



Amour et sexualité chez les jeunes en pages 15 à 19

Identités et « post-reproduction »

Paroles de femmes qui traversent la cinquantaine

Introduction

D'abord je voudrais dire quelques mots sur la difficulté à parler de la ménopause en public. Dans l'introduction d'un livre que j'ai lu récemment, qui contient des études comparatives sur les années autour de la ménopause, l'auteur, une ethnologue, décrit sa difficulté à parler de ce thème même dans son milieu de recherche. Je peux faire le même témoignage. Je constate que les réactions sont toujours imprégnées d'une certaine consternation chez les hommes et les femmes. Les femmes plus âgées me disent « c'est déjà derrière moi ! ». Les plus jeunes insistent que le sujet ne les concerne pas encore. Quant aux femmes de mon âge, autour de la cinquantaine, même si elles sont intéressées, elles paraissent toujours un peu gênées et quand je leur demande d'en parler autour d'elle, avec d'autres femmes, je ressens une réticence (comme chez cette collègue qui trouve ma démarche vraiment importante mais qui me demande de ne pas devoir diffuser l'information car même avec ses copines elle n'a pas l'habitude de parler de ce thème). Et je le comprends très bien.

Le terme « ménopause » réduit cette période de transition et de réaménagements à un événement biologique qui fait allusion à une perte, un arrêt, une fin. La consternation vient aussi du fait que ce sujet fait partie de l'intimité de la femme, un événement qui s'inscrit dans sa biographie individuelle, unique, et privée.

Mais néanmoins, pour beaucoup de raisons que je survolerai plus tard, le sujet de la ménopause est sorti de l'intimité féminine et a été de plus en plus médiatisé et mis sur la place publique. Et ce sous un certain angle avec un certain objectif et un certain intérêt...

Alors que par ailleurs les connaissances et résultats des recherches qui n'ont pas été déformées et manipulées, qui ont été rassemblés à partir des récits de femmes, sont encore peu discutés et restent tabou.

Des études sérieuses, respectueuses et indépendantes des intérêts politico-économiques commencent seulement à être publiées et diffusées depuis les années 90.

C'est ainsi qu'un décalage entre les vécus de femmes et le regard de la société, souvent péjoratif et dévalorisant, a pu persister.

Rupture dans la biographie d'une femme ou étape ultime de sa libération ?

Sur ce thème il y a une évolution extraordinaire dans la littérature féministe. **Simone de Beauvoir** écrivait en 1949 dans « Le deuxième sexe »

qu'il « lui reste à vivre, privée de tout avenir, environ la moitié de sa vie adulte. On ne lui a permis d'avoir prise sur le monde que par la médiation de l'homme : que deviendra-t-elle quand elle n'aura plus de prise sur lui ? » (dans l'édition de 1976, p. 456).

La psychanalyste **Hélène Deutsch** en parlera, dans son livre « La psychologie des femmes », également en 1949, comme « d'une humiliation narcissique difficile à surmonter... » (Deutsch dans l'édition de 1987, p. 369).

Et en 1973, dans ses mémoires « Conversations with myself » (Deutsch 1973, p. 215) elle changera de point de vue et fera l'éloge de cette période pleine d'énergie et d'excitation qu'elle comparera avec son adolescence.

Dans les années 80 - 90 il y a un changement de pensée assez radical dans le mouvement féministe; la ménopause devient sujet d'analyses et de contrediscours. Les critiques visent les ouvrages qui décrivaient les femmes autour de la cinquantaine sous les traits de névrosées, nerveuses, oisives, cancanières ou encore sexuellement frustrées. **Germaine Greer**, icône du féminisme américain montre, en 1991, dans son livre « The Change, Woman, Aging and the Menopause » que « la ménopause est un changement fondamental qui demande une acceptation profonde pour ne pas être vécue comme insupportable. La femme peut alors y trouver pouvoir, sérénité et les plus merveilleux moments de sa vie. La chrysalide du conditionnement s'est rompue une fois pour toutes. La femme est enfin prête à émerger » (Greer, 1991, p. 413).

D'après mon expérience personnelle et professionnelle pendant ces années, la femme passe par des transformations qui sont tissées de processus physiques, psychiques et psychosociaux. Le vécu de ces changements diffère d'une femme à l'autre, il est intimement lié à son histoire individuelle et l'expression du contexte psycho-socioculturel dans la réalité de sa vie.

Pour certaines femmes, c'est une période remplie de défis, où elles vivent des transformations physiques et émotionnelles difficiles. Pour d'autres, c'est une étape de croissance personnelle et de renouvellement.

Et pour beaucoup de femmes, c'est tout cela à la fois.

Les expériences des femmes au cours de ces années de transition sont toujours plurielles, intimement liées à leur biographie et aux contextes socioculturels.

Les femmes à travers leurs récits doivent impérativement se remettre au centre du processus de réflexion et de décision concernant leur corps, leur vie et leur santé.

Cette période qu'on appelle de façon réductrice « la ménopause », est un phénomène biologique universel et l'ensemble des récits individuels sont dans leurs contextes sociaux et culturels.

La ménopause dans la perspective biomédicale

Les sociétés européennes sont traversées par trois tendances, qui s'interpénètrent et se rejoignent sur certains points.

Une tentative d'effacer la ménopause. C'est le déni du vieillissement, le désir de camoufler, repousser et annuler cette échéance. Ce sont les tendances anti-âge, anti-rides etc. Dans cette idéologie du marketing il faut supprimer les signes du vieillissement par tous les moyens et surtout à tout prix!

La médicalisation et la surmédicalisation de la ménopause. Le courant de penser dominant de la société au milieu du dix-neuvième siècle réduisait la femme à la fonction de ses ovaires et à une identité entièrement liée à sa fécondité (« Le point de gravité de l'existence de la femme se trouve dans ses ovaires », Goethe). Conséquence et séquelle de cette idéologie, la médecine a inventé la ménopause. Au cours du vingtième siècle on évoluera vers un concept qui donnera à la ménopause un statut quasi de maladie. La psychologue **Ruth Formanek** parle dans ce contexte de « La construction sociale de l'invalidité féminine » (Formanek, 1990, p. 10). Le corps âgé et celui des femmes en particulier est saisi prioritairement sous l'angle de la maladie; ce corps-là ne correspond plus à l'image véhiculée par une société qui idolâtre la jeunesse, la productivité et l'apparence. Le vieillissement de la femme est considéré comme perte permanente, la femme est en carence, en déficit...

Les interdépendances société-médecine-politique et économie sont évidentes. Certaines pratiques d'information qui visent la promotion des traitements médicaux suggèrent aux femmes des solutions qui vont parfois jusqu'à nuire à leur santé et qui ne prennent pas en considération les connaissances, savoirs et compétences dont elles disposent. Le discours médical rejoint parfaitement le discours socioculturel dominant, qui encore aujourd'hui veut contrôler le corps et la santé des femmes.

Une revalorisation de la ménopause comme étape de maturation dans la vie. Mais là aussi il existe des pièges de récupération par les usines du bien-être et de fausses promesses qui ne prennent pas en compte la réalité sociale des femmes, leurs narrations et leurs recherches identitaires.

La santé des femmes dans différentes sociétés européennes

Je donnerais l'exemple de deux situations radicalement opposées en Europe.

Aujourd'hui en Allemagne il y a un mouvement, soutenu par les centres féministes de la santé, des associations de femmes, des professionnels de la santé et certains chercheurs/chercheuses universitaires, pour sortir « la ménopause » de sa surmédicalisation.

A l'université de Brème, par exemple, on a entrepris une étude (Bips Studie Universität Bremen 2000) sur les vécus des femmes qui présentent peu ou pas de symptômes au cours de leurs « années de transition ». Cette étude a clairement comme objectif de contribuer à la « démedicalisation » de la ménopause.

A la question « Quels ont été les changements les plus importants en relation avec les années climatiques (années autour de la ménopause)? », voici les éléments que les femmes mettent en évidence : plus de calme et d'intimité, les cheveux deviennent gris, plus de plaisir qu'auparavant dans les rapports sexuels, sentiment de liberté, nouveau partenaire, perte de travail. Le tableau n'est ni noir ni blanc.

Une autre démarche dans cette perspective a été l'organisation d'un congrès international en 2003 « Ménopause - Que veulent les femmes et de quoi ont-elles besoin ? », dont les réflexions et discussions ont abouti à la déclaration de Brème, qui comporte des recommandations pour une nouvelle approche (non médicale et centrée sur les femmes) de la ménopause.

A l'autre extrême il y a le témoignage de **Lia Melikischwili** (in Godula Kosack, Ulrike Krasberg, 2002, p. 80) qui souligne avec quel mépris et quelle négligence le régime totalitaire de l'Union soviétique privait même les femmes qui présentaient un risque accru d'ostéoporose de tout accès aux mesures préventives et de soins.

Il est évident que certaines femmes n'ont pas besoin d'un encadrement spécifique au cours de ces années. D'autres nécessiteront un accompagnement adapté à leurs besoins spécifiques. Pour pouvoir accompagner les femmes de façon appropriée et individualisée pendant cette période, il faut revoir le fonctionnement du système médical actuel dans chaque pays et promouvoir des soins, qui mettent la femme au centre du processus de décisions.

Ménopause et représentation culturelle et symbolique

De nouvelles études comparatives mettent l'accent sur la complexité des expériences des femmes qui traversent la cinquantaine. Il faut reconnaître que le corps de l'être humain est en interaction permanente et dynamique avec les conditions géographiques, culturelles, économiques et politiques de son environnement.



Photo © Isopix

Il existe une vaste étude sur les vécus de la ménopause dans différentes ethnies (femmes traditionnelles et femmes modernes) en Israël. Elle montre une large palette d'expériences des femmes au cours de ces années. Sur un point, toutes les femmes expriment le même sentiment favorable, c'est la liberté gagnée avec l'arrêt de leur fertilité. Dans une étude américaine (Agee 2000) on compare les récits et comportements des femmes afro-américaines et ceux des femmes euro-américaines.

Chez les femmes afro-américaines, l'identité autour de la cinquantaine est fortement liée à la connaissance de son corps, au savoir-faire et à la capacité de se prendre en main souvent avec l'aide d'autres femmes. La transmission de ces compétences par la mère constitue un facteur important de confiance en soi et d'estime de soi de ces femmes. Elles ont peu de recours aux hormones de substitution.

La femme euro-américaine fait beaucoup plus confiance à son médecin et à ses compétences professionnelles. La transmission d'un savoir-faire par la mère ou d'autres femmes existe peu. Pour bien d'autres raisons encore, ce groupe de femmes consomme beaucoup d'hormones de substitution.

