnels qui se comportent erronément parce qu'ils sont mal informés.

La manière dont notre société aborde la question de l'alimentation amène à la réduire à une affaire de nutrition et de diététique, même si la notion de plaisir n'est pas absente des messages et programmes de prévention. On en viendrait presque à oublier que manger, ce n'est pas seulement absorber des nutriments, c'est en réalité un acte aux multiples dimensions : économique, culturel, émotionnel, sensoriel, convivial, social, écologique et même (voire surtout) politique !

Pendant une journée d'échanges autour de l'alimentation, l'asbl Question Santé (soutenue par la COCOF bruxelloise) a invité une bonne centaine de personnes à évoquer ces multiples dimensions, en écoutant et en réagissant aux exposés de quatre invités.

Jean-Pierre Corbeau, professeur de sociologie à l'Université François Rabelais de Tours (tout un programme !) a brillamment planté le décor d'un décalage radical par rapport aux discours attendus sur la malbouffe et la progression fulgurante des maladies qui lui sont associées.

Il a plaidé avec humour et conviction contre l'information nutritionnelle qui 'déconstruit et désenchante l'aliment', et pour une éducation qui accepte de prendre en considération la complexité du mangeur.

Cette complexité s'inscrit dans trois réperatoires, celui du comestible (qui varie fortement dans le temps, mais aussi dans l'espace, un

insecte grassouillet parfaitement grillé nous semblera à nous Européens aussi répugnant que de délicieuses crevettes grises non épluchées à d'autres), du culinaire (qui permet de saisir finement la stratification sociale) et du gastronomique (qui distingue d'autres êtres vivants l'être humain capable de se penser en train de manger et d'en tirer du plaisir).

Il plaide en faveur d'une éducation humaniste, qui perçoit l'alimentation comme un dialogue permettant d'accepter l'altérité et de transmettre des valeurs, à l'heure où l'industrie agro-alimentaire a réduit le plaisir de manger à une sensation organoleptique immédiate qui oublie partage, culture, jubilation.

Un bel exposé, malheureusement un brin trop court à notre goût.

Liliane Plouvier (Haute École Francisco Ferrer, Bruxelles), historienne de la gastronomie, continuateur de l'œuvre novatrice du regretté **Jean-Louis Flandrin**, nous convia ensuite à un extraordinaire voyage dans le temps en évoquant avec une érudition sans faille et des mots gourmands le *Plaisir et la santé à la table des califes abbassides de Bagdad (IX^e-XI^e siècles)*. Son exposé sensuel et détaillé a désarçonné plus d'un participant. Nous nous sommes régalés quant à nous de sa description émerveillée de la cuisine fusion perse et byzantine, à qui nous devons la technique du feuilletage, les pâtes alimentaires, les œufs battus en neige, la gélification, etc.

Une civilisation qui utilisait les sucreries comme base de sa pharmacopée ne saurait que nous être sympathique, et a fortiori si elle affirme son intérêt pour les plaisirs de la chair et de la chère, propres à renforcer l'adoration d'Allah. On est loin de certain islam tristou-

net d'aujourd'hui, on est loin aussi de l'ascèse chrétienne et de ses péchés capitaux !

Simone Gerber, pédiatre et psychomotricienne, fit le pari risqué de demander à l'assistance de réagir et de dialoguer à partir de cas individuels de 'traumatismes' alimentaires d'enfants qu'elle aide dans sa pratique, nous rappelant au passage que notre goût est déterminé pour 5 % seulement par nos papilles et pour 95 % par l'olfaction. Si vous avez déjà observé un 'vrai' œnophile goûter un vin avec précision sans devoir y tremper les lèvres, vous comprendrez ce qu'elle voulait dire.

Marie-Josée Mozin, diététicienne de pédiatrie, Présidente honoraire du Club européen des diététiciens de l'enfance, termina la journée par un exposé à première vue plus classique : *Prévenir les maladies de la nutrition, améliorer le bien-être et les performances scolaires par l'alimentation consommée à l'école ?* Elle brossa un portrait rapide et clair de la problématique, tout à fait essentielle vu la longueur des journées continues que les enfants passent à l'école, où ils ingurgitent 30 à 50 % de leurs apports nutritionnels journaliers. Elle en profita aussi pour couper les ailes à quelques canards, pour démonter certaines idées reçues, à propos des produits laitiers, de l'injonction aussi ferme que vague à consommer 'cinq fruits et légumes par jour', de la sacro-sainte 'collation de 10 heures', parfaitement superflue pour l'immense majorité des enfants alors qu'un véritable goûter leur est utile.

Et pour les amateurs de figures géométriques, elle égratigna quelque peu le standard de la pyramide alimentaire, lui préférant une pyra-

mide de l'activité physique forcément plus dynamique!

Un clin d'œil au 'nutritivement correct' pour terminer. Jean-Pierre Corbeau (qui n'en a pas fait un fromage pour autant!) a observé que

certaines enfants qui n'ont pas encore appris à lire, en captant le logo de l'INPES à côté des avertissements sanitaires qui accompagnent les spots publicitaires pour les snacks et sodas, attribuent spontanément un label de qualité

à ces délicieuses saloperies, ce qui n'est pas vraiment le but recherché par les autorités sanitaires françaises. Sacrés mômes!

Christian De Bock

STRATÉGIE

Quelques exemples de politiques de santé publique mises en place en Europe et au Québec

Introduction

Dans le cadre de la préparation du prochain Programme quinquennal de promotion de la santé en Communauté française de Belgique, la Direction générale de la Santé et le Conseil supérieur de promotion de la santé ont sollicité le service communautaire UCL-RESO afin qu'il réalise un dossier technique consacré aux politiques de santé publique européennes mises en place ces dernières années, en s'intéressant tout particulièrement aux différents plans et programmes nationaux existants, et ce en vue de comparer les similitudes et les différences avec la politique de santé publique mise en place dans notre Communauté.

Méthodologie

Les recherches bibliographiques ont été menées via les bases de données Doctes (base de données bibliographiques partagée dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux) et Sciendirect (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science). Certains sites gouvernementaux, nationaux et régionaux ont également été consultés.

La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix des articles et documents retenus. Des critères linguistiques ont également orienté

la sélection des documents; en effet, seuls les documents rédigés en français, néerlandais et en anglais ont retenu notre attention. Quatre mots-clefs ont guidé cette recherche: 'public health', 'national health programs', 'decision-making', 'health-policies'.

■
Les priorités de santé sont établies en fonction des données épidémiologiques, des sensibilités culturelles, des contextes politiques, législatifs, juridiques et socio-économiques.
■

Au regard de ces différents critères, 14 pays et régions ont été retenus et 64 références bibliographiques ont été exploitées. Certains pays et régions ont été plus détaillés que d'autres, ceci notamment au vu de l'état d'avancement des politiques et stratégies qui y sont développées.

Vu l'ampleur du dossier traité (et des informations recueillies), il a été décidé de scinder ce dossier en deux parties. La première concerne les pays suivants: la Suède, les Pays-Bas, la Suisse, le Luxembourg, le Danemark, la Bulgarie, la Croatie et l'Espagne¹. La seconde partie présente un état des lieux pour l'Allemagne, la Belgique (Communauté fla-

mande), le Canada (Province de Québec), l'Union européenne, la France et le Royaume-Uni².

Quelques difficultés ont été rencontrées dans le cadre de la réalisation de ce travail. Elles concernent notamment l'obtention d'informations et/ou de documents retraçant l'historique des processus de prise de décisions des pouvoirs politiques (établissement de choix des priorités de santé, contexte de mise en œuvre des stratégies opérationnelles, etc.). L'accès à ce type d'information aurait permis d'affiner les comparaisons des politiques de santé publique et de leur mise en œuvre dans les pays retenus et cela à l'échelon international.

La compréhension des systèmes de santé mis en place dans les pays et régions investigués (organisation du pouvoir décisionnel et opérationnel, etc.) n'a pas toujours été aisée de même que la comparaison des politiques de santé publique entre elles. En effet, certains pays et régions plus « avancés » ont déjà expérimenté le travail par programme régional ou national alors que d'autres se livrent à cet exercice pour la première fois.

Les documents qui ont alimenté la revue de littérature n'ont pas toujours permis de bien cerner l'opérationnalisation concrète des politiques décidées (parfois, celles-ci relèvent plus d'une déclaration d'intention).

¹ Doumont D., et al. (2007), Quelques exemples de politiques de santé publique mises en place au sein de l'Europe et de la Province du Québec, Dossier technique 1ère partie, Réf. 07-47, Décembre 2007, 45 pages.

² Doumont D., et al. (2008), Quelques exemples de politiques de santé publique mises en place au sein de l'Europe et de la Province du Québec, Dossier technique 2^e partie, Réf. 08-48, Février 2008, 64 pages.

Résultats

La revue de littérature a permis de constater que la plupart des objectifs généraux décrits dans les programmes, plans et politiques de santé sont souvent identiques (encourager les modes de vie sains, lutter contre les maladies et invalidités évitables, favoriser le bien-être, créer des environnements favorables, etc.).

Les priorités de santé sont établies en fonction des données épidémiologiques, des sensibilités culturelles, des contextes politiques, législatifs, juridiques et socio-économiques. Les problématiques de santé les plus récurrentes concernent les thématiques suivantes : le surpoids et l'obésité, la promotion d'une alimentation « saine », la promotion de l'activité physique, les conduites addictives, les maladies chroniques, les cancers, les inégalités sociales et leur impact sur la santé. Il existe toutefois une grande diversité dans les stratégies mises en place. En effet, certains pays développent un plan national ou régional comme par exemple la Suède, le Danemark, la Suisse, l'Espagne, les Pays-Bas, etc. D'autres élaborent différents plans en fonction de thématiques et/ou de priorités nationales/régionales du moment (la France, l'Allemagne, etc). D'autres encore ne développent pas de plans nationaux mais élaborent des objectifs pour (re)définir l'orientation des actions de prévention à réaliser et ainsi établir leur politique de santé (Communauté flamande).

Enfin, la politique de santé publique est parfois encore en « émergence » dans certains pays où elle se traduit par une simple juxtaposition de plans ou stratégies (Luxembourg). Certains programmes développent une « approche transversale » de la santé. Les activités sont déclinées à la fois selon le public cible (petite enfance, femmes, populations vulnérables, etc.), des thématiques (maladies cardiovasculaires, alimentation, assuétudes, maladies chroniques), des lieux de vie (écoles, familles, entreprises, etc.). C'est le cas de la France, du Danemark, de la Suède, du Canton de Fribourg, etc.

D'autres, tout en conservant cette vision assez « globale » de la santé, déclinent des objectifs (et des priorités) à caractère plus épidémiologique (Communauté flamande, Danemark).

Enfin, tous les pays/régions investigués font état de l'existence de nombreuses disparités face à la santé (mauvaises conditions socio-économiques, facteurs de fragilisation, effets négatifs sur la santé) et la lutte contre les inégalités sociales face à la santé fait partie des préoccupations de la plupart de ces pays mais peu développent une approche « intégrée » de lutte contre ces inégalités de santé. Seuls, les Pays-Bas développent des plans stratégiques permettant de réduire les inégalités en matière de santé. Un troisième plan a déjà vu le jour en 2001 (Evidence based Dutch program on socio-economic inequalities in Health).

Quelques points communs avec la situation en Belgique francophone

Tout comme dans le cadre de la politique de santé développée en Communauté française de Belgique, les plans et programmes de la plupart des pays/régions investigués (Danemark, Suède, Québec, Pays-Bas, etc.) sont construits dans le respect des principes de la Charte d'Ottawa³ (objectifs opérationnels qui agissent sur les déterminants de la santé, démarche intersectorielle, etc). Le Plan communautaire opérationnel⁴ (PCO) développé en Communauté française fait d'ailleurs explicitement référence à la Charte d'Ottawa, ce qui est également le cas de certains cantons suisses (Fribourg, Genève).

Le choix des priorités de santé est posé en fonction de l'état de santé de la population (incidence, prévalence, morbidité, etc.).

La plupart des plans et programmes prévoient la mise en place d'évaluations et pour certains des critères et indicateurs sont fixés.

La réduction des inégalités de santé est davantage mise en lumière dans le PCO belge francophone. C'est également une priorité pour la France, le Danemark, les Pays-Bas, le Québec, etc.

La plupart des pays et régions investigués développent et favorisent une approche transversale de la santé.

On peut regretter pour l'ensemble d'entre eux le peu d'informations concernant les moyens financiers investis à la mise en place des plans et programmes.

Enfin, il existe une réelle volonté de dégager des critères et indicateurs d'évaluation.

Conclusions

Au terme de la revue de littérature, il s'avère que le concept « santé publique » est largement utilisé par les professionnels et intervenants de santé, mais concrètement, par manque de consensus, ce concept recouvre des notions bien différentes. Pour certains, il évoque des notions strictes d'épidémiologie. Pour d'autres, l'éducation pour la santé, voire la promotion de la santé sont les bases de toute démarche de santé publique. La santé est alors considérée dans une approche globale du citoyen.

Si les objectifs généraux décrits dans les programmes examinés sont souvent identiques, leur mise en œuvre concrète n'en reste pas moins fort différente. Un contexte politique, mais également législatif, juridique, socio-économique et sanitaire, des référents culturels, voire religieux, (et les choix gouvernementaux qui en découlent) peuvent considérablement influencer leur opérationnalisation.

Enfin, l'organisation même du système de santé publique inhérente à chaque pays joue un rôle important dans l'élaboration et le contenu des programmes de santé publique. Ainsi, les stratégies mises en place par les différents pays pourront varier considérablement. La plupart des plans et programmes prévoient la mise en place d'évaluations et pour certains des critères et indicateurs sont fixés. Cependant, le manque d'évaluation récente sur les politiques mises en place questionne et, si quelques évaluations de programmes ont été réalisées, les résultats de ces dernières restent peu disponibles. Il est donc indispensable de continuer à « peaufiner » l'état des connaissances de l'efficacité des mesures de prévention, de protection et de promotion de la santé mises en place.

Au vu du caractère complexe des systèmes de santé des pays et régions, il est également nécessaire, voire primordial de développer des liens avec tous les acteurs qui travaillent

3 http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/thematiques/Charte/ottawachart.pdf

4 <http://www.sante.cfwb.be/publications-et-periodiques/promotionsante-prevention/>

dans le champ de la santé publique. Cela permet de rechercher ensemble des moyens de coordination efficaces et pertinents des stratégies et des actions décidées dans le cadre de chaque plan, programme ou politique de santé retenus par un pays ou une région.

Une décentralisation trop importante risque très vite de montrer ses limites dans la mise en route des plans locaux. En effet, trop d'objectifs et normes à respecter à un échelon national (ou régional) risquent de limiter une adaptation des plans locaux aux besoins de santé de la population concernée.

Si certains programmes s'imprègnent fortement des idéaux de la Charte d'Ottawa, peu en font toutefois explicitement référence alors qu'aussi bien la Charte d'Ottawa que celle plus récente de Bangkok⁵ accordent une réelle importance à

la promotion de la santé comme « politique publique favorable à la santé ». De surcroît, les concepts de promotion de la santé et d'éducation pour la santé semblent être peu maîtrisés, voire « maltraités », tant par les décideurs que par les acteurs de terrain. Dès lors, la conception et la mise en œuvre concrète des objectifs et des actions intégrant le champ de la promotion et de l'éducation pour la santé risquent de ne répondre que partiellement à ces idéaux.

Les programmes/plans/politiques mis en place doivent toujours tenir compte de leur réelle capacité à agir et à répondre aux différents objectifs sanitaires qu'ils se sont fixés. Il faut continuer à soutenir, renforcer, évaluer, financer tous les efforts déjà consentis afin d'améliorer la qualité de vie et le bien-être des populations.

Une nouvelle santé publique « sociale » semble voir le jour parce que le concept même de la santé évolue. La santé n'est plus

la « non-maladie » ni l'affaire des médecins. Elle concerne désormais tous les citoyens.

Enfin, pour clore ce travail, soulignons que la promotion de la santé/éducation pour la santé ne doit en aucun cas dissocier les dimensions biologiques, psychologiques, sociales, environnementales et culturelles de la santé et doit continuer de prôner une vision holistique de la communauté et de l'individu, vision qui prenne en compte non seulement tous les aspects cognitifs mais surtout qui favorise l'acquisition et le renforcement de compétences et d'aptitudes.

Dominique Doumont, Marie-France Libion et Karine Verstraeten, Unité d'Éducation pour la Santé (RESO) UCL

Contact : Dominique Doumont. Tél.: 02 764 50 76.

Courriel : dominique.doumont@uclouvain.be

⁵ http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf

LOCALE

La Plate-forme intersectorielle du sud de l'Entre-Sambre-et-Meuse

Une initiative au service de la qualité de vie

Préambule

Dans le cadre de sa mission « Initier au niveau de son ressort territorial des dynamiques qui encouragent le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire », le Centre local de promotion de la santé (CLPS) de Charleroi-Thuin est à l'initiative d'un dispositif intersectoriel sur le territoire de la botte du Hainaut. Cette démarche bénéficie du soutien méthodologique de l'Unité de développement territorial et local de l'ULB et de sa définition du développement local¹ qui rejoint en de nombreux points les stratégies de promotion de la santé.

Par intersectorialité, les acteurs de cette recherche-action entendent le fait de susciter des liens entre les secteurs public, privé et associatif, sans oublier les habitants, dont les centres d'intérêt s'inscrivent dans une pluralité thématique : économique, sociale, culturelle et environnementale. Cette approche globale, intégrée et transversale présuppose que le souci du bien-être collectif et individuel fait partie intégrante de tous les secteurs de la vie sociale et peut faire l'objet de points de rencontre plurielle.

C'est souligner aussi que personne ne peut s'affirmer dédouané de cette recherche d'attention autour de la santé.

Le processus partenarial du projet

Pour initier le processus partenarial et confronter les acteurs en présence à l'intersectorialité, les étapes suivantes ont été franchies :

- identifier les besoins locaux (identification

des points forts et des points faibles du territoire, identification des ressources locales), au départ des rencontres avec des acteurs de ce territoire : Fondation Rurale de Wallonie (antenne de l'Entre-Sambre-et-Meuse), AMO Oxyjeune, Fondation Chimay Wartoise, Hainaut Développement (antenne de Chimay), Centre culturel Sudhaina de Chimay;

- partager ces informations avec les acteurs locaux via l'organisation d'une matinée de rencontres intitulée « *Quel lien entre la qualité de vie et le développement économique, social, culturel et environnemental ?* »².

Lors de cette rencontre, les acteurs locaux présents ont fait les constats suivants :

- la qualité de vie des personnes est influencée par de multiples déterminants propres

¹ Le développement local est défini comme « le processus d'innovation territoriale inscrit dans la durabilité. Ce processus s'enracine dans un territoire pertinent, il y fédère et organise en réseau les acteurs économiques, sociaux, environnementaux et culturels pétris d'une culture commune de projet et dont la finalité est le bien-être collectif et la centralité : l'être humain » (D.-P. Decoster)

² Voir *Éducation Santé* n°220 de février 2007, pages 14 à 15.

à plusieurs secteurs : économique, social, culturel et environnemental;

- l'efficacité des projets locaux voulant intervenir pour améliorer la qualité de vie est conditionnée par une collaboration plus efficiente entre les acteurs issus de ces différents secteurs, une démarche encore peu courante en général et en particulier sur ce territoire;
- les acteurs locaux développent régulièrement, mais ponctuellement des projets dans le cadre d'une démarche partenariale (beaucoup de collaborations et existence de réseaux entre les acteurs du monde socio-culturel). Par contre l'articulation ou la synergie entre les différents secteurs semble moins recherchée ou activée, on ne peut pas parler de stratégie concertée.

Faisant suite à cet événement, et sur base de ces constats, plusieurs associations locales ont souhaité poursuivre la réflexion en se donnant pour objectif de mettre en place une plate-forme intersectorielle.

■
Une approche globale, intégrée et transversale présuppose que le souci du bien-être collectif et individuel fait partie intégrante de tous les secteurs de la vie sociale et peut faire l'objet de points de rencontre plurielle.
■

En premier lieu, la définition du projet a été affinée pour vérifier qu'il n'y avait pas de redondance ou de chevauchements avec des démarches existantes (telles que les coordinations sociales locales...). Différents éléments ont ainsi été reconnus spécifiques à la démarche proposée.

La couverture territoriale : le territoire concerné est plus étendu que celui des coordinations locales puisqu'il reprend les cinq communes de la botte du Hainaut et Couvin, Viroinval et Doische (le territoire pertinent a en effet été élargi à la demande de certains acteurs développant des collaborations avec ces communes du sud de la Province de Namur).

La multisectorialité : la volonté est ici de déclousser la réflexion pour sensibiliser et mobiliser l'ensemble des acteurs dont les activités ont un impact sur la qualité de vie des citoyens.



Chimay, siège d'une antenne de Hainaut Développement

Photo © Isopix

Cette démarche vise à sortir de la cohabitation de secteurs pour rechercher des connexions qui susciteront une réelle intersectorialité.

Mise en place de la plate-forme

Les membres de la plate-forme ont travaillé sur la construction de la nature du partenariat et sur l'élaboration de son mode de fonctionnement.

À cette fin, une charte d'engagement³ reprenant notamment les éléments suivants, a été élaborée collégialement.

Définition de la plate-forme

Cette plate-forme est définie comme un lieu privilégié de rencontres et d'échanges pour les institutions et organismes issus de différents secteurs et thématiques (économique, culturel, social et environnemental) qui désirent travailler sur le développement local durable et sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population du sud de l'Entre-Sambre-et-Meuse. Il s'agit d'une démarche de progrès social qui intègre les besoins individuels.

Les membres de cette plate-forme se reconnaissent mutuellement des compétences et une capacité d'influence dont l'atout majeur se caractérise par leur diversité et pluralité. La plate-forme fait apparaître les complémentarités entre ses membres, elle favorise la com-

munication et leur aptitude à agir ensemble de manière coordonnée. Elle devient ainsi un outil pouvant générer réflexions et actions pour le développement et la revitalisation du territoire couvert.

Objectifs

Les objectifs de la plate-forme intersectorielle sont :

- d'identifier des acteurs locaux issus de différents secteurs et thématiques;
- de donner une plus grande visibilité et accessibilité à l'information et aux ressources existantes;
- de fédérer des acteurs locaux dont les actions ont un impact sur la santé et sur la qualité de vie des citoyens de leur territoire;
- de développer un effet « caisse de résonance » pour les activités organisées par les différents secteurs : visibilité et reconnaissance à plus grande échelle, meilleure diffusion de l'information, association positive à une démarche symbolisant le dynamisme, la collaboration et la mobilisation d'une région;
- de réaliser des économies d'échelle par la mutualisation des ressources et des compétences.

Les moyens que la plate-forme va développer pour atteindre ces objectifs sont :

- la mise en commun des ressources, des connaissances et de l'expertise de chaque secteur, afin de construire une vision globale des problématiques qui les intéressent;
- la mise en place de projets ou d'interventions basés sur cette vision globale et intégrée;

³ À ce jour, cette charte a été signée par les institutions suivantes : Fondation Rurale de Wallonie (antenne Entre-Sambre-et-Meuse), Centre de Guidance de Chimay, Aide et Soins à Domicile Hainaut Oriental, Centre PMS de la Communauté française (Couvin), Aide à Domicile en Milieu Rural, Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin.

- la connexion entre réseaux, via l'appartenance des membres de la plate-forme à différents réseaux existants, c'est-à-dire la mise en œuvre concrète de l'intersectorialité;
- la mise à disposition des capacités et des moyens permettant d'agir sur des problèmes complexes qui ne peuvent être résolus par un seul secteur ou acteur;
- le développement, par le maillage des institutions, d'une capacité de veille qui soit une force de réaction et de mobilisation rapide permettant, par exemple, de réagir à des situations « urgentes », de se placer au mieux sur différents appels à projets...

Moyens à mettre en œuvre

Ensuite, pour atteindre les objectifs fixés, les membres de la plate-forme ont choisi d'adopter les trois démarches suivantes.

Construction d'un site web

La création du site est le prétexte à la cohésion partenariale, elle canalise l'échange d'informations propres à chaque acteur : son mode de fonctionnement, sa zone d'influence, sa culture interne, son financement, etc. Elle permet également la constitution d'un capital social entre les acteurs auquel chacun pourra faire appel dans sa pratique professionnelle.