Et faisons encore une petite escale à Terre-Neuve où **Donna Lee Davis**, chercheuse et anthropologue, en 1977, a étudié dans un village de pêcheurs les relations des femmes à leur ménopause. Dans ce village les femmes du même âge se réunissent régulièrement pendant les périodes de grands changements (premières règles, grossesse, naissance, allaitement, ménopause), pour échanger leurs expériences.

Le symptôme s'inscrit toujours dans l'ensemble de l'histoire unique de la femme, il est interprété de différentes façons et il n'est jamais isolé du récit des femmes. Il est souvent vécu comme expres-

sion physique ou signe qui permettra ou canaliser cette transition vers un nouveau cycle de vie. Les signes, le vécu émotionnel et les nouveaux réaménagements composent les éléments principaux de l'histoire de chacune sur cette période de transition. Dans l'échange et le partage avec d'autres femmes, elles valorisent leurs capacités à gérer et à s'adapter à ces changements.

Ce que les femmes disent, vers un changement de paradigme ?

Depuis un peu plus d'un an, j'anime des cours pour femmes qui traversent la période autour de la ménopause. Dans ces cours on imite un peu les traditions des femmes de Terre-Neuve. Chaque femme s'approprie son histoire personnelle et unique de cette période.

Voici quelques témoignages.

Susanne : on est vraiment lessivée, dans le vrai sens du terme, on est nettoyée et bousculée comme dans une machine à laver, j'ai l'impression que je dois réécrire mon histoire, pas écrire de nouveau mais écrire autrement.

Cécile : pendant ces années j'ai changé de peau.

Renata : je suis vraiment dans un moment de nouveau démarrage, je sens le désir d'après un changement radical, je m'interroge sur tout.

Antoinette : ce qui est le plus difficile pour moi, j'ai l'impression que j'ai perdu le contrôle sur ma vie. Avant je contrôlais tout et maintenant rien ne fonctionne plus.

Anne : je me sens libre, terriblement libre, j'ose dire, j'ose vivre, c'est une période extraordinaire de ma vie.

Pascale (a perdu son travail d'enseignante) : je suis sans orientation, je ne sais pas vers où me tourner. Enseigner c'est la plus grande satisfaction que la vie m'offre.

Agnès : j'ai tout fait pour que mes enfants partent dans la vie avec un bon bagage, leur départ était facile pour moi et maintenant je m'ouvre au monde, je m'engage pour les autres en dehors de la famille et je comprends aussi qu'une femme peut parfaitement s'épanouir sans avoir eu des enfants.

Jeannette : on a eu et élevé les enfants, souvent on a travaillé en même temps, je ne me sens pas reconnue pour cette énorme tâche que j'ai accomplie.

Dora : on parle du « syndrome du nid vide », je rigole, moi, je suis contente que les enfants sont partis!

Geneviève : il y a des choses dans ma vie que j'ai mises entre parenthèses, je ne voulais plus m'y confronter et maintenant je ne peux plus faire autrement, je dois les sortir du placard et les affronter, les travailler et les intégrer dans le grand puzzle qui est ma vie.

Julia : j'ai eu des insomnies importantes. Après j'ai décidé de me lever parfois vers 3-4 heures du matin et j'ai commencé à écrire.

Judith : depuis que je comprends ce qui se passe dans mon corps à la ménopause j'ai beaucoup moins de symptômes.

Danièle : j'étais toujours très pragmatique et bien organisée, l'autre jour je me suis trouvée dans un embouteillage, je me suis mise à pleurer, je me suis rendu compte que je veux vivre autrement, pas d'embouteillages, pas de bruits, pas toujours être disponible pour les autres.

Jamila : j'aime bien mes bouffées de chaleur, j'ai l'impression que c'est un grand nettoyage.

Charlotte (a pris du poids) : peut-être maintenant ils comprendront que j'ai besoin de plus de place.

Marianne : mon irritabilité au cours de certaines activités m'a bien montré pour quelles occupations je perds de l'intérêt.

Marie : mon médecin m'a dit que j'ai un risque d'ostéoporose et que je risque des fractures, j'ai été sous le choc, mais après je me suis inscrite dans une école de danse et depuis je danse presque tous les jours, je danse ma vie...

Françoise : à 30 ans je n'aurais jamais pu m'imaginer l'épanouissement que je vis maintenant dans mes rapports sexuels, j'ai encore plein de choses à découvrir.

Monique : j'ai rencontré une femme et je suis tombée amoureuse d'elle. Elle m'a fait découvrir mon corps et je me suis rendu compte que la sexualité joue un rôle important dans ma vie.

Fatima : j'ai pleuré quand mon fils est parti de la maison, c'était difficile, j'ai été dans un grand moment de flottement, quinze jours après je suis tombée sur une annonce dans un journal, c'était la formation que j'attendais depuis longtemps et maintenant c'est à moi de partir de la maison.

Muriel : oui je suis fatiguée, oui j'ai parfois des insomnies, oui j'ai des bouffées de chaleurs, mais je sens aussi une force exceptionnelle en moi, une force qui veut s'exprimer, j'ai envie de changer le monde...

L'observation du statut, des positions et des tâches des femmes, pendant et après la ménopause dans différentes cultures et en partant toujours de leurs récits et de leurs narrations, conduira à un changement de paradigme dans lequel on reconnaîtra enfin les femmes indépendamment de leur faculté de reproduction comme une moitié de l'humanité à part entière : créatrices, innovatrices, responsables et libres.

Catherine Markstein, médecin et responsable de l'asbl «Femmes et santé», intervention au colloque « Savoirs de genres » organisé par Sophia¹ le 20 octobre 2005
Adresse de l'auteur : asbl Femmes et Santé, Av. Lambeau 24, 1200 Bruxelles. Tél.: 02 736 51 01.

¹ Sophia est un réseau belge de coordination des études féministes. Pour en savoir plus : www.sophia.be.

Courriel : femmesetsanté@skynet.be.

Site : www.femmesetsante.be

Bibliographie

- Kérisit M. Pennec S (2000), La mise en science de la ménopause, in Cahier du Genre, n° 31, pp. 129-147.
- Bond M., Bywarts P (1998) Working it out for ourselves : women learning about hormone replacement therapy, in Women's Studies International Forum, Vol.21, n° 1, Elsevier Science pp. 65-76.
- Déclaration de Brème dans le cadre du congrès : « Ménopause – multidisciplinaire Que veulent les femmes et de quoi elles ont besoin ? » organisé par l'Université de Brème le 23.2.2003. Site : www.asfg.uni-bremen.de.
- Doritt Cadura - Saf (1987), Das unsichtbare Geschlecht, Hamburg, Rowolth Verlag
- Luce Irigaray (1984), Ethique de la différence sexuelle, Paris, aux Editions de Minuit, Grasset.
- Germaine Greer (1991), The change :Woman aging and the Menopause, New York Fawcett Columbine.
- N. Datan A. Antonovsky, B.Maoz (1981), A time to reap, Baltimore, The John Hopkins University Press.
- Lock Margaret (1998), Anomalous Women and Political Strategies for Aging Societies, in Sherwin S, The politics of Women health, Philadelphia, University Press.
- Chuong A. et al (2002), La santé avant et après la ménopause, Toronto, Rapport Canadien de surveillance de la santé des femmes.
- V. Ringa, D. Hassoun, C. Attali, G. Bréart, D. Delanoë, M. Lachowsky, P. Lopes, D. -Mischlich (2003), Femmes, médecins et ménopauses » Paris, Editions Masson.
- Héritier F (1998), Anthropologie de la ménopause, in : F. Héritier, D. Delanoë, S. Epelboin, S. -Mimoun : La ménopause, approche socio-culturelle Paris, Elsevier.
- Héritier F (1996), Les deux sœurs et leur mère, Paris, Odile Jacob.
- Davis Dona (1986), The meaning of menopause in a Newfoundland Fishing Village; Culture, Medicine and psychiatry n° 10.
- Maria Beckermann (2001), Evaluation epidemiologischer Studien zur Östrogen-Gestagen Hormontherapie, Schweizer Medizinisches Forum.
- WHI study (2002), Risks and Benefits of Estrogen plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women, in JAMA n° 288 pp321-333.
- Nissim Rina (2001), Ménopause, réflexions et alternatives aux hormones de remplacement, Genève Editions Mamamélis.
- Nissim Rina (2004), La sexualité des femmes, Genève, Edition Mamamélis.
- Angier Natalie (2003), Woman, an intimate Geography, Houghton Mifflin, New York.

- Ann Mankowitz (1987), *Auf neue Weise fruchtbar. Der seelische Prozess der Wechseljahre*, Zürich. Kreuz-Verlag.
- J. Elliot et al. (1991), *A comparaison of elderly patients with proximal femoral fractures with normal elderly population : a case controlled study*, *New Zealand Medical Journal*.
- National Women's Health Network (2002), *The Truth About Hormone Replacement Therapy : How to Break Free from the Medical Myths of Menopause*, New York, Prima Publishing, a division of the Random House.
- Ivan Illich (1975), *Nemesis médicale*, Paris, Seuil.
- Perez Martine (2005), *Ce que les femmes doivent savoir*, Paris, Robert Laffont.
- Gori Roland, Marie-José Delvolco (2005), *La santé totalitaire*, Paris, Denoel.
- Devereux G (1996), *Ethnopsychiatrie des Indiens mohave*, Paris, Collection Les empêcheurs de penser en rond.
- Formanek, Ruth (1990), *The meaning of menopause*, New York Hillsdale, Analytical Press.
- Godula Kosack, Ulrike Krasberg (2002), *Regellose Frauen- Wechseljahre im Kulturvergleich*, Königstein Ulrike Helmer Verlag.

Concours « Permis de vivre »

La prison d'Andenne participe activement à la promotion de la santé

Promouvoir la santé en milieu carcéral... un projet novateur ! Afin de faciliter l'information sur les maladies pouvant circuler en prison, un projet concrétisé par un concours, organisé sur l'initiative des détenus de la prison d'Andenne, a vu le jour grâce à l'asbl Service d'Education pour la Santé de Huy (SES).

Le projet référent à la prison d'Andenne

L'asbl SES a mis sur pied un projet de détenus *Contacts Santé*. Par ses actions de sensibilisation, d'information et de prévention des maladies transmissibles auprès de ceux-ci, le SES contribue à informer l'ensemble de la population de la prison et à améliorer la communication entre les détenus et les responsables de l'institution. Les formatrices ont ainsi pu organiser sept séances de deux heures en vue d'approfondir les connaissances des détenus volontaires en matière de santé afin qu'ils servent de relais auprès de leurs codétenus.