Cette tâche conjointe tisse surtout des liens de confiance qui seront un levier efficace dans la vie de la plate-forme.

Ce site web, outil au service de l'échange, du partenariat et de l'émergence de projets, permettra :

- de relayer les activités de la plate-forme (présentation des missions des organismes la composant, présentation de besoins partagés pouvant déboucher sur l'organisation d'actions communes et intersectorielles) et d'ainsi élargir les partenariats au fur et à mesure de la mise en place d'actions spécifiques;
- la mise à disposition d'un répertoire d'organismes issus de différents secteurs et qui portent une attention particulière à la qualité de vie des personnes (ce répertoire en ligne a l'avantage de pouvoir être mis à jour régulièrement par l'ajout et/ou la correction des données et de ne pas présenter de coût d'impression papier);
- la création d'un espace d'émergence de projets et de collaborations (via un « forum »). Une recherche de financement est actuelle-

ment en cours pour obtenir les fonds nécessaires à la réalisation de cet outil.

Cette tâche commune fortifie le partenariat local car il concrétise un enjeu et un défi partagés.

Organisation d'échange d'information et de présentation de projets

Lors de chaque réunion des membres de la plate-forme, une présentation d'un partenaire est mise à l'ordre du jour. Cette démarche a pour objet d'aboutir à une identification de besoins partagés pouvant ensuite déboucher sur l'organisation d'actions communes et intersectorielles.

La plate-forme devient ainsi un outil pouvant générer réflexions et actions pour le développement et la revitalisation du territoire couvert.

Concrètement, un membre de la plate-forme présente ses activités en détail lors de chaque réunion, et chaque présentation est l'occasion d'identifier les éléments en lien avec le rôle que la plate-forme intersectorielle peut assumer :

- **identifier ce qui existe et ce qui manque au niveau des structures locales.** Sur base de cette démarche, enrichir le répertoire local prévu sur le site web et/ou stimuler la création de nouveaux services (exemple : mise en avant du manque d'espaces de discussion dans les écoles, ce qui a mené à un projet de « salle d'écoute »);
- **échanger sur des expériences existantes.** Sur base de cette démarche, mieux faire connaître les initiatives locales, créer des liens entre les dispositifs existants et enrichir le répertoire local prévu sur le site web (exemples : organisation à Momignies d'une exposition « Tom et Babette » sur le thème de l'alimentation, projet école des consommateurs à Beaumont, asbl Échanges à Vergnies, restaurant social de Beaumont, réalisation d'un DVD sur le racket, organisation d'une « matinée santé » à l'école Technique de la Communauté française de Rance...);
- **mettre en place des collaborations.** Les échanges peuvent amener certains membres de la plate-forme à mettre en

place ou à approfondir des démarches communes (exemples : liens possibles entre les projets du PPP⁴ de Beaumont, Froidchapelle et Sivry-Rance et le projet de mise en place d'une Maison Communautaire à Sivry-Rance via le développement d'un axe intergénérationnel, identification de partenariats possibles entre le *Cluster Botha*⁴ et les PPP dans le cadre du travail des groupes « socialisation », questionnement sur les pistes éventuelles de collaboration avec les acteurs du secteur économique en ce qui concerne l'aide à la création d'entreprises et pour la mise à l'emploi de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale...);

- **augmenter la connaissance des services.** Avoir une meilleure connaissance de leurs modes de fonctionnement, contraintes, limites, compétences... afin d'optimiser les relations entre les structures locales (exemple : nouvelles collaborations entre le Centre de Guidance, le Centre PMS de la Communauté française de Couvin et le CPAS de Beaumont);

- **identifier des problématiques locales :** faire émerger des problématiques pouvant ensuite déboucher sur l'organisation d'actions communes et intersectorielles (exemples : alimentation, assuétudes, alphabétisation, marketing/publicité, crédit, gestion budget, parentalité, éducation, mobilité, sécurité routière, emploi, identification du décalage entre les attentes de certaines entreprises – recherche de personnel qualifié et opérationnel – et le profil du public du *Cluster Botha*, méconnaissance de l'AWIPH et de ses services par certaines personnes fragilisées qui ne maîtrisent pas les démarches et les droits qu'elles pourraient faire valoir...).

À ce jour, les présentations suivantes ont eu lieu : Centre de Guidance de Chimay, Plan de prévention et de proximité (PPP) de Beaumont, Froidchapelle et Sivry-Rance, *Cluster Botha*,

4 Les Plans de prévention et de proximité sont développés au départ d'appels à projets portés par les communes et financés par la Région wallonne. Depuis 2009, ils sont devenus Plans de cohésion sociale (http://cohesionsociale.wallonie.be/spip/rubrique.php?id_rubrique=173). Le *Cluster Botha* est un projet porté par les CPAS de Beaumont, Sivry-Rance et Froidchapelle dont l'objet est de proposer une aide et un accompagnement dans le processus de recherche d'emploi pour des personnes bénéficiaires du revenu d'intégration de demandeurs d'emploi. Pour plus d'infos : www.jobdeclic.be/index.php?option=com_myjspace&task=view_page&id=83&Itemid=59.

Académie de Musique de Sivry-Rance. Les prochaines présentations prévues sont : Hainaut Développement, Antenne du sud Hainaut, Aide et soins à domicile Hainaut Oriental, Centre de Santé des Fagnes.

Lors de ces présentations, il a aussi été fait référence à des enquêtes : dans le cadre de la guidance sociale énergétique, enquête en collaboration avec l'asbl Pro-énergie qui a abouti à la réalisation d'actions d'informations, d'animations dans les écoles; enquête de satisfaction menée par l'ASD auprès de 6500 personnes, faisant état de besoins exprimés par une certaine partie de la population; analyse des problématiques liées à la jeunesse réalisée par le Groupe Thiérache... L'accumulation de ce type d'informations va permettre à terme d'obtenir les éléments nécessaires à la réalisation d'un « diagnostic » du territoire, sur lequel il sera possible de baser l'élaboration de projets intersectoriels. Il sera alors intéressant de pouvoir diffuser le résultat de ces enquêtes (identification de besoins non couverts, de problématiques prioritaires...), notamment via le futur site web.

C'est aussi l'embryon d'une veille stratégique locale prompte à réagir à toutes opportunités favorables à la finalité commune des partenaires : l'amélioration du bien-être collectif et par voie de conséquence la santé collective et individuelle.

Organisation d'événement

Ce fut, le 30 septembre 2008, l'organisation d'une rencontre « Présentation d'un panorama socio-démographique du Sud de l'Entre-Sambre-et-Meuse »⁵.

À destination des acteurs locaux (élus, professionnels...) travaillant dans les secteurs de l'environnement, du social, de la culture et de l'économie, cette matinée a été construite sur base de la présentation d'outils statistiques et d'une analyse socio-démographique du territoire du Sud de l'Entre-Sambre-et-Meuse (plus précisément des communes de Beaumont, Chimay, Couvin, Doische, Froidchapelle, Momignies, Sivry-Rance et Viroinval).

Elle s'est articulée autour de deux interventions :

- présentation par l'Unité de Démographie de



Photo © Isopix

Couvin, composante namuroise de la Plate-forme, sur l'Eau noire

l'UCL d'un panorama socio-démographique du territoire et d'outils de recherche de données statistiques (à l'échelle de la commune et, dans un avenir proche, à l'échelle du quartier). Cette démarche a permis de bénéficier d'une analyse du territoire (points forts et faibles) sur laquelle construire des actions concrètes et développer les partenariats de la plate-forme;

- présentation de la plate-forme : objectifs, philosophie de travail, mode de fonctionnement et perspectives.

Les objectifs de cette rencontre étaient de proposer aux participants la découverte de nouveaux outils d'analyse, l'identification de points forts et faibles du territoire, la participation à l'identification des actions prioritaires à mener pour le développement du territoire, la découverte d'un dispositif local issu d'un partenariat intersectoriel, et le développement de nouveaux partenariats.

Soutien méthodologique de l'Unité de développement territorial et local (ULB)

À différentes étapes du projet, les membres de la plate-forme ont pu bénéficier du soutien méthodologique de l'Unité de développement territorial et Local (ULB).

Ce soutien s'est traduit par une enquête auprès des membres de la plate-forme dont les résultats ont été présentés en mai 2007 (questionnement sur la pertinence du terri-

toire, sur la composition et l'objet de la plate-forme, ainsi que sur sa méthode de travail), ainsi que par la présentation d'un regard extérieur, en mai 2008, construit sur base de la lecture des PV de réunions.

Ce mode d'accompagnement-miroir permet aussi au cercle partenarial de conserver une ouverture vers l'extérieur et de maintenir un questionnement dynamique et réflexif : « sommes-nous toujours en lien avec les besoins du territoire et cohérents ? »

Concrètement, cette lecture a permis de faire émerger des constats et de renvoyer des questions sur l'évolution du travail de la plate-forme; il s'agissait aussi de réinterroger le processus : qui continue à participer ? Quels sont les enjeux visibles ou non dits des partenaires ?

Constats

Dans nos discussions, la thématique essentielle qui est actuellement abordée est celle du « social ». Les acteurs du monde culturel qui étaient fort présents au début de nos rencontres, ne sont plus là. Il serait intéressant de savoir pourquoi et de voir comment il est possible de les réassocier.

Les partenaires présents sont issus du secteur public (CPAS, PMS Communauté française, Cluster Botha, PPP) et du secteur associatif lui-même parfois issu du secteur public. Il manque donc des représentants du secteur privé-marchand.

Le territoire fixé reste pertinent, mais les parte-

5 Le document de synthèse de cette rencontre est accessible en ligne à l'adresse suivante : http://www.cipsct.org/files/rapport_30_09_08.pdf

naires demeurent enfermés dans les contraintes territoriales imposées par leurs pouvoirs subsidiaires (ils ne cherchent pas à couvrir l'ensemble du territoire choisi). L'enjeu est ici de pouvoir démontrer la pertinence de celui-ci (via des dispositifs et/ou des partenariats intercommunaux).

Les interventions professionnelles des partenaires peuvent être individuelles ou collectives (notamment en lien avec les activités culturelles).

Un atout appréciable est la présence de partenaires ayant l'habitude de travailler en 'supracommunalité'.

Questions

Ces constats invitent à :

- repenser le partenariat local au niveau de l'approche intersectorielle. Comment aller (re)chercher les secteurs peu présents (privé-marchand) ? Pour faire quoi ?
- repenser l'approche inter-thématiques. Comment aller (re)chercher les acteurs du monde culturel, environnemental et économique ?
- questionner le cadre de vie et le lien avec l'environnement, pour déboucher notamment sur des actions concrètes (l'environnement est partagé par tous et est considéré comme une haute valeur ajoutée de la région);
- établir des alliances « multi niveaux », notamment pour démontrer la pertinence du territoire;
- détecter les besoins partagés, ce qui pourrait déboucher sur de nouveaux partenariats;
- mettre en place une (des) action(s) concrète(s) qui auront pour effet de souder le partenariat actuel; de rendre visible l'existence de la plate-forme; de déboucher sur de nouveaux partenariats, sur l'identification de besoins partagés et/ou répondre à ceux-ci;
- questionner la nature des bénéficiaires des actions des institutions présentes au sein de la plate-forme. De quoi ont-ils besoin en dehors des actions spécifiques de chaque institution ? D'où viennent-ils (est-ce qu'il y a des quartiers ou des villages qui devraient faire l'objet d'une attention prioritaire)?
- réfléchir aux besoins du territoire en termes de services, de formations;
- mettre en place un type de veille stratégique permettant de saisir les opportunités

pour répondre aux besoins latents ou exprimés.

Perspective d'actions

Sur base de ces constats et questions, et dans la continuité des actions déjà réalisées, l'organisation des événements suivants est mise en chantier :

- septembre/octobre 2009 : matinée de rencontre sur la question de la mobilité. Cette rencontre sera l'occasion de faire le point sur la problématique (portrait des questions de mobilité), de découvrir des initiatives apportant des solutions à cette problématique (taxi social, transports en commun, initiative de coordination de co-voiturage...), de proposer une analyse « sociologique » des habitudes culturelles liées à la question de la mobilité;
- septembre/octobre 2010 : organisation d'un événement de type « assises du développement », avec présentation via stands ou exposés des dynamiques supracommunales existantes comme par exemple : coordinations sociales, action botte, Hainaut Développement, plate-forme Inform'elles, plate-forme intersectorielle, forum social, GECO (Groupement des entreprises et des acteurs économiques du sud Entre-Sambre-et-Meuse), GAL de la botte du Hainaut (groupe d'action locale soutenu dans la cadre du programme européen de développement rural Leader+); avec aussi des exposés plus théoriques sur la pertinence du travail en intersectorialité; avec enfin l'organisation de tables rondes thématiques suivies d'une analyse transversale (identification des besoins partagés, des forces et faiblesses du territoire et des actions à mener).

Éléments d'analyse et de recommandations

Cette expérience de mise en place d'une plate-forme intersectorielle met en lumière les éléments à prendre en compte dans ce type d'initiative.

La gestion du temps : il est fondamental de s'adapter aux contraintes temporelles des partenaires (par exemple via l'organisation de réunions à intervalles raisonnables – environ toutes les 6 à 8 semaines – mais en proposant des sous-groupes de travail pour faire avancer le projet); en parallèle, il est nécessaire de prendre le temps de se connaître, de créer des

liens et des affinités entre partenaires; susciter une temporalité partagée, celle du processus partenarial; éviter les réunions chronophages (rentabiliser le temps).

La gestion des résultats : il faut veiller à arriver assez vite à des réalisations concrètes basées sur l'identification de besoins communs. Le but est d'éviter le sentiment de participer à des réunions stériles, de solidariser les partenaires et de générer du concret, de l'action et de la visibilité (exemples d'actions menées par la plate-forme : définir collégialement une charte d'engagement et un cahier des charges pour la réalisation du site web, co-écrire une demande de subvention, co-organiser des événements au service des objectifs de la plate-forme).

La définition du cadre de travail : il est important de définir de manière claire la finalité du groupe, ses objectifs et son mode de fonctionnement (mais c'est une démarche qui prend du temps également) et éventuellement sa durée de vie.

La définition du territoire : pour être cohérent, il faut veiller à définir un territoire pertinent c'est-à-dire une zone d'action et d'influence partagée par l'ensemble des partenaires et reconnue par ceux-ci.

La gestion des dangers de ce type de partenariat : gérer les logiques contradictoires issues du caractère intersectoriel de la plate-forme (exemple : la notion de rentabilité pourra varier si on la place du point de vue économique ou du point de vue du progrès social).

La mise en avant des atouts du partenariat : travailler dans une logique gagnant-gagnant (la plate-forme doit apporter une plus value pour chacun dans le cadre de son activité première), à partir de l'identification d'enjeux communs qui ne souffrent de concurrence entre les acteurs pressentis à devenir partenaires. Ces enjeux partagés serviront toutefois également les défis singuliers de chaque partenaire pour respecter cette logique gagnant-gagnant.

Dominique-Paule Decoster, chargée de cours et directrice de l'Unité de développement territorial et local à l'Université Libre de Bruxelles, et **Philippe Mouyart**, Directeur du Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin

La renaissance des statistiques de naissances et de décès pour la Communauté française

Depuis longtemps, les dernières statistiques de naissances et de décès en Wallonie étaient celles de 1997. Soudain, deux publications viennent d'être diffusées (notamment dans Éducation Santé), livrant enfin des chiffres relativement récents (année 2004). L'une concerne les naissances et la mortalité fœto-infantile, l'autre traite de la mortalité générale. Faudra-t-il attendre 10 ans avant d'obtenir des chiffres encore plus récents ?

Nous avons posé la question – et quelques autres – à Jacques Henkinbrant, responsable de la « Cellule statistiques naissances et décès » à la Direction générale de la santé du Ministère de la Communauté française.

Les difficultés

Éducation Santé : Est-ce tellement difficile de compter les naissances et les décès en Wallonie ?
Jacques Henkinbrant : Ce n'est pas plus difficile en Wallonie qu'en Flandre, à Bruxelles ou ailleurs. Mais il ne s'agit pas seulement de compter : il faut aussi enregistrer un grand nombre de données de caractère socio-démographique et médical.

Les difficultés principales sont de 3 ordres :

- certains problèmes sont liés à la quantité de données à récolter : il s'agit d'un travail lourd, long et monotone;
- d'autres problèmes sont liés à la complexité des questionnaires et du parcours qu'ils doivent suivre, ce qui impose à l'administration des Communautés un lourd travail de vérification et de correction pour garantir la qualité des données;
- enfin, il y a le problème de codification des données, qui est particulièrement aigu en ce qui concerne l'enregistrement des causes du décès.

Une montagne de données

E.S. : Commençons par les chiffres. Pouvez-vous nous donner une idée des quantités à traiter ?
J.H. : On enregistre chaque année environ 37.000 « heureux événements » en Wallonie et un peu moins de décès, environ 36.000.

Pour chaque décès, le formulaire de déclaration comporte 49 items à enregistrer; pour les naissances, il y en a plus du double – 101 précisément –, car en plus des données relatives à l'enfant, il y a celles qui concernent les parents.

Faites le compte : 5.500.000 données à encoder par an, pour la plupart, il s'agit d'un seul chiffre correspondant à une case cochée, mais il y a aussi des dates, des heures, et quelques libellés textuels d'un ou deux mots.
E.S. : ...et le personnel n'était pas suffisant ?

J.H. : Il était probablement suffisant sur papier, mais pas dans la pratique. Un agent malade n'est pas remplacé, un retraité n'est remplacé qu'à 75 % et avec beaucoup de retard. Les formulaires à encoder s'accumulent. Lorsque le retard dépasse un an, le moral n'y est plus...

E.S. : On n'a pas pensé à améliorer la productivité grâce à l'informatique ?

J.H. : Si, bien sûr. On a voulu utiliser les techniques de reconnaissance optique pour remplacer la saisie au clavier. Mais le temps de faire le cahier des charges, d'attribuer le marché, de créer l'application, de la tester, de former le personnel, presque trois ans étaient passés, les effectifs avaient encore diminué et le retard s'était aggravé. En fin 2005, on terminait les données de l'année 1999.

■
Le cas le plus fréquent de manque de précision est la mention « arrêt cardiorespiratoire » comme cause de décès : cela n'est pas une cause, c'est un pléonasme!
 ■

Un circuit complexe

E.S. : Mais il n'y a pas qu'un problème de quantité à saisir. Il faut encore que les données soient correctes. Ce problème se pose dès le remplissage. C'est le médecin qui remplit le formulaire ?

J.H. : En effet, le médecin (ou encore l'accoucheuse, pour ce qui concerne les naissances) est le premier maillon de la chaîne. Il dispose

de 3 modèles de déclaration, un pour les naissances, un pour les décès d'enfants de moins d'un an ou morts-nés et un pour les décès de personnes d'un an ou plus.

Ces trois modèles ont la même structure. Ils se composent de 4 volets :

- le volet A est la déclaration de naissance ou de décès proprement dite : c'est le seul qui comporte des données nominatives, il sert de base à la rédaction de l'acte de naissance ou de décès dans les registres d'état-civil de la commune;

Les trois autres volets comportent des données statistiques anonymes :

- le volet B est également rempli par le médecin et vérifié par la commune, car il doit reprendre la date et l'heure de l'événement qui figurent sur le volet A.

- le volet C est purement médical, c'est pourquoi le médecin doit le mettre dans une enveloppe fermée qui ne pourra être ouverte que par les médecins fonctionnaires communautaires responsables;

- le volet D sera rempli par la commune avec l'aide du déclarant : il comporte des données relatives à l'âge, à la commune de résidence, à l'état-civil, au niveau d'éducation et au statut social et professionnel de la personne¹.

Une fois par mois, les 262 communes wallonnes envoient donc les volets B, C et D au « médecin fonctionnaire communautaire responsable ».

E.S. : Il n'y a plus qu'à recopier les données...

J.H. : Pas si vite ! Il faut tout d'abord vérifier si toutes les communes ont bien envoyé les déclarations du mois.

En effet, il suffit qu'un fonctionnaire communal soit en congé : il est fréquent que le remplaçant oublie de faire l'envoi ou de signaler l'absence de déclarations !

Mais il faut aussi vérifier que les déclarations sont bien complètes, qu'un des deux feuillets

¹ Ou des parents, dans le cas d'une naissance ou d'un décès d'un enfant de moins d'un an.

n'est pas manquant, que les données essentielles sont bien présentes (sexe, lieu et date de naissance, pour les naissances; lieu et date du décès, cause(s) du décès, etc).

E.S.: Est-il possible de récupérer des données manquantes vu que les volets dont vous disposez sont anonymes ?

J.H.: Les communes doivent mentionner le numéro d'acte du registre de naissances ou des décès, ce qui permet de faire le lien tout en respectant l'anonymat. Lorsque la partie médicale est incomplète, le lieu, la date et l'heure de naissance permettent de faire le lien avec le dossier de la maternité; pour les décès, une copie de la déclaration permet généralement au médecin déclarant de se rappeler les circonstances du décès ou de retrouver le dossier du patient décédé.

E.S.: Cela prend du temps. Encore du retard !

J.H.: Avec les communes et les maternités, on peut obtenir rapidement les renseignements par téléphone. Pour les décès déclarés par les services d'urgence, il est difficile d'atteindre le médecin déclarant par téléphone et il faut donc écrire; la réponse arrive 3 jours, 3 semaines, 3 mois plus tard... ou jamais.

Ce travail est loin d'être marginal : pour les décès, environ une fois sur dix, il faut demander des précisions sur la cause du décès.

E.S.: Les médecins seraient-il de mauvais déclarants ?

J.H.: Il faut reconnaître que ce travail ingrat doit souvent se faire dans l'urgence et qu'il arrive fréquemment que le médecin appelé pour constater le décès ne connaisse rien du patient (service de garde ou service de secours d'urgence, par exemple). Et il y a probablement une lacune dans la formation des médecins à ce sujet.

E.S.: Des exemples de déclarations qui manquent de précision ?

J.H.: Cela concerne généralement les causes du décès. Le cas le plus fréquent est la mention « arrêt cardiorespiratoire » comme cause de décès : cela n'est pas une cause, c'est un pléonasme !

Bien entendu, pour des personnes très âgées trouvées mortes subitement, on peut s'en contenter.

Il y a les cancers généralisés : il est important de connaître la localisation primitive du cancer.

Il y a les suicides : nous devons connaître le moyen utilisé : noyade, médicament, pendaison, arme à feu...

Pour les accidents, il est utile de connaître le lieu (domicile, lieu de travail, espace public...) et les circonstances (cycliste contre voiture, collision en voiture comme passager, etc).

On ne peut pas toujours distinguer un accident d'un suicide ou d'un homicide, en cas de noyade, par exemple. Dans ce cas, il y a toujours une enquête de police. Il nous faut alors demander à la commune d'obtenir de la police locale le numéro de procès-verbal; avec celui-ci, nous pouvons demander au procureur du Roi de nous communiquer les résultats, ce qui peut prendre plusieurs mois...

La codification des causes de décès

E.S.: À propos de ces causes de décès, vous avez dit que leur codification pouvait aussi être une difficulté et une source de retard. Pourquoi faut-il les codifier et quelles sont les difficultés ?

J.H.: Rappelons pour commencer pourquoi on utilise des codifications dans la plupart des statistiques. La codification (ou le codage) est nécessaire pour tous les traitements quantitatifs de données textuelles. Sans codage, le programme informatique traiterait « Bruxelles » et « Brussel » comme deux villes différentes. Généralement, on utilise des codes chiffrés, mais les caractères alphabétiques ne sont pas exclus. Prenons un exemple simple, le sexe : « masculin », « féminin », « indéterminé », seront codés respectivement « 1 », « 2 », « 3 »; en cas de non réponse, ce sera « 9 », et, si plusieurs réponses sont cochées (incohérence), ce sera « 8 ».

Pour certaines données, des nomenclatures existent. Ainsi, par exemple, la DG SIE² attribue un code de 5 chiffres à chaque commune belge et publie le répertoire GEOBEL qui attribue un code de 3 chiffres à chaque pays. Ainsi, on évitera que « Suisse » et « Confédération helvétique » soient considérées comme des pays différents.

On ne fait pas de codage pour les données chiffrées (le poids à la naissance, par exemple) ni pour les dates et les heures.

Le codage a pour utilité principale de faciliter

le stockage, la recherche et l'analyse des données.

E.S.: J'imagine qu'il existe aussi une nomenclature internationale pour les causes de décès...