Détenus *Contacts santé*

Sensibilisés aux problèmes de santé, les volontaires ont fait la démarche de communiquer ce qu'ils ont appris aux autres détenus, et ce à raison de deux heures par mois. Ceux-ci osent ainsi davantage parler d'éventuelles maladies ou des inquiétudes liées à des risques pris lors de rapports sexuels non protégés.

L'infirmerie ouverte presque sept jours sur sept peut les accueillir en toute confidentialité : vaccins, prises de sang sont possibles et des préservatifs gratuits sont à leur disposition.

Le SES rencontre le groupe une fois par mois pour faire le bilan et apporter des nouvelles connaissances ou pistes de réflexion aux détenus.

Agents *Relais santé*

Le SES a également formé certains membres du personnel par une information scientifique de base et par la participation à diverses activités en vue d'apprendre à diffuser l'information de manière adaptée à l'établissement.



Photo © Photonews

Le concours « Permis de vivre »

Les détenus *Contacts santé* ont proposé d'organiser un concours consistant pour leurs codétenus à tester leurs connaissances en remplissant un questionnaire comportant cinquante questions sur les maladies et infections sexuellement transmissibles (MST, IST), les risques inhérents à ce type de maladie, les prises de risque lors de rapports sexuels non protégés...

Les gagnants du concours (2 ex æquo) ont répondu correctement à quarante-neuf questions. Ces excellents résultats ont été primés le 24 avril 2006.

M. Delchevalerie, chef de l'établissement de la prison d'Andenne, précisait ce jour-là que ce

projet était important à la fois en termes de santé publique et de justice réparatrice.

Santé publique car le point de départ fut une réflexion sur les assuétudes, qui donna lieu à la création d'un premier groupe de détenus relais. Justice réparatrice, car le projet a aussi pour but la reconstruction et la réinsertion des détenus. M^{me} Colon, représentante de cette justice réparatrice au sein de l'établissement, assure la communication auteurs - victimes en favorisant une attitude de conscience envers la société¹, attitude appuyée par le chef de l'établissement qui

1 Voir encadré : présentation des Consultants en justice réparatrice.

compare la détention à un climat de relation et de dialogue interactionnel.

M. Albessard, représentant de Catherine Fonck, insistait pour sa part sur la dimension humaine des problèmes de santé en établissement pénitentiaire. Les détenus sont des hommes avec un cœur, une conscience qu'il ne faut pas négliger. Enfin, pour **M^{me} Quinet-Le Docte**, initiatrice et responsable du SES, la promotion de la santé est avant tout une question de démocratie : il faut donner la chance aux détenus de se réinsérer dans la société et éviter les récidives.

Les formatrices, **Sabine Dewilde** et **Anne Dewaele**, nous parlent avec enthousiasme de la mise en place de leur projet et du succès du concours réalisé à la prison d'Andenne.

E.S.: Avez-vous le sentiment que vos objectifs sont atteints ?

S.D.: Ce projet à la prison d'Andenne est une vraie réussite. C'est très valorisant aussi pour nous, car le but est réellement de diffuser l'information pour que les détenus référents aillent à leur tour la communiquer autour d'eux.

L'impact est également à plus long terme, beaucoup plus important au niveau de la prison elle-même et de la prise en charge de la santé dans la prison. Ainsi, ce projet *détenus contacts santé* a permis à la prison d'Andenne de subir plusieurs modifications, et pas uniquement en termes d'apport d'informations.

Les détenus ont posé des constats comme des problèmes d'hygiène dans les douches. Nous avons rapporté l'information aux instances pénitentiaires et certaines douches ont été rénovées. Ici, contrairement aux autres prisons dans lesquelles nous ne réalisons que des sensibilisations de deux heures, nous avons des possibilités plus larges de faire du "bon travail" et d'arriver à quelque chose de concret, de plus stable dans le temps.

Nous avons de bons contacts avec les détenus, ils nous posent des questions très pertinentes. Nous leur apportons une information qu'ils vont pouvoir utiliser par la suite, pour se protéger. Ce projet qui existe pour la première fois, nous y tenons beaucoup, nous l'avons développé du début à la fin. C'est la première fois que nous pouvons aller aussi loin dans la promotion de la santé en milieu carcéral.

A.D.: C'est réellement un travail de partenariat avec le groupe de détenus mais aussi avec l'établissement, avec les gens qui nous aident à mettre en place ce projet dans cette prison. Cela atteint un niveau plus global. C'est très gratifiant pour nous car nous observons des résultats concrets.

E.S.: Votre espoir serait maintenant d'étendre ce projet à toutes les prisons...

S.D.: Oui. Surtout que les objectifs du concours ont été atteints. L'argent qui a été débloqué, l'impact du concours sont autant d'éléments motivants pour lancer le projet ailleurs.

Présentation du SES Huy

Le Service d'Education pour la Santé est une association sans but lucratif qui a été créée il y a vingt ans à l'initiative de plusieurs partenaires dont l'Association des Licenciés en Sciences de la Santé Publique, la Croix-Rouge de Belgique et la Ligue des familles. Depuis sa création, elle est active dans le domaine de la promotion de la santé et a été reconnue Agence locale de prévention du sida de 1995 à 1998. Depuis plus de 7 ans, le SES développe un projet de prévention du sida, des hépatites et des autres infections sexuellement transmissibles en milieu carcéral, projet subsidié par la Communauté française et la Région wallonne. Touchant trois prisons en 1998, le projet se développe actuellement dans toutes les prisons de la Communauté française. Il a également été reconnu comme "projet santé en prison" par l'OMS Europe en 2005.

L'objectif du projet est d'instaurer une dyna-

mique de prévention primaire du sida, des hépatites et des autres infections sexuellement transmissibles en milieu carcéral, de réduire la fréquence des comportements à risque, de favoriser l'adoption d'attitudes de prévention, parmi lesquelles l'utilisation des moyens de protection disponibles (préservatifs, seringues stériles, gants...), de réduire les comportements discriminatoires et les autres tensions si fréquentes en prison.

La stratégie consiste à diffuser des informations sur les pratiques à risque liées à ces maladies et les moyens de prévention en utilisant différents canaux de communication, mais aussi à créer et à soutenir des groupes de référents au sein des établissements pénitentiaires.

Informations reprises de la présentation du SES Huy lors de la conférence de presse du concours 'Permis de vivre'.

Nous avons eu plus ou moins nonante questionnaires rentrés sur quatre cent détenus. C'est quasi un quart de la population de la prison d'Andenne. L'impact est vraiment très important par rapport à des séances de sensibilisation durant lesquelles nous ne voyons que dix détenus tous les quinze jours. A Lantin, par exemple, où il y a neuf cents détenus, l'impact est plus léger.

A.D.: Le concours part de leur propre initiative. Nous les accompagnons dans la mise en place de qu'ils veulent réaliser. Au départ, le projet était juste de donner des conseils au travers de leur quotidien.

S.D.: Les détenus peuvent aussi demander un entretien privé. Maintenant, ce projet de concours s'est mis en place à leur initiative. Nous répercutons à la direction qui nous soutient. Nous faisons le lien méthodologique, scientifique. C'est gai de voir leur motivation, même si certains *détenus contacts santé* ne sont plus là parce qu'ils ont été libérés, heureusement pour eux! Certains disent : "J'ai demandé mon transfert, il faudrait commencer un autre groupe ailleurs!"

Il est vrai que parfois, nous devons nous battre pour lever certains obstacles, car l'univers carcéral n'est pas un monde facile. En prison, il y a des règles strictes. Des règles formelles, que tout le monde est censé connaître, mais aussi parfois des règles informelles avec lesquelles nous devons composer. C'est une fameuse leçon de patience.

Des obstacles peuvent aussi se présenter pour la mise en place de la formation : les détenus arrivent énervés et nous devons à chaque fois

d'abord créer une bonne interaction. Mais dans l'ensemble, ça se passe bien car ils ont de la volonté. Ils ont tout de suite compris leur rôle, et se sont montrés à la hauteur de la confiance que nous leur octroyons.

Abdel, qui a présenté la genèse du projet lors de la remise des prix nous a également fait part de sa satisfaction.

E. S.: Pourquoi vous êtes-vous investi dans ce projet au départ ?

A.: En premier lieu, j'ai fait partie d'un groupe de justice réparatrice. Dans ce cadre, nous avons mis en place un groupe de parole. La question principale a vite émergé : que pouvions-nous faire pour aider nos codétenus ?

Deux projets ont ainsi vu le jour : le premier concerne l'**accueil entrant**, c'est-à-dire que nous sommes un groupe qui accueille tous les nouveaux entrants qui viennent d'autres prisons. Cela permet de dédramatiser leur situation.

Le second est donc le **projet détenus contacts santé** : contactés par Sabine Dewilde, nous avons pu bénéficier d'une formation. Au départ, j'ai suivi ces cours pour moi-même, pour ma famille, afin d'en savoir plus sur les problèmes de santé. Ensuite, moi et les autres 'élèves' nous sommes pris au jeu, et nous avons commencé à en parler aux autres détenus. Voilà notre cheminement.

E.S.: Qu'est-ce que ce projet vous a apporté personnellement ?

A.: Nous ressentons une vraie responsabilité. Par exemple, après notre intervention, lorsque nous allions à l'infirmerie, le personnel nous

disait : "Vous savez, il y a maintenant beaucoup de personnes qui viennent faire des prises de sang à titre préventif, des vaccins...". Dans une prison, c'est important de se dire que nous sommes toujours utiles même si nous ne sommes plus à l'extérieur, que nous sommes en retrait de la société pour le moment.

Ce projet nous met en valeur. Et, en fin de compte cela prépare un peu notre réinsertion. D'une certaine manière, nous remboursons un petit peu les fautes commises et ce projet est en train de gommer le passé.

E.S.: Pour votre famille, est-ce important que vous fassiez partie de ce projet ?

A.: Bien sûr. Au départ, c'était pour ça, pour en savoir plus. Nous avons même été étonnés, car nous croyions tout savoir sur le sida via la télévision, les informations glanées ici ou là.

A travers ce projet, j'ai appris beaucoup de choses, notamment sur les hépatites. Notre famille est contente, elle ressent nos efforts.

Le plus important c'est de se sentir utile au sein de la prison parce que ce n'est vraiment pas évident d'avoir ce sentiment ici. Nous avons créé ce concours pour ça. Nous sommes fiers de sa réussite. Notre plus grand souhait est que ce projet soit étendu à d'autres établissements pénitentiaires.