J.H.: Bien entendu. Il s'agit de la *classification internationale des maladies (CIM ou ICD - International Classification of Diseases)*. La dénomination complète se prolonge : « *et des problèmes de santé connexes* ».

Car évidemment, on ne meurt pas que de maladie. Cette classification a été établie par l'OMS et fait l'objet de révisions régulières. On en est actuellement à la dixième révision. Pour donner rapidement une idée de la complexité de cette classification, disons tout de suite qu'elle comporte 2037 catégories à 3 caractères, 12.165 sous-catégories à 4 caractères, réparties en 21 chapitres. Bien que les codes à 3 caractères soient suffisants pour les statistiques internationales, il est recommandé de coder avec les sous-catégories à 4 caractères toutes les fois que c'est possible.

E.S.: Il y a donc une cause à coder pour chaque décès ?

J.H.: Au minimum ! Pour les morts violentes (accident, suicide ou homicide), une cause unique est généralement mentionnée. Par contre, pour les décès dus à une cause dite naturelle, le formulaire de déclaration demande au médecin de mentionner ce qu'on appelle poétiquement « l'enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate du décès ». 4 lignes sont prévues pour les causes directes (en commençant par la cause immédiate et en terminant par la cause initiale); 3 lignes sont prévues pour les causes associées (« autres états morbides ayant contribué au décès »). Cela peut aller jusqu'à 10 causes, car on en trouve parfois plusieurs sur la même ligne.

E.S.: Il faut connaître les noms de toutes les maladies ! Il faut donc des médecins pour faire ce travail ?

J.H.: Pour déchiffrer des termes médicaux pointus rédigés avec une écriture de médecin, une aide (para)médicale est parfois nécessaire, en effet; mais, en fait, il s'agit surtout de rechercher les termes dans un index pour y trouver les codes correspondants. Ensuite, si plusieurs causes sont mentionnées, il faut sélectionner celle qui doit être considérée comme la « cause initiale », c'est-

² Direction générale statistique et information économique, anciennement INS (Institut national de statistique)

à-dire ce qui se trouve au début de l'enchaînement qui a mené au décès.

E.S.: Donc, en conclusion, les retards de la Communauté française empêchaient l'Institut national de statistiques avant qu'il ne change de nom (mais tout le monde l'appelle toujours comme avant) de transmettre les statistiques des naissances et des décès aux instances internationales...

J.H.: De fait, on est resté longtemps bloqué à l'année 1997. Mais quand on a livré à l'INS les années 1998 et 1999, on a pu remarquer que chez eux aussi, il y avait des problèmes. Des problèmes de ressources humaines auxquelles s'ajoutaient des difficultés techniques car ils recevaient des bases de données de formats différents de la part des Communautés française et flamande.

Les remèdes

E.S.: Quand on est dans une telle situation – grave, mais pas désespérée – on organise généralement un audit...

J.H.: Justement, depuis quelque temps, un service d'audit interne avait été créé au sein du ministère.

Les conclusions de son rapport peuvent se résumer en trois points : centralisation, automatisation, ressources humaines.

La centralisation

E.S.: Il y a donc des services de santé décentralisés à la Communauté française ?

J.H.: Avant la communautarisation, il y avait

un médecin inspecteur de l'hygiène dans chaque province. Progressivement, ces services ont été fusionnés de sorte qu'il n'en restait que deux, un à Mons et l'autre à Liège. En 2004 déjà, ils se sont spécialisés, les déclarations de naissances étant récoltées à Mons et celles de décès à Liège. L'audit a estimé que ces étapes intermédiaires comportaient des risques : perte de documents, manque de coordination, difficultés de communication et de contrôle interne. Leur suppression a donc été décidée. Elle a été effective pour Liège en 2008 et devrait l'être pour Mons en 2010, lors du passage à la déclaration électronique des naissances.

L'automatisation

E.S.: En attendant la future déclaration électronique des naissances (voir encadré), ne me dites pas qu'il n'y avait aucune automatisation !

J.H.: Oui et non. Bien entendu, on utilisait l'informatique, mais toutes les données devaient être introduites au clavier, ce qui était très lourd. Notez que cette méthode est toujours utilisée par nos collègues de Bruxelles et de la région flamande...

E.S.: La reconnaissance optique n'aurait-elle pas permis d'améliorer le rendement ?

J.H.: C'est la première piste qui a été explorée. En 2005, on a commencé à scanner les documents, la saisie des données se faisant ensuite automatiquement. Mais, il n'y pas de miracle : si la machine saisit parfaitement les

données provenant d'un formulaire très soigneusement rempli, elle ne lit que les données qui sont écrites lisiblement en noir dans les cases ad hoc; dès qu'un caractère est mal calligraphié – ce qui est fréquent –, le programme demande à l'opérateur de confirmer ou de corriger, de sorte que le temps gagné pour la saisie est en partie perdu en temps à introduire des corrections.

E.S.: Et le problème de la codification des causes de décès restait entier ?

J.H.: En fait, depuis quelques années, les français de l'INSERM avaient mis à notre disposition un logiciel de codification baptisé du nom évocateur de Styx³. Nous l'avons également testé au cours de l'année 2005 : il suffit de taper le nom d'une maladie (ou de le dicter avec un logiciel de reconnaissance vocale) pour voir apparaître automatiquement le code correspondant de la CIM-10. Les abréviations et les synonymes (et même les belgicisms !) peuvent être ajoutés dans la base de données. De plus, le logiciel sélectionne automatiquement la cause initiale.

E.S.: Et Styx ne se trompe jamais ?

J.H.: Achille était quasi invulnérable parce que sa mère Thétis l'a plongé dans les eaux du Styx, mais elle le tenait par le talon, qui lui est resté vulnérable... Évidemment, dans une base de données de plus de 30.000 termes, une erreur n'est pas exclue. En réalité, il y a de

³ Dans la mythologie grecque, le Styx est le fleuve que les âmes des défunts devaient traverser pour accéder à leur dernière demeure dans les enfers.

e-Birth ou la déclaration électronique des naissances

Lu sur le site web du FEDICT (Service public fédéral Technologie de l'Information et de la Communication):

Le projet e-Birth a été officiellement lancé en décembre 2006. À terme, toutes les instances qui doivent être averties d'une naissance (les communes, les communautés, les administrations fédérales...) recevront quasi automatiquement toutes les informations nécessaires sans qu'il faille modifier la législation existante.

Fedict coordonne, gère et réalise ce projet. Après avoir effectué une analyse approfondie portant sur les procédures actuelles

d'échange de données, ainsi que sur les souhaits des acteurs impliqués, Fedict a présenté fin mars une proposition relative au transfert électronique de ces données. Cette proposition a immédiatement été testée dans la pratique par la biais d'un proof of concept (preuve de concept) entre les maternités Jan Palfijn ZNA (Anvers) et Saint-Vincent Rocourt CHC (Liège) d'une part et l'État civil des deux villes d'autre part. En quatre semaines de temps, plus de 200 naissances ont été déclarées.

Le projet pilote a suscité des réactions positives de la part de toutes les parties impliquées. Toutes sont à présent encore davantage

convaincues que l'application e-Birth leur facilitera grandement la tâche. Après qu'elle aura été évaluée de manière approfondie et qu'elle aura été réajustée, l'application e-Birth continuera à être développée afin d'être ensuite disponible au niveau national. À suivre donc...

Annoncée pour 2008-2009, la déclaration électronique des naissances pourrait démarrer effectivement dans quelques maternités avant la fin de 2009 et serait étendue progressivement à tout le pays en 2010.

nombreux cas où Styx propose le choix entre plusieurs codes. Le codeur doit alors faire une sélection en fonction du contexte, souvent le sexe, l'âge, ou les autres pathologies mentionnées : tout dépend dès lors de la précision de la déclaration.

E.S.: Vous avez donc adopté Styx...

J.H.: Oui, mais pour le mettre en œuvre, il fallait l'intégrer à notre programme de saisie pour qu'il ait accès aux données indispensables, telles que le sexe et l'âge. C'était aussi l'occasion d'harmoniser le format de notre base de données de commun accord avec le fédéral (INS), Bruxelles et la Communauté flamande.

Le dépannage...

Pour faire ces adaptations, notre service informatique, l'ETNIC⁴, a préparé un marché public. Plus exactement, il en a préparé deux. Le premier visait à faire table rase de tout le retard accumulé en faisant réaliser la saisie des données par une firme extérieure spécialisée. La firme sélectionnée devait donc faire pendant l'année 2007 la saisie de l'ensemble des données de 2000 à 2007.

Le second marché visait, comme je l'ai dit, à mettre au point les outils performants qui devaient permettre à notre équipe de prendre le relais à partir de 2008.

...devient une solution définitive

Le premier marché a été attribué à FEDASO, une société hyperspécialisée dans la dématérialisation des documents, autrement dit, dans la conversion des données papier en données électronique. Nous avons vu nos piles de papiers fondre à vue d'œil : un mois suffisait pour effectuer la saisie d'une année entière, soit 75.000 déclarations...

E.S.: Avez-vous pu vérifier la qualité de son travail ?

J.H.: Dans son offre, le fournisseur garantissait une saisie exacte à 99,8 %, ce qui semblait incroyable par rapport à notre expérience et compte tenu des tarifs. Chaque mois, nous avons contrôlé quelques centaines de déclarations : le contrat était respecté !

E.S.: Pouvez-vous faire aussi bien en interne ?

J.H.: En fait, nous n'avons pas eu l'occasion de le vérifier, car, pour le second marché, nous n'avons eu qu'une candidature, qui n'a pas été retenue, tant à cause de coût élevé que du délai important pour la mise en œuvre.

La mise en œuvre d'une nouvelle filière de traitement des déclarations a fourni l'occasion d'harmoniser le format de notre base de données de commun accord avec le fédéral (INS), Bruxelles et la Communauté flamande.

Heureusement, l'ETNIC avait prévu, dans le premier marché, la possibilité de le prolonger pour le traitement des années 2008 et 2009, ce qui a été fait. L'évaluation étant restée très positive, nous espérons évidemment que le sous-traitant actuel reste candidat lors du prochain appel d'offre.

E.S.: Mais alors, que reste-t-il à faire pour les services de l'administration ?

J.H.: Il reste beaucoup de travail pour réceptionner les déclarations, les vérifier et les corriger avant la transmission au sous-traitant. Il faut vérifier régulièrement des échantillons à chaque livraison des saisies du sous-traitant. Il faut codifier les causes des décès. Il faut « nettoyer » la base de données. Il faut enfin mettre les données sous forme de tableaux statistiques pour qu'elles soient « parlantes » pour les utilisateurs potentiels que sont les politiques, les chercheurs, les professionnels de la santé...

E.S.: Vous dites qu'il faut codifier les causes de décès. Vous avez renoncé à Styx ?

J.H.: En réalité, pour 60 % des déclarations environ, dès que notre sous-traitant introduit les causes de décès, Styx leur attribue automatiquement un code et sélectionne la cause initiale. Pour les 40 % restants, l'intervention d'un codeur spécialisé reste nécessaire pour une des raisons suivantes :

- l'opérateur n'a pas pu déchiffrer l'écriture du médecin;
- une des causes introduites n'est pas un terme présent dans la base de données de Styx;

- pour une des causes saisies, Styx demande de choisir entre plusieurs codes possibles;
- Styx détecte une rupture de la chaîne de causalité entre deux causes mentionnées.

E.S.: Les causes non valides sont les manques de précision dont vous avez parlé précédemment ?

J.H.: En effet. En plus de ces imprécisions, il y a de nombreuses causes qui ne peuvent pas, en principe, constituer une cause initiale : un traumatisme crânien, par exemple, ne devrait jamais se trouver en cause initiale, car il est toujours la conséquence d'une cause externe, qui peut être un accident ou un acte de violence (suicide ou homicide).

E.S.: Il est difficile d'imaginer le volume de travail que cela représente !

J.H.: Nous recevons environ 36.000 déclarations de décès par an, soit 3.000 par mois. 40 % des déclarations, soit environ 1200 par mois, sont « rejetées » par Styx. Le traitement de ces « rejets » nécessite en moyenne 140 prises de contact par mois avec les médecins déclarants, les communes ou les parquets. Un codeur expérimenté peut traiter environ 100 rejets par jour.