Nous avons aussi interviewé Fouad, un jeune détenu lui aussi partie prenante dans le projet contact santé.

E.S.: Pourquoi êtes-vous rentré dans ce projet ?

F.: La raison majeure pour avoir participé à cette formation c'était pour en apprendre plus sur les maladies, sur les IST et la tuberculose. Ensuite, je me suis rendu compte qu'il était très facile d'attraper ces maladies et que nous ne savons pas nécessairement comment nous protéger. Nous avons commencé à nous investir davantage. Je suis devenu de plus en plus sérieux dans

Les consultants en justice réparatrice (CJR), entrés en fonction dans les établissements pénitentiaires en octobre 2000, ont pour mission de "contribuer à l'orientation de la détention vers la réparation". La réparation vise les trois parties auxquelles les actes délictueux posés ont créé des dommages : les victimes ou proches de victimes, la société et les auteurs des faits eux-mêmes.

En effet, la plupart du temps, les passages à l'acte délictueux sont, dans le chef de l'auteur, déjà le fruit d'une série de "fractures" (ruptures) préalables, sur le plan social, scolaire, professionnel, familial, psychologique... (souvent de façon cumulée).

mon apprentissage et j'en ai retiré une grande satisfaction personnelle en essayant de donner le plus d'information possible à mes codétenus. Ceux-ci sont à l'écoute. Cet intérêt nous valorise. Nous sommes dans un milieu fermé et les gens ne sont pas toujours au courant ici des maladies qui se propagent. Quand on est jeune, on est pressé, on ne se rend pas toujours compte de ce qu'on fait, des risques encourus.

Toutes ces informations me permettront aussi d'informer mes futurs enfants, de les mettre en garde. C'est important de faire passer ce message. Le problème le plus épineux en prison, c'est que nous vivons en communauté très restreinte, nous sommes très proches les uns des autres et c'est très rare qu'un détenu avoue qu'il est malade parce que les autres s'en écartent très rapidement. Conséquence directe de ce constat : si

C'est pourquoi les CJR ont essentiellement pour objectifs de :

- faciliter les communications (directes ou indirectes) entre auteurs incarcérés et victimes;
- d'initier, soutenir, développer et coordonner des projets institutionnels (programmes / activités) visant à favoriser la (re)construction et la responsabilisation des auteurs incarcérés et la restauration des liens avec la société (projets animés par des services extérieurs ou des personnes ressources internes).

Informations reprises dans le dossier "Les détenus contacts santé : un projet axé sur la responsabilisation pour une détention orientée vers la réparation", Madame Colon, Prison d'Andenne.

les malades ne le disent pas, ils ne se protègent pas, ont peur d'aller voir le médecin à l'infirmerie. Nous les incitons à y aller parce que c'est gratuit et que les infirmières sont là pour nous aider.

Caroline Colson, journaliste

Adresses utiles :

L'équipe Prévention Sida – Hépatites – IST du Service Education pour la Santé asbl, Maison de la santé, chaussée de Waremmes 139, 4500 Huy. Tél/fax : 085 21 25 76.

*Courriel : ses.hesbayecondroz@tiscali.be
Service public fédéral Justice, Direction générale Exécution des Peines et Mesures, Prison d'Andenne, rue du Giron 2, 5300 Andenne.
Tél.: 085 82 34 00. Fax.: 085 82 34 28*

Tous les moyens ne sont pas bons pour vendre des médicaments

Test Achats gagne son procès contre Hodie Vivere

En février 2005, Test Achats dénonçait une fois de plus et avec force une campagne télévisée incitant à consulter le médecin en cas d'infection des ongles des orteils (onychomycose). Cette campagne était présentée comme émanant de l'asbl Hodie Vivere. En réalité, elle était téléguidée par Novartis, le producteur de médicament Lamisil. Ce producteur avait d'ailleurs lancé la même campagne dans plusieurs autres pays, dont les Etats-Unis mais aussi la France. L'asbl Hodie Vivere n'en était pas à son coup d'essai. Elle avait déjà organisé une « campagne d'information » du même genre sur l'obésité,

laquelle était commanditée par Roche, le producteur du Xenical, médicament pour maigrir... Le Lamisil par voie orale est soumis à prescription. Toute publicité grand public est dès lors interdite chez nous. Aux Etats-Unis, où la publicité pour les médicaments sur prescription est autorisée, le nom de Lamisil a été utilisé dans la même campagne. En Belgique, les entreprises ont trouvé une parade à l'interdiction légale en faisant de la publicité pour l'affection au lieu du médicament. Le résultat est le même, le chiffre d'affaires de Novartis augmente. Test Achats avait également dénoncé le fait que l'Inami était finalement lésé. Aux Pays-Bas, une

campagne analogue avait permis de multiplier par deux le chiffre d'affaires du Lamisil. Or, le Lamisil est un médicament remboursé. En Belgique, en 2002, les dépenses nettes de l'Inami s'élevaient pour les antimycosiques à près de 16 millions d'euro, le Lamisil représentant 78 % du montant. Tout cela pour une affection sans gravité et n'occasionnant qu'une gêne esthétique, alors que l'on manque d'argent pour une meilleure prise en charge de nombreuses maladies graves. Enfin, Test Achats estimait (et estime toujours) que cette « campagne d'information » représentait à la fois de la publicité mensongère mais

aussi de la publicité qui ne porte pas son nom (publicité déguisée), en infraction avec la loi sur les pratiques du commerce. Test Achats estimait que cette publicité viole les articles 23,2° et 5° de cette loi. Test Achats avait donc déposé formellement plainte auprès du « Service Contrôle et Médiation » des Affaires économiques et interpellé directement la Ministre de la Protection de la Consommation.

La « contre-attaque »

Atteinte dans son honneur et dans sa crédibilité de caution scientifique de la campagne contestée, l'asbl Hodie Vivere décida d'assigner en responsabilité l'organisation de consommateurs, tentant de la faire condamner au paiement d'une somme totale de plus de 1.400.000 € au titre de préjudice moral et matériel. Pendant ce temps, Novartis déclinait toute responsabilité, niait toute implication et feignait d'ignorer toute infraction à la loi interdisant la publicité. Le Service Médiation et Contrôle du Ministère de l'Économie attendait quant à lui l'issue du procès pour se prononcer sur le fond de la plainte de Test Achats. Des débats parlementaires et des réactions du monde politique furent également nombreux.

Test Achats a raison...

Après un examen fouillé et approfondi des faits de l'affaire, le Tribunal de Première Instance de

Bruxelles a analysé les arguments et la communication de Test Achats pour en conclure que l'organisation de consommateurs avait eu raison de dénoncer ce type de campagne d'intérêt général, financée directement par l'industrie pharmaceutique, qui exagère les dangers d'une maladie pour mieux vendre ses médicaments. Les constats de la juridiction sont éloquentes et rejoignent en tout point ceux de Test Achats :

- il existe dans le film et la campagne d'Hodie Vivere une référence indirecte à une société pharmaceutique, concomitante à de la promotion pour le Lamisil en direction des médecins belges;
- Hodie Vivere s'est sciemment rendue complice du détournement de la loi interdisant la publicité pour les médicaments sur prescription que Novartis et son agence de publicité avaient mis en place;
- la campagne contestée et la promotion simultanée du Lamisil auprès des médecins, ont eu pour résultat d'augmenter encore les dépenses de l'Inami, tant par les remboursements des visites médicales que par les frais inhérents aux prescriptions de Lamisil qui ont suivi;
- Test Achats a pu légitimement considérer que, compte tenu de la « caution scientifique » et de « la garantie éthique et scientifique » que Hodie Vivere prétend conférer à ses interventions, elle avait, en passant sous silence les effets indésirables du Lamisil, induit le public en erreur.

Un exemple à ne plus suivre...

Dans ce contexte, et sur base de la polémique médiatique et juridique qui a suivi, Test Achats pose une exigence fondamentale : toute campagne dite d'intérêt général diffusée en radio et/ou en télévision relative à la santé et au bien-être doit faire l'objet d'un contrôle a priori, moyennant par exemple, la consultation d'un comité d'experts, notamment composé de représentants des consommateurs.

Un dossier et un cahier des charges précis devraient être introduits auprès de l'administration et faire l'objet d'une autorisation préalable afin d'éviter la répétition de campagnes de publicité déguisées dont l'industrie pharmaceutique est malheureusement coutumière. Dans le cadre de la nouvelle loi « santé » mais aussi en exécution de la toute nouvelle législation pharmaceutique, Test Achats demande que le Ministre de la Santé publique soumette à des règles très strictes ces campagnes sur certaines maladies (« disease awareness campaigns ») et mette en place un comité de surveillance associant les consommateurs.

Actuellement, ce type de campagne n'appartient pas encore au passé. Il est impossible de les poursuivre toutes en justice. Et pourtant, c'est la santé publique et le budget des soins de santé qui en pâtissent.

D'après un communiqué de Test Achats

Des communes en santé ?

La proximité des élections communales a offert l'occasion à **André du Bus** (groupe cdH du Parlement bruxellois) d'organiser le 26 juin dernier un symposium sur différents enjeux de santé au niveau communal. Excellente idée que de débattre sur les affinités évidentes entre la démocratie locale, la plus proche du citoyen, et une conception de la santé qui fait la part belle, depuis la charte d'Ottawa, à la participation communautaire.

Les intervenants ont tous pu témoigner de la pertinence de cette démarche.

Martine Bantuelle, forte de l'expérience de l'asbl Sacopar en matière d'appui à des projets locaux de promotion de la santé, a dressé un cadre conceptuel bien utile pour nous rappeler combien le territoire communal est propice à une approche transversale de la complexité des questions de santé.

Nicole Purnode (programme Bruxelles Ville-Région-Santé) nous a présenté avec son bagoût habituel des projets concrets de réappropriation collective de l'espace public qui mettent en avant la prise de responsabilité des citoyens,

qui, de consommateurs passifs au départ, deviennent acteurs de micro-changements plus essentiels qu'il n'y paraît au premier abord.

Christian Lasserre (consultant en économie urbaine) a plaidé pour que les obligations de 'concertation' en matière urbanistique ne soient pas purement cosmétiques, tout en brisant les illusions de ceux qui imaginent qu'on pourrait faire la campagne à la ville en diminuant la pression démographique.

Myriam De Spiegelaere, directrice de l'Observatoire bruxellois du social et de la santé, nous a présenté les fiches « Statistiques sanitaires et sociales en Région de Bruxelles-Capitale », qui rassemblent les principales données sociales et de santé disponibles au niveau communal. C'est un magnifique outil d'approche des réalités spécifiques des 19 communes de la Région de Bruxelles-Capitale (voir le site www.observatbru.be/fr/news/onenews.asp?id=66), une masse d'informations qui évite le piège des comparaisons oiseuses entre communes pauvres et riches.

Geneviève Oldenhove (Maison médicale des Marolles) a présenté avec une passion appré-

ciée par le public des activités de promotion de la santé adaptées à un public parmi les plus défavorisés de la région.

Laurent Van Asselt (asbl Habitat et Santé) a terminé le tour d'horizon par une description concrète des solutions que son équipe peut apporter en matière de pollutions intérieures, le déplacement au domicile étant la clé de voûte d'une intervention utile.

Une brève table ronde entre représentants des quatre partis politiques démocratiques francophones de Bruxelles a clôturé cette après-midi riche (et chaude!), dont je retiens avec plaisir le commentaire de **Paul Galand** (Ecolo), qui nous fit part de son sentiment que les principes généraux de la promotion de la santé font lentement mais sûrement leur chemin, que les décideurs sont aujourd'hui plus conscients qu'hier du fait que les problèmes de santé échappent très largement à la sphère bio-médicale, et que le niveau communal peut être un bon levier pour une meilleure qualité de vie et une meilleure santé.

Christian De Bock

Promotion de la santé à l'école

Importance du dépistage précoce

Les services de Promotion de la Santé à l'École (PSE) ont pour mission le suivi médical des enfants en âge scolaire ainsi que des étudiants de l'enseignement supérieur non universitaire. Face aux besoins de plus en plus criants et aux constats inquiétants sur la santé de nos jeunes, ils ont un rôle important dans la sensibilisation et la responsabilisation de ceux-ci pour adopter des comportements sains. Leur action en matière de surveillance de la santé des jeunes est également fondamentale.

Le 21 juin dernier, un colloque a réuni à Namur les services PSE et la Ministre **Catherine Fonck** pour échanger sur des thématiques en lien direct avec leur travail quotidien :

- la simplification administrative et les modifications de réglementation réalisées et prévues;
- la déclinaison du plan de promotion des attitudes saines¹;
- la structuration du dépistage visuel pour tous les enfants.

Concernant le deuxième point, les débats et exposés ont permis de préciser le rôle des PSE

¹ Lancé dans la foulée du Plan national nutrition santé belge le 29 avril dernier, le Plan attitudes saines sera détaillé dans notre prochaine édition, pour la rentrée des classes.

dans la problématique de l'obésité des enfants. Deux axes ont pu être dégagés pour la pratique des PSE :

D'abord l'uniformisation des **courbes de corpulence** utilisées par les médecins et les infirmières lors du bilan de santé. Cette mesure permet de détecter des rebonds d'adiposité trop précoces qui sont souvent le premier signe d'une surcharge pondérale débutante. A ce stade, il n'est pas question de parler de régime à l'enfant ni aux parents mais de donner de simples conseils d'hygiène de vie axée sur une alimentation équilibrée, sur plus de dépenses physiques et aussi moins d'écrans divers pour voir la situation se normaliser. Le dépistage précoce est donc particulièrement important.

Le deuxième axe est lié à la définition du **projet de service** des PSE. Ce projet permet d'ouvrir le dialogue avec les écoles pour savoir comment les soutenir dans cette démarche de lutte contre la « malbouffe » ainsi que du rôle de conseil que peut jouer le médecin scolaire lorsqu'il visite les installations de l'école.

Les travailleurs des services PSE ont également pu rencontrer les conseillers nutritionnels engagés spécifiquement pour l'accompagnement du Plan attitudes saines.

En ce qui concerne l'uniformisation du dépistage visuel, la précocité joue un rôle majeur pour le développement psychomoteur de l'enfant et bien entendu ceci est particulièrement important dans cette période d'apprentissage intense.

Ainsi, en assurant une continuité entre les tests visuels réalisés par l'ONE et les tests uniformisés réalisés au sein des services PSE, la Communauté française se situe comme une région pilote en terme de dépistage visuel organisé pour les enfants de 0 à 18 ans.

La Ministre Catherine Fonck est particulièrement consciente de l'importance des missions des services PSE et met tout en œuvre pour simplifier leurs tâches administratives et les soutenir dans leurs missions fondamentales. Les services PSE permettent d'assurer des dépistages de manière précoce mais également de mettre en place, avec les écoles, des projets qui améliorent l'environnement santé de nos jeunes. Ces journées régulières à l'intention des travailleurs des services PSE, au vu de leur fréquentation, répondent directement aux besoins d'information et de rencontre des services.

D'après un communiqué de la Ministre Catherine Fonck

Associations de parents, PSE et PMS

40 associations de parents ont été consultées par l'UFAPEC (Union francophone des associations de parents de l'enseignement catholique) sur la question de leurs priorités en matière de santé à l'école. La question des rapports avec les équipes PSE et PMS a aussi été abordée.

Leurs préoccupations diffèrent selon le niveau d'enseignement. Les poux et l'hygiène (du corps et de l'école) sont prioritaires dans le primaire, alors que les assuétudes et l'hygiène dans les toilettes sont citées en tête pour le secondaire.

La moitié des associations de parents trouvent que la place occupée par l'éducation pour la santé à l'école n'est pas suffisante.

Les associations se disent conscientes que les questions de santé doivent être traitées aussi bien à l'école qu'à la maison, en harmonie et en soutien réciproque.

Les contacts entre associations de parents, équipes PSE et PMS sont plutôt rares. 57 %

n'ont pas encore eu de contact avec les PSE et 75 % avec les PMS. On notera aussi que plus de 15 % des associations de parents ne connaissent pas du tout les équipes PSE!

Près de 90 % des répondants rapportent qu'une action en matière de santé est en cours ou a eu lieu dans l'année. Les actions le plus souvent organisées sont des actions de lutte contre les assuétudes, des actions de promotion de l'alimentation saine (promotion des petits-déjeuners, de l'eau, des produits laitiers) et enfin des actions en rapport avec l'hygiène (des dents et des mains). Dans plus de 50 % des cas, les associations de parents participent aux actions santé. Près d'une association de parents sur cinq souhaiterait davantage d'activités physiques à l'école. 60 % d'entre elles sont satisfaites de la manière dont l'activité physique est organisée à l'école mais aussi en extrascolaire. Dans près de 80 % des écoles, du sport est d'ailleurs prévu en dehors des cours.

On a posé aux associations la question de la satisfaction quant à l'alimentation au sein de l'école. Elles constatent un effort en la matière (repas plus diététiques, prix plus démocratiques...), mais elles se plaignent de réfectoires bruyants, trop petits, et d'une surveillance insuffisante. Elles proposent d'être consultées pour établir la réglementation concernant l'alimentation des élèves dans les écoles.

Enfin, le conseil de participation, où les parents doivent être représentés, est cité comme lieu idéal pour débattre d'un projet santé au niveau des établissements.

V.J.

UFAPEC, rue Belliard 23 A (b^{te} 1),
1040 Bruxelles.

Tél : 02 230 75 25

Fax : 02 230 23 92.

Le Plan communautaire opérationnel de la Communauté française

Le décret du 17 juillet 2003 portant sur l'organisation de la promotion de la santé en Communauté française prévoit l'élaboration d'un Programme quinquennal de promotion de la santé et d'un **Plan Communautaire opérationnel**.

Le Gouvernement de la Communauté française a adopté le premier Plan communautaire opérationnel (PCO) en octobre 2005. L'intention est clairement de concentrer les ressources disponibles sur quelques axes prioritaires.

Le PCO est scindé en deux chapitres : **l'approche globale** et le **développement par problématique**. Le premier permet de rappeler les principes de promotion de la santé appliqués depuis 1998 ; le second définit des champs d'action prioritaires en fonction de considérations de santé publique qui tiennent également compte des contraintes institutionnelles de la Communauté française.

L'approche globale

Le premier chapitre situe la place du PCO dans le dispositif général mis en place par la Communauté française. Il met en évidence l'approche de promotion de la santé¹ qui reste le fil conducteur et l'âme du PCO, et constitue la méthode privilégiée pour aborder les thèmes prioritaires développés dans le second chapitre. *Le PCO détermine des objectifs opérationnels pour des problématiques de santé prioritaires avec pour finalité d'améliorer la qualité de vie et la santé des personnes :*

- en agissant sur les déterminants de la santé et en initiant un processus de santé communautaire. Les déterminants se situent dans 4 catégories :

modes de vie : développement de compétences psychosociales (information, formation, participation communautaire, concertation, développement des relais promotion santé, réorientation des services...);

facteurs biologiques : développement du système de protection (vaccination...);

état de santé (système de soins) : dépistage (cancer, tuberculose, risques cardio-vasculaires, HIV...);

environnement physique ou social (qui inclut les environnements administratif et institutionnel) : développement de réseaux d'intervenants / de soutien...;

- en s'appuyant sur les structures et acteurs (intervenants directs ou partenaires) existants;
- en veillant à réduire les inégalités devant la santé et en s'appuyant sur les stratégies de promotion de la santé : la participation communautaire; l'action sur le milieu de vie; le développement des aptitudes personnelles et sociales; la réorientation des services; la concertation et l'action intersectorielles; l'information et la formation continue.

(Extrait du PCO, page 3)

Ce chapitre passe en revue également les structures et acteurs susceptibles de concourir aux objectifs du PCO et met en évidence la multiplicité et la complémentarité des acteurs dans une perspective de **travail intersectoriel et transversal**, ainsi que les ressources disponibles et/ou celles à mettre en action.

Les principes d'action qui servent de base au PCO sont déjà cités dans le Programme quinquennal de promotion de la santé.

Le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 détermine des principes d'action qui servent de base au plan communautaire opérationnel :

- adapter les stratégies pour faire face aux inégalités devant la santé;
- intégrer les stratégies de médecine préventive dans une approche de promotion de la santé;
- promouvoir la participation citoyenne, impliquer les populations concernées dans la conception, la réalisation et l'évaluation des actions qui les concernent;
- développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel;
- développer des procédures d'assurance de qualité;
- augmenter les compétences et les capacités d'action en promotion de la santé des relais et de la population par l'éducation permanente et la formation;
- articuler le champ de la promotion de la santé et les autres champs d'action politique.