Les ressources humaines

E.S.: Ceci nous amène aux problèmes de personnel : 1200 « rejets » par mois, 100 traitements par jour, cela fait 12 jours par mois, soit un gros mi-temps...

J.H.: Je dirais plutôt un petit temps plein. Rassurez-vous, nos fonctionnaires travaillent plus de 12 jours par mois; mais il faut tenir compte des réunions, des formations, des tâches quotidiennes telles que les réponses au courrier, des dépannages occasionnels demandés par d'autres services, des jours de congé et de maladie.

Je ne crois pas que le détail du calcul des besoins en personnel intéressera vos lecteurs. Je ne ferai qu'évoquer les problèmes communs à la plupart des services publics : la lenteur des recrutements, le non remplacement des malades, la difficulté de sanctionner positivement ou négativement un travailleur suite à l'évaluation de son travail... Pour finaliser le rattrapage du retard et rester à jour à long terme, il faudra que la hiérarchie veuille à maintenir le minimum de personnel indispensable.

⁴ Entreprise des Technologies Nouvelles de l'Information et de la Communication, organisme d'intérêt public chargé d'apporter au Ministère de la Communauté française un support technique dans le domaine de l'informatique, de la téléphonie et de la statistique.

Deux exemples...

E.S.: *Ne parlons donc pas du quantitatif. La gestion des ressources humaines, c'est au moins autant un problème qualitatif...*

J.H.: Évidemment ! L'automatisation s'accompagne souvent d'un morcellement des tâches et d'une spécialisation. Le bénéfice en productivité à court terme peut rapidement se payer cher. Il suffit d'évoquer le « travail à la chaîne ». Tout le monde en perçoit les risques :

- si un maillon de la chaîne vient à manquer, tout le travail risque d'être paralysé;
- le travail devient monotone et répétitif ce qui augmente le risque d'erreurs par distraction et de démotivation, elle-même facteur d'absentéisme;
- déresponsabilisation par rapport à une activité qui perd sa qualité de « projet » porté par une équipe.

Il importe donc de veiller à offrir à chacun une diversité suffisante dans ses activités.

E.S.: *Le dicton populaire dit pourtant « chacun son métier, et les vaches seront bien gardées »...*

J.H.: On dit aussi « chacun pour soi et Dieu pour tous ». Cela confirme qu'il faut se méfier de la prétendue sagesse populaire... et mieux faire son marché de dictons. Il vaut mieux choisir « tous pour un, un pour tous » et, comme les 3 mousquetaires, être tous les 4 capables de se remplacer, de s'entraider, de chercher ensemble des solutions aux problèmes...

Compte tenu de la technicité croissante des opérations, la collaboration et le partage des responsabilités exigent aussi un partage des connaissances. Cela suppose que toutes les opérations fassent l'objet d'une documentation technique détaillée et soigneusement tenue à jour.

E.S.: *Comme dans toute entreprise, la motiva-*

tion de vos collaborateurs ne dépend-elle pas aussi de leur adhésion à des objectifs ? Que pouvez-vous leur proposer ?

E.S.: *Même si l'utilité scientifique et politique des données récoltées ne fait aucun doute, c'est une finalité un peu trop vague et trop abstraite pour contribuer à la motivation.*

■

Nous recevons environ 36.000 déclarations de décès par an, soit 3.000 par mois. 40 % des déclarations, soit environ 1200 par mois, sont « rejetées » par le logiciel de codification. Le traitement de ces « rejets » nécessite en moyenne 140 prises de contact par mois avec les médecins déclarants, les communes ou les parquets. Un codeur expérimenté peut traiter environ 100 rejets par jour.

■

Revenons aux dictons et proverbes : « le client est roi ». Notre finalité principale est évidemment de fournir des données utiles aux chercheurs et aux décideurs. Notre motivation est évidemment largement stimulée par la satisfaction de nos « clients ». Et on peut deviner le cercle vicieux dans lequel nous ont entraînés les retards croissants :

- il n'y a pas de données récentes disponibles;
- les clients potentiels ne posent plus de questions;
- les agents qui traitent les données sont démotivés et leur productivité diminue;
- les retards augmentent...

À cet égard, il est important que l'ensemble de ceux qui collaborent à la production des données soient le plus possible en contact avec ces « clients » utilisateurs de données. Mais cela exige des compétences diverses qui permettent de bien comprendre les demandes qui nous sont adressées et d'y apporter des réponses pertinentes et fiables. Cela exige un minimum de formation de base et des efforts de recyclage...

Le mot de la fin

E.S.: *On a pu percevoir que le sujet est vaste et complexe. Avez-vous une conclusion à proposer ?*

... de certificats sybillins

Avant de conclure, je dois ajouter un point essentiel que je regretterais de ne pas avoir dit et c'est bien loin d'être une formalité : peu de monde croyait à la réussite de notre projet et, au début, j'avais moi-même de sérieux doutes. Si nous avons réussi, c'est principalement

- grâce à l'excellent travail fourni par notre sous-traitant FEDASO (aussi bien l'équipe de Fès au Maroc que celle de Bruxelles): nous entretenons avec eux une relation de collaboration mutuelle plus que client à fournisseur, et en cas de problème (cela arrive !) on ne cherche pas à rejeter la faute sur l'autre, mais on cherche ensemble une solution;
- grâce au soutien constant de notre partenaire l'ETNIC qui a supervisé avec rigueur de A à Z la mise en œuvre de notre système de traitement des données;
- grâce à l'engagement et à la motivation de la petite équipe qui m'entoure : chacun persévère dans un travail dont il se sent responsable.

Quant à la conclusion, elle ne sera pas triomphaliste. Mais pas non plus pessimiste. Je dis

Dernière minute

En ce qui concerne les **naissances**, toutes les données relatives aux enfants nés en Wallonie sont disponibles jusqu'à l'année 2008.

Pour les **décès**, priorité avait été donnée à l'année 2004, suivie de l'année en cours. Pari tenu ! En juillet 2009, l'année 2008 a été clôturée et, en prime, l'année 2005 a également été finalisée.

simplement que rien n'est jamais acquis. Nous avons le défi de mettre sur pied un système performant de production de statistiques de naissances et de décès et de rattraper un retard important. Nous pensons avoir réussi.

Mais la réussite n'est ni complète ni définitive. La vigilance et la persévérance restent

nécessaires, d'autant plus que la période d'innovation assez motivante doit être suivie d'une période de stabilisation moins exaltante mais tout aussi essentielle, avec ses risques de routine et de lassitude.

Propos recueillis par **Gilles C Jourdan**

Jacques Henkinbrant tient à profiter de cette interview pour remercier chaleureusement les collègues qui l'ont accompagné dans cette aventure, et particulièrement (par ordre chronologique) Christian Dehon, Laurence Gallet, Déborah Cuignet, Vincent Keisen, Virginie Charlier, Isabelle Dubois, Marjorie Coart, Anne Jumiaux, Julien Mazy.

BRÈVES

Politique

Dans le nouveau gouvernement de la Communauté française, **Fadila Laanan** hérite de la politique de santé, en plus des matières suivantes : radiodiffusion et télévision, soutien à la presse écrite, médiathèque et services similaires, aide au cinéma, matières culturelles (dont l'éducation permanente et l'animation culturelle), égalité des chances et interculturalité.

Les sports, en ce compris la lutte contre le dopage, reviennent à **André Antoine**, par ailleurs Vice-président et Ministre du Budget et des Finances. *Arrêté du 17 juillet 2009 publié au Moniteur belge le 7 août 2009.*

Formation santé-environnement

Liège

À partir du 9 septembre 2009

Formation Cerise (Haute École Charlemagne) en éducation au développement durable et aux interactions santé-environnement pour :

- acquérir des compétences pour développer des projets pédagogiques ciblant la prévention des risques, les changements de comportements et le développement durable (énergie, biodiversité...);
- identifier des ressources et des partenaires;
- concevoir des supports pédagogiques avec les TIC, et s'essayer aux méthodologies d'intervention et de communication.

Public : personnes libres d'occupation professionnelle, motivées par l'EDD, l'environnement, la santé et les domaines de l'éducation.

Dates : du 9 septembre au 18 décembre 2009, et un second cycle aura lieu de mars à juin 2010.

Séance d'information le mercredi 2 septembre 2009, à 10h00.

Prix : gratuit (subventionnée par le Fonds social européen).

Renseignements : Cerise - Haute École Charlemagne, rue des Rivageois 6, 4000 Liège. Tél.: 04 254 76 21.

Courriel : formation_cerise@hotmail.com.

Internet : www.formation-cerise.be.

Suicide

Namur

Du 10 au 25 septembre 2009

L'exposition « Le suicide en face », réalisée par la Cité des Sciences à Paris, a été présentée par le Centre de Prévention du Suicide en février et mars 2009 à Bruxelles.

Elle sera présentée aux Mutualités socialistes de Namur dans le cadre de la *Journée mondiale de prévention du suicide*, en collaboration avec le Centre de prévention du suicide.

Les données chiffrées présentées dans l'exposition ont été complétées par les données belges.

L'exposition a l'avantage d'offrir au visiteur une vision claire et pertinente des enjeux de santé publique que recouvre la problématique du suicide (en termes de chiffres, causes de mortalité, accès aux soins, nombre de personnes touchées, etc.) mais aussi le drame humain qu'il représente, pour la personne en mal-être, pour ses proches, ses collègues... et la société. Les pistes de prévention sont expliquées. Des interviews de médecins, psychiatres, psychologues, épidémiologistes, sociologues... et autres documentaires aident à mieux comprendre la problématique et enrichissent les débats.

Inauguration de l'exposition le 10 septembre à 18h00, aux Mutualités socialistes de Namur, en présence de **Xavier Pommereau**, psychiatre et chef de service Pôle Aquitaine de l'adolescent au Centre Abadie à Bordeaux.

Des rencontres ouvertes à tous seront organisées dans le cadre de l'exposition, autour des idées reçues sur le suicide, et du deuil suite au suicide d'un proche.

Accès libre et gratuit à l'exposition.

Lieu : Centre de formation des Mutualités socialistes wallonnes, chaussée de Waterloo 182, 5002 Saint-Servais (Namur)

Renseignements : 081 777 150 ou unpasdansl'impasse@mutsoc.be.

Site : www.preventionsuicide.be.

Épilepsie

Bruxelles

De septembre à décembre 2009

La Ligue francophone belge contre l'Épilepsie organise des rencontres du midi à thème.

Pour les parents d'enfants épileptiques :

- le mardi 13 octobre 2009 : l'épilepsie et l'école.
- le mardi 15 décembre 2009 : l'enfant épileptique et sa famille.

Pour les adultes épileptiques :

- le mardi 15 septembre 2009 : comment vivre avec ses crises ?
- le mardi 17 novembre 2009 : la personne épileptique et les autres.

Lieu : 49 avenue Albert 1190 Bruxelles.

Horaires : de 12 h 30 à 14 h (apporter son pique-nique).

Renseignements : **Claire Gillis**, assistante sociale, 02 344 32 63, clairegillis@ligueepilepsie.be

Alzheimer

Bruxelles

17 septembre 2009

'Regards croisés', 9^e colloque Alzheimer Belgique.

Au programme :

- L'annonce du diagnostic, par le **Prof Peppersack**, chef service gériatrie ULB;
- Le stress des aidants, par **Nadine Bosman**, Psychologue aux Jardins de la mémoire, Bruxelles;
- Quand la personne atteinte d'une démence disparaît... par **Patrick Crabbé**, Inspecteur principal zone de police HEKLA et **Jurn Verschraegen**, coordinateur Expertisecentrum Dementie Vlaanderen asbl;
- Comment organiser la coordination et la prise en charge des patients Alzheimer à domicile ?, par le **D^r Patrick Fournier**, Nord Pas-de-Calais France;
- Stimulation physique à domicile pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, par **Stéphanie Bernasse**, Coordinatrice SIEL Bleu, Département de l'Oise;
- Ergothérapie à domicile, par **Anouk Dufour**, ergothérapeute et psychomotricienne, Alzheimer Belgique;

Modératrice : **Françoise Wolff**, journaliste scientifique.

Lieu : Salle Dupréel, Institut de sociologie, avenue Jeanne 44, 1050 Bruxelles.

Prix : 10 € / 15 € à verser au compte 068-2436946-42, avec la mention 'colloque 2009 + nom du/des participants ou de l'institution'.