(Extrait du PCO, page 7)

Des **milieux de vie** plus spécifiques sont privilégiés pour mener les actions de promotion de la santé. « Les milieux de vie sont les lieux où les projets de promotion de la santé peuvent s'ancrer et d'où ils peuvent émerger. C'est en effet là que les acteurs et les publics entrent en contact et en interaction dans un environne-

ment qui se prête bien à une stratégie de promotion de la santé. »²

Ces milieux de vie décrits dans le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 sont étroitement associés aux acteurs et constituent la base d'action de ce PCO :

- les milieux d'accueil des différentes catégories d'âge;
- les lieux de soins et d'hébergement des différentes catégories d'âge;
- le milieu scolaire;
- le milieu familial;
- les centres de santé communautaire (par ex, les maisons médicales);
- les lieux d'enfermement;
- les collectivités locales : maisons de quartier, associations féminines, services d'aide à la jeunesse; maisons de jeunes; associations sportives; lieux de loisirs, etc.
- les lieux de rencontre des populations vulnérables, où des relais peuvent entrer en contact avec elles : éducateurs de rue, centres d'accueil, structures d'hébergement, centres pour réfugiés...

(Extrait du PCO, page 8)

Enfin, le PCO liste les **moyens** nécessaires à sa mise en pratique : structurels, législatifs, institutionnels, budgétaires. Une attention particulière est portée aux structures et acteurs existants et au développement de leurs compétences et moyens, à la collaboration interministérielle et aux partenariats, à la combinaison des ressources locales avec celles de la Communauté française. Le chapitre évoque également les **objectifs opérationnels transversaux** à retenir dans l'abord des problématiques prioritaires.

De manière transversale, plusieurs objectifs opérationnels s'imposent :

- respecter une approche globale de la santé même si certaines problématiques sont prioritaires;
- développer la concertation avec les acteurs de terrain et en collaboration avec les CLPS et les Services communautaires : pour établir un processus dynamique et continu de collaboration, de communication, de coopération, d'échange, de recherche de cohérence, de coordination et de participation (en ce compris dans l'évaluation); pour une définition des actions à mettre en place afin de répondre aux besoins et demandes locaux dans le cadre du PCO; pour assurer un processus participatif avec ces acteurs et avec les publics cibles et ainsi permettre une appropriation des projets de promotion de la santé et ou des programmes de médecine préventive;

1 Par promotion de la santé, il faut entendre le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé, et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques (décret du 14 juillet 1997).

2 Dans Promotion de la santé et médecine préventive. Plan Communautaire Opérationnel.

- avoir recours aux ressources (y compris les outils) existantes;
 - valoriser les expériences et les pratiques des acteurs.
- (Extrait du PCO, page 11)

L'évaluation n'est pas oubliée : surveillance, relevé d'indicateurs et développement des outils nécessaires sont prévus. À côté des données relatives à la mortalité et à la morbidité, des indicateurs qualitatifs sont prévus : l'évolution des comportements à risque (par exemple consommation de tabac, alcool, drogues, médicaments) et des facteurs de risque (obésité, diabète...); la perception de la santé; l'utilisation des services de santé et la satisfaction des usagers; ainsi que d'autres déterminants de la santé.

Certains programmes (comme ceux du dépistage du cancer du sein, de vaccination, de prévention de la tuberculose, etc.) ont déjà mis en place des démarches d'évaluation.

Des données sont actuellement disponibles : enquête de santé par interview (HIS), enquête HBSC (Health Behavior in School-aged children) sous l'égide de l'OMS, étude CATI des comportements de santé des adultes, enquête ESPAD sur la consommation de drogues chez les jeunes, données de l'ONE sur la petite enfance, Registres, données des Services PSE et des Observatoires de la santé...

Développement par problématique

Le second chapitre détaille les problématiques sélectionnées parmi les priorités du Programme quinquennal 2004-2008, selon la prévalence des affections et afin de recentrer les actions en fonction des budgets disponibles.

1. La prévention des cancers
2. La promotion de la vaccination
3. La prévention du sida et des MST
4. La lutte contre la tuberculose
5. La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité
6. La promotion de la santé cardio-vasculaire

La problématique des assuétudes sera intégrée dans le cadre d'un plan concerté avec la Région wallonne et la COCOF de la Région de Bruxelles-Capitale.

Par ailleurs, plusieurs des problématiques prioritaires du Programme quinquennal 2004-2008 sont transversales et se retrouvent induites dans les thématiques qui se retrouvent dans les priorités définies par la Ministre.

C'est le cas de « la promotion de l'activité physique » qui joue un rôle dans « la promotion de la santé cardio-vasculaire », de « la promotion du bien-être et de la santé mentale » et de « la promotion d'un environnement sain » qui sont des conditions de base au développement de l'état de santé des individus et se retrouve donc aussi dans des programmes de prévention plus thématiques.

La « promotion de la santé de la petite enfance », si elle ne fait pas l'objet de mesures particulières dans le PCO, est induite dans les différents thèmes abordés puisque les enfants constituent un des publics-cibles en promotion de la santé. D'autre part, ces choix sont justifiés de manières diverses :

- soit que la prévalence de ces pathologies est telle qu'il devient évident qu'elles deviennent des priorités de santé publique : c'est le cas pour les maladies cardio-vasculaires et la prévention des cancers;
- soit qu'il faille en optimiser le fonctionnement ou encore qu'il faille s'assurer de la bonne adéquation entre le budget consenti et l'efficacité du programme existant.

Un argumentaire situe chaque problématique (contexte mondial, européen et belge, épidémiologie, données disponibles, etc.). Les enjeux et contraintes de l'approche de prévention font l'objet d'une analyse. Enfin, des objectifs plus spécifiques sont déclinés.

Il faut toutefois noter les limites de l'exercice : si les différents niveaux d'objectifs sont bien décrits, les actions spécifiques, les calendriers de mise en place des interventions, les affectations de budgets ne sont pas précisés.

1 - La prévention des cancers

A l'intérieur de cette vaste problématique, le PCO met en évidence le programme de dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans.

L'objectif général du dépistage du cancer du sein est d'augmenter le nombre de cancers du sein détectés, de diminuer la proportion de cancers avancés, de limiter le nombre de cancers in situ. Pour ce faire, il est essentiel de susciter l'adhésion maximale des femmes et des professionnels de la santé à la nécessité d'un dépistage du cancer du sein. D'une manière plus générale, il faut favoriser une culture de la santé en développant les connaissances et la motivation des femmes et des soignants sur l'importance d'un dépistage du cancer du sein.

2 - La promotion et l'implantation de la vaccination

La finalité de ce programme est de réduire la mortalité et la morbidité des maladies infectieuses évitables par la vaccination, en suscitant l'adhésion maximale de la population et des professionnels de la santé aux recommandations vaccinales adoptées par la Communauté française. Celle-ci s'attachera à privilégier les populations fragilisées et migrantes en assurant la gratuité des vaccins de l'enfance, la disponibilité des doses mais aussi en permettant le libre choix du vaccinateur. Un bilan régulier des vaccinations ainsi que l'évaluation scientifique du programme garantira la conduite et la continuité de celui-ci.

3 - La prévention du sida et des MST

L'objectif principal est de maintenir un faible taux de personnes infectées et de réduire l'incidence du VIH et des IST pour les personnes « fragilisées » (migrants, séropositifs, homosexuels, drogués par injection et prostitués). Comment ? En mettant à disposition des outils de prévention adaptés, mais aussi en identifiant des personnes et institutions-relais pour des actions préventives, enfin en assurant la promotion de dépistages adéquats.

4 - La lutte contre la tuberculose

La Communauté française par son action de prévention vise à diminuer l'incidence de la maladie. Elle est chargée plus particulièrement des aspects de socioprophylaxie de la tuberculose, de définir les groupes à risque, d'organiser le dépistage et enfin de surveiller l'épidémiologie de la maladie.

5 - La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité

Ce programme vise à diminuer la mortalité et la morbidité liées aux traumatismes. Ce but pourra être atteint :

- en provoquant l'adhésion maximale de la population et des professionnels aux recommandations de prévention des traumatismes et de promotion de la santé en matière de sécurité;
- en développant la connaissance et la motivation des enfants, des jeunes, des personnes âgées et du grand public vis-à-vis des mesures de protection passives, de prévention des accidents et de promotion de la sécurité.

6. La promotion de la santé cardio-vasculaire

Pour contribuer à prévenir la mortalité et la morbidité liées aux maladies cardio-vasculaires, il est cohérent de promouvoir une alimentation équilibrée, la pratique d'une activité physique, de prévenir le tabagisme et ce, dès le plus jeune âge. Il convient de s'ancrer dans des politiques existantes telle la politique de promotion des habitudes saines sur les plans alimentaire et physique, mais aussi de s'adapter finement à chaque public cible.

Cette problématique doit être à l'ordre du jour pour tous les âges : de la petite enfance avec l'ONE aux adultes par des campagnes médiatiques et par une collaboration transversale des différents intervenants santé, en passant par les enfants et la famille via l'école.

7. La prévention des assuétudes

Dans une optique de promotion de la santé, la prévention a surtout pour but d'aider les sujets à trouver les ressources pour affronter les problèmes de vie, à comprendre le sens et les enjeux des questions qui se posent à eux, à faire des choix personnels en tenant compte du contexte social. Cette prévention a donc une visée fondamentalement éducative.

Elle n'est pas axée principalement sur la connaissance des produits. Elle privilégie l'analyse des représentations sociales et la compréhension des comportements liés aux produits : abstention, consommation récréative, abus, dépendance... Elle vise à ce que chacun puisse se situer par rapport à la consommation, problématique ou non, de produits illicites ou non. Ce travail se fait en concertation avec la Région wallonne et la COCOF bruxelloise puisque les préventions secondaires et tertiaires leur ont été transférées.

Le Plan communautaire opérationnel en pratique

Vous souhaitez mener un projet d'action dans le cadre des priorités privilégiées par la Communauté française ? Vous cherchez des partenariats ou un financement ?

Vous pouvez contacter le Centre local de promotion de la santé (CLPS) de votre arrondissement pour plus d'informations ou une aide méthodologique ³.

Vous cherchez des données (documentaires, épidémiologiques...), vous souhaitez communiquer, travailler avec des Services PSE ?

Vous pouvez contacter un des Services communautaires de promotion de la santé, en fonction de leurs spécificités, pour une aide méthodologique ou logistique.

La Direction de la promotion de la santé de la Direction générale de la Santé peut également répondre à vos questions. Courriel : promotion.sante@cfwb.be. Internet : www.sante.cfwb.be. Vous trouverez notamment sur ce site les textes complets du Programme quinquennal 2004 – 2008 (28 pages) et du Plan communautaire opérationnel (47 pages).

Les Services de promotion de la santé à l'école

Une médecine scolaire avec des missions mieux adaptées à l'épanouissement des enfants et aux écoles d'aujourd'hui

Jusqu'en juin 2002, la médecine scolaire était organisée sous le nom d'Inspection Médicale

Scolaire (ou IMS). La Communauté française a adopté un décret Promotion de la santé à l'école qui actualise les missions des anciens services d'IMS. Ces équipes s'appellent maintenant "Services de la promotion de la santé à l'école" ou "Services PSE".

Ce décret traduit une approche plus large de la santé. Car être en bonne santé, ce n'est pas seulement ne pas être malade. Le bien-être de l'enfant dépend de la manière dont il vit avec ses amis, ses parents, ses enseignants, dans son quartier et son école. Le décret veut soutenir les approches collectives en faveur d'un environnement scolaire agréable et respectueux de chacun, où l'on peut échanger, communiquer, se sentir bien.

En résumé, le Service PSE peut :

- proposer des bilans de santé et les vaccinations de base recommandées aux élèves;
- gérer les situations liées à l'apparition de maladies infectieuses dans l'école;
- promouvoir des actions en faveur de la santé dans l'école.

Examens médicaux et vaccinations

Des bilans de santé sont proposés à tous les enfants à certains moments de leur scolarité : en 1^{re} et 3^e maternelle; en 2^e, 4^e et 6^e primaire; tous les 2 ans en secondaire, à partir de la 1^{re} année d'entrée dans une Ecole supérieure.

Ces moments de rencontre avec le médecin scolaire permettent de dépister certaines maladies touchant les enfants et les adolescents et de proposer les vaccinations recommandées. Un rapport est adressé aux parents, à qui il est conseillé, si nécessaire, de consulter le médecin traitant de l'enfant.

Gérer les situations liées à l'apparition de maladies infectieuses dans l'école

Le Service PSE est en charge de la prévention de la transmission des maladies infectieuses au sein de l'école.

En début d'année scolaire, les parents reçoivent de la direction de l'école une liste de maladies

transmissibles ainsi qu'un certificat médical type. Le médecin traitant d'un élève, lorsqu'il diagnostique une des maladies de la liste des maladies transmissibles, informera à l'aide de ce document, dans le respect du secret médical, le médecin responsable de l'école. Celui-ci prendra les mesures utiles pour éviter ou réduire le risque d'une épidémie au sein de l'école.

Trois affections exigent que l'on prenne des mesures de protection immédiates : la diphtérie, les infections à méningocoques (dont la méningite) et la poliomyélite. Chacune de ces infections constitue une urgence sanitaire à communiquer dans les 24 heures à la Direction d'école, qui avertira le Service PSE et/ou le Centre PMS de la Communauté française. Pour réagir à ces urgences sanitaires, chaque Centre ou Service PSE s'organise pour prendre les mesures adéquates dans les plus brefs délais.

Promouvoir des actions en faveur de la santé dans l'école

L'enfant, comme l'enseignant, passe beaucoup de son temps à l'école. Le bien-être et la santé de l'enfant passent donc par l'agrément et la qualité de ce milieu de vie. Il est inutile de souligner l'importance d'un bon climat de relations entre les enfants, et entre ceux-ci et leurs enseignants. Une attention doit aussi être portée aux locaux, de la cantine aux toilettes en passant par les classes, la cour de récréation, la salle des professeurs. Il faut veiller à ce que ces lieux soient accueillants, sûrs, propres. Les abords des écoles nécessitent une égale vigilance.

Le Service PSE a reçu pour mission d'inciter à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être à l'école, dans le respect des différences de chacun.

Ce résumé du Plan communautaire opérationnel a été réalisé avec la collaboration d'Anne Boucquiau (Cabinet Ministre de la Santé), Roger Lonfils (DG santé) et Patrick Trefois (Question Santé)

³ Voir le document encarté dans ce numéro.

OUTIL

Les coups de cœur de l'Outilthèque-santé

L'Outilthèque-santé ¹ est un centre de référence de jeux et d'outils pédagogiques en promotion de la santé, géré par le service Promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités sociales et subsidié par la Communauté française. Son objectif est de développer un processus

d'assurance de qualité autour de ces outils, en vue d'augmenter le nombre et la validité scientifique et pédagogique des outils de prévention. Ces informations sont accessibles sur internet via le site www.pipsa.org. Depuis janvier 2000, une Cellule pluridiscipli-

¹ Pour une description plus complète de l'Outilthèque et du fonctionnement de la cellule d'experts, voir SPIECE C., La Cellule d'experts de l'Outilthèque-santé, paru dans *Education Santé*, n° 172, septembre 2002. Lire aussi du même auteur *Quels outils en promotion de la santé ?*, *Education Santé* n° 210, mars 2006. L'Outilthèque se trouve exclusivement sur le site <http://www.pipsa.org>.

naire d'experts se réunit régulièrement pour évaluer des outils pédagogiques et rendre un avis nuancé sur leurs possibilités d'exploitation. Les experts disposent pour cela d'une grille de lecture et de critères de qualité à la fois **scientifiques** (rigueur et pertinence), **psychopédagogiques** (implication individuelle et/ou collective et construction de l'apprentissage) et **formels** (esthétique, originalité...).

Des **critères de qualité supplémentaires** (cohérence interne, attractivité, interactivité, présence d'une méthodologie d'exploitation, caractère soutenant pour la promotion de la santé) per-

mettent, après pondération, d'attribuer ou non, la mention "**coup de cœur**" à l'outil analysé.

Dans cette rubrique Outils, nous voulons mettre ou remettre en évidence ces outils ayant obtenu la mention "**coup de cœur**".

La structure de présentation d'un outil est identique à chaque parution dans cette rubrique : nous présentons d'abord brièvement l'outil tel que son promoteur l'a décrit, avant d'arriver au vif du sujet, l'avis de la Cellule d'experts, lui-même subdivisé en

- une description de l'outil tel que les experts l'ont analysé;

- les objectifs qui ressortent de l'analyse;
- le public-cible auquel l'outil s'adresse;
- le texte de l'appréciation rédigée en commun par les experts;
- l'utilisation conseillée.

Pour toute information sur la cellule d'experts et l'attribution des coups de cœur, rendez-vous sur le site www.pipsa.org. Vous pouvez aussi contacter le Service Promotion de la santé de l'UNMS à l'adresse suivante : rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles. Tél. 02 515 05 85.

MVA

Le chemin de Tête-en-l'air

Description

Cet outil est constitué d'un cédérom pour les enfants et d'un livret d'accompagnement pour l'adulte : il s'agit d'exercer les compétences des enfants pour circuler en sécurité à pied, à vélo, ou comme passager.

Le contenu est très ludique : à partir de la chambre de Tête-en-l'air, des missions sont proposées. Lorsqu'elles sont réussies, le joueur gagne des « jetons-jeu » qui lui permettent de se mesurer à une console...

Les différentes ressources du support multimédia sont tour à tour utilisées : graphismes et animations 2D et 3D, photos, sons, vidéo...

Les activités proposées sont de difficulté croissante : les jeux les plus simples et/ou concernant les notions de base sont proposés en premier.

Deux modes de fonctionnement sont proposés : 1) Parcours libre. L'enfant accède aux différentes activités du cédérom via un menu graphique convivial. Il est encouragé à poursuivre son exploration par le versant ludique (ses progrès lui permettent d'accéder à un nombre croissant de jeux). Par ailleurs des incitations lui sont délivrées régulièrement, afin d'orienter sa progression.

2) L'interface « enseignant » permet un accès plus précis à des séquences pédagogiques particulières. Elle permet également de visualiser les parcours enregistrés de chaque enfant, renseignant sur les difficultés éventuellement rencontrées.

Éditeur - promoteur de l'outil : 2J Média, Europôle méditerranéen de l'Arbois BP28, F- 13545 Aix-en-Provence Cedex 4.

Tél.: +33 (0)4 42 90 80 06.

Fax : +33 (0)4 42 90 70 02.

Courriel : info@jeandelaterre.com.

Internet : <http://2jmedia.com>

L'avis des experts

La cellule d'experts de l'Outilthèque-santé gérée par le service Promotion de la santé de l'Union

nationale des mutualités socialistes, a octroyé la mention "**coup de cœur**" à cet outil.

Description

Ce cédérom est composé de deux interfaces :

- une interface interactive pour l'enfant, qui nous plonge dans la chambre de Tête-en-l'Air, où la majorité des éléments présents constituent des liens, menant à des animations interactives, des interventions vidéo d'un adulte pour accompagner la progression de l'enfant, des témoignages, mises en situations...
- une interface « dossier » en version pdf, destinée à l'enseignant, et composée de 3 parties imprimables : fiches projet (présentation, enfant piéton, passager et rouleur), fiches ressources pour des activités pédagogiques (réglementation, signalisation, évaluation...) et des documents annexes (textes officiels).

Objectifs

Prendre connaissance d'informations nouvelles telles que certains panneaux, règles de priorités, distances d'arrêt, différents éléments de la chaussée.

Prendre conscience des situations de sécurité sur la route.

Développer sa capacité à prendre en compte une multiplicité de facteurs liés à la route.

Se positionner par rapport aux règles de sécurité en vigueur en tant que piéton, passager et cycliste.

Public cible

7-10 ans.

Appréciation

Ce cédérom semble être un bon outil pour aborder avec les enfants la route et la complexité de son environnement.

Les deux interfaces disponibles en font un outil pédagogique intéressant.



En utilisation individuelle, l'enfant a la possibilité d'évoluer à son propre rythme, à travers des jeux, des vrais ou faux, des mises en situations, d'être corrigé, de pouvoir recommencer ou accéder à un niveau plus complexe d'exercice ou de jeu. Par ses bonnes réponses, il collecte des jetons lui permettant de rejouer.

De plus, les différentes techniques d'apprentissage utilisées favorisent la mémorisation des informations.

L'interface destinée à l'enseignant présente de nombreuses possibilités d'exploitation et permet la mise sur pied de projets à long terme.

Les promoteurs évoquent l'implication des parents dans l'apprentissage de la circulation mais ceux-ci ne sont pas abordés.

Tête-en-l'Air est présenté seul, sans lien avec ses parents, dans une chambre qui semble correspondre à un stéréotype de milieu aisé financièrement (TV, vidéo, ordinateur, téléphone...) avec un certain contraste par rapport au reste du milieu (la rue, le quartier, la cité... environnement socio-économique moyen à modeste).

La qualité de navigation est bonne et les moyens utilisés sont fort diversifiés : vidéo, graphisme, dessin, photographie, compositions sonores, fond musical...