Renseignements : Alzheimer Belgique,

Boulevard Maurice Lemonnier 144, 1000 Bruxelles.

Tél./fax : 02 428 28 10.

Courriel : info@alzheimerbelgique.be

Alcool - drogues - milieu sportif

Bruxelles

21 et 29 septembre 2009

Formation organisée par Prospective Jeunesse sur la 'Prévention des méfaits liés aux usages d'alcool et autres drogues chez les jeunes en milieu sportif'.

La consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes constitue parfois des difficultés pour les personnes travaillant en milieu sportif.

Cette formation fournit aux personnes travaillant ou étant actives dans le monde du sport des moyens concrets de prévenir les méfaits des usages de produits chez les jeunes qu'ils ont en charge. La prévention peut tout autant être mise en place avant l'entrée dans le comportement (jeunes qui ne consomment pas) qu'après.

Dates : 21 et 29 septembre 2009 (18h à 20h30).

Renseignements et inscriptions : info@prospective-jeunesse.be ou par téléphone au 02 512 17 66.

Formation

Bruxelles - Liège

À partir de septembre 2009

En partenariat avec les centres locaux de promotion de la santé concernés, l'asbl Repères propose 2 cycles de formation « Des concepts à la pratique en promotion de la santé », respectivement à Bruxelles et à Liège.

La promotion de la santé étant au carrefour de secteurs divers, cette offre s'adresse aux acteurs de santé et aux acteurs du champ social, culturel, ou éducatif intéressés par les pratiques participatives et communautaires.

Chaque cycle comprend 4 journées initiales suivies de 6 demi-jours d'ateliers d'échange de pratique.

Dates :

Bruxelles :

cycle 1 (jeudis) 24/09, 01/10, 22/10, 12/11 + 10/12/2009, 07/01/2010, 11/02, 18/03, 22/04, et 06/05 (Informations au CLPS de Bruxelles : 02 639 66 88).

cycle 2 (vendredis) : 30/10, 20/11, 11/12/2009, 8/01/2010 + 12/02, 12/03, 2/04, 23/04, 7/05, 11/06/2010 (Informations au CLPS de Bruxelles : 02 639 66 88).

Liège : 09/10, 30/10, 20/11, 11/12/2009 + 08/01/2010, 12/02, 12/03, 02/04, 23/04 et 07/05/2010

(Informations au CLPS de Liège : 04 349 51 44).

Les inscriptions se font à l'asbl Repères : 02 539 15 89

ou via le site www.reperes.be

Cancer

Bruxelles - Liège

De septembre 2009 à juin 2010

Cancer et Psychologie organise des cycles de formation à l'accompagnement du deuil (enfant ou adulte) ou à l'accompagnement dans un contexte de fin de vie et de soins palliatifs.

Lieux :

Antenne de Bruxelles :

avenue de Tervueren 215, 1150 Bruxelles.

Antenne de Liège :

rue des Augustins 48, 4000 Liège.

Renseignements et inscriptions :

Cancer et Psychologie asbl,

av. de Tervuren 215/14, 1150 Bruxelles.

Tél.: 02 735 16 97. Courriel : canceretpsy@skynet.be.

Internet : www.canceretpsy.be

Suicide

Bruxelles

Octobre, novembre, décembre 2009

Prochaines formations proposées par le Centre de prévention du suicide.

Sensibilisation à la prévention du suicide « La prévention du suicide, quelle place y prendre ? », module de 3 heures, le lundi 16 novembre, de 9h30 à 12h30. Participation aux frais : 10 €.

Formation à l'accompagnement du deuil en général, module de 2 jours, plusieurs dates possibles : les samedis 3 et 17 octobre 2009, de 9h30 à 16h30 ou les vendredis 2 et 16 octobre 2009, de 9h30 à 16h30. Participation aux frais : 80 € pour les deux jours.

Formation à l'accompagnement des personnes endeuillées après un suicide « Après un suicide, comment vivent les proches ? ». Pré-requis : avoir suivi une formation au deuil. Module de 2 jours : les vendredis 20 novembre et 11 décembre 2009, de 9h30 à 16h30. Participation aux frais : 80 € pour les 2 jours.

Formation à l'écoute. Module de 2 jours consécutifs suivis de 6 journées mensuelles : les jeudi 3 et 4 décembre 2009, suivis des vendredis 08/01, 05/02, 05/03, 02/04, 07/05 et 04/06/2010.

Participation aux frais : 320 € pour les 8 jours.

Renseignements et inscriptions au 02 650 08 69.

Plus d'infos sur : www.preventionsuicide.be

(Activités : Formations)

Assuétudes

Bruxelles

7. 8 et 14 octobre 2009

Formation « Usage de drogues : prévention des méfaits et des assuétudes », organisée par Prospective Jeunesse.

L'objectif principal de la formation est d'offrir un éclairage global sur la question des consommations des jeunes vue sous l'angle de la prévention et de la promotion de la santé.

Thèmes abordés : reconnaissance de la variété des représentations, classifications des produits, dépendances et types d'usages, modèle tri-varié, facteurs et déterminants de la santé, la démarche préventive (Que prévenir ? Comment prévenir ?), élaboration d'un projet de prévention (mise en œuvre et outils existants).

Public : tout professionnel ou non professionnel en contact avec des jeunes et désireux d'intégrer ce type de questionnement (en individuel ou collectivement) dans son travail ou sa relation aux jeunes, dans une optique de prévention et de promotion de la santé.

Prix : 125 euros pour 4 jours de formation.

Dates : 7, 8, 14 octobre + un 4^e jour planifié avec le groupe.

Renseignements et inscriptions : contacter Maria Drappa, secrétaire à Prospective Jeunesse, par téléphone au 02 512 17 66, par courriel à info@prospective-jeunesse.be

Renseignements sur le contenu de la formation : contacter l'équipe de consultants-formateurs, par téléphone au 02 512 17 66 ou par courriel à damien.kauffman@prospective-jeunesse.be

Cancer et sexualité

Bruxelles

9 octobre 2009

« Cancer : faut-il renoncer à sa sexualité ou à sa fertilité ? », une journée d'information organisée par La Fondation contre le Cancer.

Lorsqu'un cancer rappelle brutalement que nous sommes mortels, faut-il en plus faire le deuil de sa sexualité ou de sa fertilité ? À qui est-il possible d'en parler ? La priorité n'est-elle pas de guérir à tout prix ? Avoir des rapports intimes, est-ce bien indiqué dans mon état ? Qu'est-ce que mon médecin va penser si je me préoccupe de ces questions dans un moment pareil ? Quant à ma / mon partenaire, il ou elle est déjà suffisamment stressé(e) comme cela ! Vais-je encore plaire ? Me plaire et lui plaire ? Suis-je encore capable de séduire ? Serais-je à la hauteur ? Puis-je encore espérer rencontrer quelqu'un ? Quelqu'un qui m'acceptera malgré le cancer ? Ne sera-t-il pas toujours temps de s'en préoccuper plus tard ? Lorsque tout sera rentré dans l'ordre ?

Beaucoup de malades ou de proches n'osent pas ou ne pensent pas à aborder le sujet.

Les soignants ne prennent pas toujours l'initiative de leur en parler.

Pourtant, ces questions ne peuvent être ni ignorées, ni reportées à un futur plus ou moins éloigné. Car parfois, le temps perdu ne se rattrape pas.

En effet, certaines mesures de préservation de la fertilité doivent être prises dès avant le début des traitements. Pour autant que l'on s'en préoccupe au bon moment.

Quant aux relations sexuelles, elles ne sont généralement pas contre-indiquées.

Lorsqu'elles sont interrompues, rien n'empêche de privilégier des contacts affectifs intimes. La tendresse au quotidien, malgré la maladie, même sans passage à l'acte, aide à passer le cap.

La reprise aussi rapide que possible de la sexualité facilite le retour vers une vie sereine et équilibrée.

Pour autant que la personne malade en éprouve / retrouve l'envie. Pour autant que revienne la confiance en soi, en ses capacités de séduction.

Pour autant que le /la partenaire ose jouer son rôle dans ce duo intime.

Et lorsqu'un coup de pouce médical est nécessaire, là aussi, il faut choisir le bon moment pour agir sans remettre éternellement à demain.

Face à ce constat, la **Fondation contre le Cancer** fait le pari d'aborder de front ces questions. Avec le concours d'experts de divers horizons : urologue, gynécologue, oncologue, psychologue et sexologue. Mais aussi avec le témoignage de patients et de proches. Sans tabou et sur la place publique.

Cela se passera à l'Auditorium Passage 44, Bd du Jardin Botanique 44, 1000 Bruxelles.

Renseignements : *Fondation contre le Cancer, chaussée de Louvain 479, 1030 Bruxelles.*

Tél : 02 736 99 99. Courriel : info@cancer.be.

Internet : www.cancer.be

Vie affective et sexuelle

Bruxelles

13 octobre 2009

Vous êtes intéressés par l'utilisation d'outils audiovisuels en animation à la vie affective et sexuelle ?

Vous voulez découvrir de nouveaux films ? Vous souhaitez partager votre expérience et réfléchir à l'utilité de tels outils ?

Le CEDIF, le Groupe Santé Josaphat, le CESEP, la Plate-forme bruxelloise des services AMO et le CVB-VIDEP vous proposent une journée de réflexion alliant la découverte de nouveautés aux ateliers thématiques pour approfondir la réflexion sur l'utilisation et la réalisation audiovisuelles en animation à la vie affective et sexuelle.

Pour tout renseignement complémentaire : *Claudine Cueppens et Pierre Honnay, CEDIF, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 502 68 00. Fax : 02 503 30 93.*

Courriel : cedif@planningfamilial.net.

Site : www.planningfamilial.net

Outil

Bruxelles

16 octobre 2009

Cultures & Santé organise une matinée découverte d'outils pédagogiques éducation permanente au Babel Café, rue d'Anderlecht 148, 1000 Bruxelles. Inscription gratuite (nombre de places disponibles limité) : 02 558 88 11 ou cdoc@cultures-sante.be.

Allergie alimentaire

Namur

17 octobre 2009

L'asbl Prévention des allergies a 20 ans. À cette occasion, elle organise un colloque sur « L'allergie alimentaire et la restauration ».

Au programme :

- La prévention au cœur de l'action contre les allergies, par le **Prof. F.B.Michel**;
- L'allergie alimentaire aujourd'hui : courant actuels de diagnostics et de soins, par le **Prof. Moneret-Vautrin**;
- Évolution de la réglementation au service du consommateur allergique, par **Jean Pottier**, expert des Denrées alimentaires, Service public fédéral Santé publique;
- Allergies alimentaires : d'abord dépister, ensuite éviter..., par le **D' Xavier Van Der Bempt**, pneumo-allergologue;
- Repas « Allergiques et gourmands », avec **Pierre Wynants**, du restaurant « Comme chez soi »;
- L'école de l'allergie alimentaire, par **Catherine David**, intervenante dans les Écoles de l'allergie alimentaire (France).

Lieu : École hôtelière provinciale de Namur, avenue de l'Ermitage 7, 5000 Namur.

Entrée gratuite. Participation au repas gastronomique : 25 € par personne (hors boissons), à verser au compte 068-2091216-20 avec nom, nombre de repas, allergies.

Bulletin d'inscription en ligne sur le site

www.oasis-allergies.org.

Renseignements : *Prévention des allergies ASBL,*

rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.

Courriel : fpa@oasis-allergies.org.

Tabagisme

Bruxelles

D'octobre 2009 à avril 2010

Le FARES, en collaboration et avec le soutien de l'ULB, l'UCL, l'ULg, de la Société scientifique de

médecine générale et de la Fondation contre le Cancer, organise une formation en tabacologie.

L'enseignement proposé concerne le tabac et son usage. Il intègre les aspects « promotion santé », « santé publique » et législatifs. Il prépare à l'abord clinique spécialisé de l'arrêt du tabagisme et à la recherche dans ce domaine. Les relations et les similitudes avec d'autres assuétudes sont également abordées.

Formation sanctionnée par un examen écrit QCM, un travail de fin d'études et un stage de 3 jours.

Programme et modalités d'inscription sur www.fares.be.

Dates : samedis 17/10/2009, 21/11/2009, 12/12/2009, 23/01/2010, 27/02/2010, 27/03/2009 et 24/04/2010.

Lieu : FCC, chaussée de Louvain 479, 1030 Bruxelles.

Prix : 500 € - 250 € pour étudiants de plein exercice.

Inscription sur candidature au FARES :

rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.

Renseignements : 02 512 29 36 ou site www.fares.be

Promotion de la santé

Dakar

18 au 23 octobre 2009

2^e Université de Dakar en promotion de la santé, une semaine d'échange et de formation (forums, modules d'enseignement, débats, controverses...). 11 modules sont proposés autour de trois grands axes :

Organisation du système de santé

1 politique de santé, réformes en cours et approches stratégiques

2 promotion de la santé

3 financement de la santé, assurance maladie et protection sociale

Méthodes pour l'intervention et l'évaluation

4 éducation pour la santé

5 pratiques communautaires en santé

6 évaluation des interventions en santé

Approches par population et par thème

7 santé maternelle et périnatale

8 santé de la reproduction des adolescents et des jeunes

9 santé des personnes âgées

10 alimentation et nutrition

11 politique et stratégie de promotion de la santé

bucco-dentaire

Tarifs : 382 € pour les individuels ou 458 € pour les institutions. Date limite d'inscription :

20 septembre 2009.

Renseignements et inscriptions : *Papa Daouda Diop,*

ONG (Action et développement),

tél./fax 00221 33 834 65 98.

Courriels : univpromosantedkr@yahoo.fr ou

univpromosantedkr@acdev-int.org.

Sites : <http://www.urcam.org/univete/index.htm> ou

<http://www.acdev-int.org>

Psychologie communautaire

Paris

29 et 30 octobre 2009

L'Association française de psychologie communautaire et l'Association européenne de psychologie communautaire accueillent le 7^e Congrès européen de psychologie communautaire « Psychologie communautaire : valeurs communes, pratiques diverses ». Cinq thématiques seront particulièrement ciblées : la pensée communautaire; de la prévention à la promotion de la santé mentale; psychologie communautaire et société civile; initiatives communautaires en psychiatrie; santé communautaire et politiques locales.
Renseignements : www.eccp-paris2009.com.

Lien parents-bébé

Bruxelles - La Louvière

19, 20 et 21 novembre 2009

« Bébés pensés, Bébés parlés », 1^{er} congrès international de l'Unité parents-bébé du Centre hospitalier universitaire de Tivoli, en collaboration avec le Fonds Houtman.
Les thématiques des différentes séances :

- Il était une fois...
- Ils me pensent donc je suis
- Là où l'histoire se re-dit
- Ce qui m'entoure

Cela se passera les jeudi 19 et vendredi 20 novembre 2009, au Théâtre Saint-Michel, rue Père Eudore Devroye 2, 1040 Bruxelles.
Inscriptions : en ligne sur <http://www.chu-tivoli.be/inscription.html>, ou par courrier, en envoyant votre bulletin d'inscription à Cynthia Colson, Responsable communication, CHU Tivoli, 34, avenue Max Buset à 7100 la Louvière - Belgique.
Par fax au 00 32 64 27 66 99

Païement :

Inscription **avant le 30 septembre** : 200 € pour les deux journées du Congrès (comprenant l'inscription, les pauses café et les lunches des deux journées).
Inscription **après le 30 septembre** : 250 euros
Inscription étudiant : 70 euros (la carte d'étudiant doit être faxée au 00 32 64 27 66 99).

Matinée de rencontre avec le **Prof. Terry Brazelton**, le **D' Joshua Sparrow** et le **Prof. Kevin Nugent**, réservée aux professionnels formés à l'utilisation de la NBAS ou souhaitant se former, le samedi 21 novembre 2009 de 10 à 12 heures au CHU Tivoli à La Louvière. Nombre de places limité.

Inscription à la matinée : 60 euros

Le versement se fait sur le compte 001-1021683-58 du CHU Tivoli (communication : nom et prénom, Congrès Novembre 2009, Unité Parents-Bébé), 34, Avenue Max Buset - 7100 La Louvière - Belgique. (BIC : GEBABEBB - IBAN : BE9500102168358). Le paiement tient lieu d'inscription.
Infos : +32 (0)64 27 60 97.

Naissance du Réseau belge francophone des Villes-Santé de l'OMS

Le Réseau belge francophone des Villes-Santé de l'OMS s'est constitué en ASBL le mardi 16 juin, à Charleroi.

Son but ? Faire appliquer les principes de la *Santé pour tous* dans toute la Belgique francophone... De fait, le Réseau existait déjà depuis 2002.

« Donner un statut officiel au Réseau, c'est donner à l'OMS un seul interlocuteur pour toucher toute la Belgique francophone » explique **Georges Pire**, Président du Réseau.

Le Réseau comprend actuellement huit Villes-Santé : Charleroi, Huy, La Louvière, Liège (Ville et Province), Mouscron, Sambreville, Seraing et Bruxelles (Ville et Région) en tant qu'invité permanent.
Les Villes-Santé ont pour but de promouvoir la *Santé pour tous* au 21^e siècle, selon les principes de l'OMS. Leur action doit s'entreprendre sous un angle dynamique, mettant en relation les nouvelles stratégies mondiales, les résultats des expériences passées et le ressenti de terrain.

La création du Réseau permettra non seulement l'échange d'informations utiles entre ses membres, mais aussi avec les acteurs de terrains, parmi lesquels les Centres locaux de promotion de la santé, dont plusieurs étaient présents à l'Assemblée constitutive. Le 27 mars dernier, une première réunion de rencontre des membres du réseau avait eu lieu à Huy, en Province de Liège. Chacune des Villes membres y avait été invitée à faire part de ses expériences propres en matière de prévention ou de promotion de la santé. Quelques mois plus tard, plusieurs villes se montrent intéressées par le projet. « Verviers, Chaudfontaine, Durbuy, Crisnée et Mons, notamment, désirent faire partie du Réseau » se félicite Georges Pire. Un beau pas en avant donc pour faire du Réseau belge francophone des Villes-Santé de l'OMS un relais incontournable.

« Ce qui compte toutefois, c'est de lancer une dynamique qui soutient les projets existants », explique **Bernard Dallons**, Vice-président du Réseau. Le but d'une telle démarche est évidemment d'accompagner et de soutenir les

initiatives déjà prises dans le domaine de la santé, et si besoin, de pallier les manques.

Communiqué de la Province de Liège (19 juin 2009)

Officiel

L'arrêté du 14 mai 2009 fixant le protocole du programme de **dépistage du cancer colorectal** en Communauté française a été publié au Moniteur belge le 7 août 2009¹.

Le texte présente la finalité et les objectifs du programme, son fonctionnement (en bref et en détail), et les mesures d'assurance de qualité, de suivi et d'évaluation.

Revue

Santé conjugquée

'Vulnérabilités - santé mentale en contexte précaire' est le dossier, d'une actualité brûlante que propose *Santé conjugquée* dans son numéro 48 du 2^e trimestre 2009.

On les appelle des 'publics précaires', des 'personnes vulnérables', qu'on cerne dans des poches de pauvreté sur les cartes de nos villes nanties. Ainsi nommés et parqués, ces publics et ces personnes sont livrés aux bons soins de la frange la plus altruiste et la moins marchande du secteur socio-sanitaire, et à l'attention des sociologues et des anthropologues. Mais le temps n'est plus où un élan caritatif pouvait dédouaner une 'bonne société' de sa responsabilité vis-à-vis des plus faibles, et l'autre temps, qui lui a succédé, celui de la sécurité sociale pour tous, semble vaciller. Il est indispensable de mieux comprendre quelle vie, quelles conditions de vie se cachent derrière les concepts de précarité et de vulnérabilité et ce qu'ils déterminent pour la santé des personnes qui les vivent. C'est ce à quoi s'emploie ce cahier de *Santé conjugquée*.

Santé conjugquée n° 48, avril 2009. Disponible au numéro (individuel 8,68 euros/institutionnel 11,16 euros + port), ou par abonnement (individuel 29,75 euros/institutionnel 54,54 euros - prix pour la Belgique).

Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, bd du Midi 25 bte 5, 1000 Bruxelles. Courriel : fmmcsf@fmm.be.
Internet : www.maisonmedicale.org.

¹ Pour une description complète du programme, voir les deux articles publiés dans Education Santé n° 244, avril 2009 (www.educationsante.be/es/article.php?id=1102 et www.educationsante.be/es/article.php?id=1098).

Dossier. Jeunes et alcool, quelle prévention ?

Introduction, *Juliette Guillemont, Alain Rigaud, Hélène David*

La consommation d'alcool des jeunes : ce que nous apprennent les enquêtes, *Juliette Guillemont, François Beck*

Les jeunes et l'alcool, *Alain Rigaud*

« Il est très important de travailler sur la représentation du risque », Entretien avec *Claudine Perez-Diaz*

Sorties festives, conduites d'excès, culture de la jeunesse, *Véronique Nahoum-Grappe*

Producteurs d'alcool : un marketing sur mesure pour séduire les jeunes, *Karine Gallopel-Morvan*
Alcool et jeunes : les grands principes de toute intervention de prévention, *Hélène David*

Les parents, premiers acteurs de la prévention, *Philippine Jeammet*

« Repérer quand la consommation devient problématique », Entretien avec *Philippe Castera*
Prévention : focus sur cinq actions

■ La Roche-sur-Yon : prévention en amont à l'échelle d'une commune, *Philippe Zongo*

■ « Los Angels de la Nuèch » : une équipe de prévention nocturne de Montpellier, *Julie Bouchard*

■ Changer les représentations que les jeunes ont de l'alcool, *Muriel Bousquet, Hélène Sancho-Garnier*

■ « La cuite, c'est pas automatique », *Catherine Jouaux*

■ Devant une discothèque : « Vas-y, souffle ! », *René Fortes*

Les jeunes Européens et l'alcool, *Michel Craplet*
Binge drinking chez les jeunes Européens : les programmes allemands et néerlandais de prévention, *Olivier Phan*

L'organisation des services en alcoolisme et toxicomanie auprès des jeunes du Québec, *Joël Tremblay, Natacha Brunelle, Michel Landry*
Pour en savoir plus, *Sandra Kerzanet*



Rubriques

La santé en chiffres

Santé et environnement : comment les Français perçoivent les risques, par *Christophe Léon, Colette Ménard*

Aide à l'action

Ile-de-France : un programme de soutien à la parentalité, *Thomas Saïas, Anne Legge, Alice Thomas et le groupe de recherche CAPEDP*

Former le personnel des écoles maternelles à l'équilibre alimentaire, *Jean-Christophe Azorin, Delphine Le Gonidec, Latifa Ouldboukhitine, Laurent Vauclaire, Dominique Foulquier-Gazagnes*

Éducation du patient

En quoi nos pratiques en éducation pour la santé sont-elles utiles à l'éducation du patient ?, *Florence Chauvin*

Lectures - outils

Olivier Delmer, Sandra Kerzanet, Céline Deroche

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

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

SOMMAIRE

Dans ce numéro, le programme de la 5^e semaine

« Papa, Maman, Bébé & Compagnie »

Initiatives

Pour un renforcement de la promotion de la santé en Communauté française	2
L'Entr'Aide des Marolles met les femmes en projet, par <i>Carole Feulien</i>	3
Un nouvel outil de prévention contre les IST en milieu carcéral, par <i>Marielle Houbiers</i>	5
Tranche de pain ou tranche de vie, par <i>Christian De Bock</i>	7

Stratégie

Quelques exemples de politiques de santé publique mises en place en Europe et au Québec, par <i>Dominique Doumont, Marie-France Libion et Karine Verstraeten</i>	8
--	---

Locale

La Plate-forme intersectorielle du sud de l'Entre-Sambre-et-Meuse, par <i>Dominique-Paule Decoster et Philippe Mouyart</i>	10
--	----

Données

La renaissance des statistiques de naissances et de décès pour la Communauté française, propos de <i>Jacques Henkinbrant</i> recueillis par <i>Gilles C Jourdan</i>	15
---	----

Brèves

20

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

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

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

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

Secrétaire de rédaction adjoint : Catherine Spièce (02 515 05 85, catherine.spiece@mutsoc.be).

Collaboratrice : Anne Trappeniers.

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

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

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

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

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

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

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

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2.900 exemplaires.

Diffusion : 2.700 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires :

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

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

Internet : www.educationsante.be

Courriel : education.sante@mc.be

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

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

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

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

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

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



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