Utilisation conseillée

En classe, en lien direct avec les multiples possibilités d'exploitation proposées, dans le cadre d'un projet à long terme.

L'hépatite C en Belgique.

Comment améliorer le dépistage et la prévention ?

L'hépatite C est un problème majeur de santé publique à travers le monde. Il y aurait environ 170 millions de personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC), soit environ 3 % de la population.

En Belgique, la prévalence de l'hépatite C est d'environ 1 %.

La transmission du virus se fait essentiellement par voie sanguine. L'injection de drogue par voie intraveineuse est actuellement le mode de contamination le plus fréquent et environ 80 % des personnes toxicomanes par voie intraveineuse sont contaminées.

Le dépistage de l'ensemble de la population est coûteux et peu rentable. Il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C. Mais on peut actuellement guérir de la maladie. Un traitement efficace est disponible en Belgique depuis 2002. Il est basé sur la thérapie combinée interféron pégylé et ribavirine.

En Belgique, l'hépatite C relève des compétences des Ministres fédéral, communautaire et régional. Mais les mesures nécessaires à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de cette maladie ne sont pas très structurées. Depuis quelques années, on a pu

se rendre compte à travers la presse d'un certain nombre de revendications de patients et d'interpellations adressées aux décideurs politiques.

Concernant l'information des Belges, une enquête avait été menée en janvier 2004 auprès d'un groupe représentatif de 1000 Belges de plus de 15 ans¹. Cette enquête visait à évaluer la connaissance et les perceptions des Belges à l'égard de cette infection. Les résultats suivants ont été mis en évidence :

- plus d'un Belge sur deux ne connaît pas l'hépatite C ;
- la grande majorité des Belges ignore ou sous-estime sa prévalence : seuls 12 % l'estiment à 1/100 ;
- 45 % des Belges pensent qu'il existe un vaccin permettant de prévenir l'hépatite C ;
- 1 Belge sur 6 ignore que l'on peut guérir de l'hépatite C ;
- 72 % des Belges perçoivent l'hépatite C comme une maladie très et moyennement grave ;

¹ Enquête menée par l'INRA à la demande de Schering-Plough.

- 6 Belges sur 10 ignorent le mode de transmission de VHC ;
- informés de la gravité et de la fréquence de l'hépatite C, 89 % des Belges pensent que le gouvernement devrait lancer des campagnes de dépistage et d'information, comme c'est le cas dans de nombreux autres pays occidentaux.

En mai 2005, le Cabinet de la Ministre de l'enfance, de l'aide à la jeunesse et de la santé en Communauté française de Belgique a mandaté l'Unité RESO de l'UCL pour réaliser un état des lieux des données épidémiologiques et des recommandations récentes en termes de prise en charge des patients infectés par le virus de l'hépatite C. Outre la documentation de ces aspects, le présent dossier vise également à faire le point sur les stratégies de dépistage et de prévention préconisées par les experts belges et étrangers.

RENARD F., AUTIER M., DOUMONT D., *L'hépatite C en Belgique. Comment améliorer le dépistage et la prévention ?*, UCL RESO, Bruxelles, juin 2005, (Série de dossiers techniques; réf.: 05-34), 27 pages.

Grossesse et boissons alcoolisées

Quels messages et recommandations proposer ?

La consommation de boissons alcoolisées, même modérée, pendant la grossesse présente des risques pour l'enfant à venir (troubles neuro-développementaux pouvant être responsables de déficits intellectuels, cognitifs, psychosociaux, etc.).

Il est toutefois possible de prévenir à 100 % l'apparition de tels risques par l'adoption de modes de vie sains.

A ce jour, il n'existe pas de données scientifiques fiables permettant "d'assurer" un seuil en deçà duquel l'alcool ne serait pas préjudiciable pour le fœtus. Il est donc recommandé (avec certaines nuances toutefois) aux femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse d'éviter la prise de boissons alcoolisées durant toute la grossesse.

Les professionnels de santé ont un rôle important à jouer dans l'accompagnement des futures

mamans et des femmes enceintes, notamment en leur fournissant toutes les informations nécessaires sur les effets néfastes de comportements à risque tels que la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Ce dossier technique a été réalisé à la demande du Centre d'éducation du patient, et a servi de support à la préparation de la conférence d'introduction à la Semaine de la promotion de la santé du nourrisson et de la famille (1^{er} au 7 octobre 2005) et à la mise sur pied de la campagne Alcool et maternité.

Il s'intéresse tout particulièrement aux éventuelles campagnes de prévention déjà mises en place dans différents pays, aux recommandations proposées aux experts, aux dispositifs mis en place et aux stratégies développées. DOUMONT D., LIBION F., *Grossesse et boissons alcoolisées : quels messages et*

recommandations proposer ?, UCL RESO, Bruxelles, août 2005, (Série de dossiers techniques; réf.: 05-35), 41 pages.

Les dossiers techniques sont consultables sur le site

<http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso>.

Ils peuvent aussi être commandés à l'adresse suivante :

UCL, Faculté de médecine -
Ecole de santé publique,
Unité d'éducation pour la santé RESO,
avenue Mounier 50,
1200 Bruxelles.

Contact : M^{me} Dominique Doumont,
tél. 02 764 50 76,
courriel : dominique.doumont@reso.ucl.ac.be.

Documentation en promotion de la santé à Bruxelles

Trop souvent, le grand public, les étudiants ou les professionnels ne savent pas où s'adresser pour leurs demandes de documentation dans le domaine de la promotion de la santé.

Pourtant, assurer une réponse optimale aux demandes ou orienter fructueusement une recherche font partie intégrante des objectifs des professionnels de la documentation et de l'information.

L'idée d'un Réseau bruxellois de documentation en promotion de la santé est née avec la volonté d'associer les centres de documentation de Bruxelles et de mettre sur pied un sys-

tème de partage de l'information, de diffusion des connaissances et d'échange sur la documentation. Ce Réseau s'est ainsi constitué en mars 2000, sur base d'une collaboration volontaire et d'une étroite collaboration entre les partenaires.

Il publie, avec l'aide de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale, un répertoire présentant chaque centre de documentation, l'éventail des services proposés, les types de documents disponibles, l'accueil et les conditions d'utilisation.

Le Réseau dispose également d'un site internet, www.rbdsante.be, sur lequel on retrouve les coordonnées des partenaires, avec les liens vers leur site, ainsi qu'une liste des périodiques consultables chez eux.

Pour tout renseignement sur le RBDSanté, contactez Mourad Benmerzouk, Centre de documentation santé Bruxelles, partenaire du Centre local de promotion de la santé, avenue E. de Beco 67, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 639 66 88. Fax : 02 639 66 86. Courriel : clps.doc@swing.be.

DONNÉES

L'affirmation de soi dans les relations amoureuses et affectives chez les jeunes

Après s'être penchée sur les méthodes contraceptives chez les jeunes¹, la Fédération des centres de planning familial des Femmes prévoyantes socialistes a souhaité étudier les relations amoureuses et sexuelles des adolescents. Les auteurs ont voulu observer l'affirmation de soi dans les relations amoureuses et affectives – au sens large – des jeunes, en les interrogeant sur les perceptions de leurs propres comportements.

Selon la Charte d'Ottawa, *la santé résulte aussi de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie*. Le bien-être des jeunes, comme de tout un chacun, passe donc par le fait de poser ses limites et de se sentir maître de ses décisions, ce qui fait partie de l'affirmation de soi.

Et travailler avec les jeunes sur l'affirmation de soi dans le respect d'autrui, c'est permettre de lutter efficacement contre la violence entre partenaires, ce qui fait également partie de la mission de la Fédération des centres de planning familial des FPS.

La population-cible de l'étude se compose d'adolescents des deux sexes, de 13 à 21 ans.

Ces jeunes ont été interrogés via les centres de planning lors d'animations dans les écoles (dans 85 % des cas), ou dans les salles d'attente des centres de planning (pour 15 % d'entre eux). 667 questionnaires ont été remplis, parmi lesquels 650 ont été retenus.

Les résultats sont issus de Wallonie et de Bruxelles. En voici une synthèse.

Les résultats de l'enquête

Les relations amoureuses et sexuelles

Les jeunes interrogés ont dit avoir une vie sexuelle active pour un grand nombre d'entre eux (59,9 % des jeunes interrogés disent avoir déjà vécu un rapport sexuel) et ce, en moyenne depuis l'âge de 15 ans. 91 % des jeunes sexuellement actifs ont aussi connu plusieurs expériences et parfois plusieurs partenaires. La sexualité demeure, pour de nombreux jeunes, un élément important du couple (avec la confiance et le respect), plus pour les garçons que pour les filles.

85 % des jeunes disent avoir employé un moyen de contraception lors du premier rapport sexuel. Il est donc nécessaire de rester vigilant quant au travail de sensibilisation à la contraception, aux maladies sexuellement transmissibles et au sida pour les 15 % de jeunes qui ne se sont pas protégés mais aussi pour ceux qui n'emploient pas la "règle des deux P" (pilule et préservatif). Les filles se disent plus fermes que les garçons



quant à l'emploi du moyen contraceptif de leur choix, tout en ayant des difficultés à aborder la question avec leur partenaire. Les garçons déclarent quant à eux en parler facilement.

Il est intéressant de noter que 4,6 % des jeunes de l'échantillon ont déjà vécu des expériences homosexuelles, dont une plus grande proportion de filles.

1 Les méthodes contraceptives chez les jeunes, enquête menée auprès des 13-21 ans par la Fédération des centres de planning familial des Femmes prévoyantes socialistes, mars 2005, Bruxelles. Voir l'article 'La contraception des jeunes sous la loupe', paru dans *Education Santé* n° 204, septembre 2005, pp.15-16.

Concernant l'affirmation de soi dans les relations sexuelles, cette enquête a pu montrer que les garçons se sentaient plus que les filles 'obligés' au rapport sexuel. En effet, 1 garçon sur 2 dit avoir des difficultés à refuser un rapport sexuel sans le moyen de contraception de son choix, voire renoncer à refuser le rapport; 2 garçons sur 5 expriment leurs difficultés à refuser une pratique sexuelle qui les dérange.

Les filles éprouvent des difficultés lorsqu'il s'agit de parler de contraception ou de ce qui leur ferait plaisir lors des rapports sexuels. Elles disent plus facilement pouvoir refuser des rapports sexuels qui ne leur conviennent pas.

Retenons qu'un jeune sur 10 déclare ne pas pouvoir refuser une pratique sexuelle qui le dérange et presque 1 jeune sur 5 déclare poser ce refus difficilement. 1 jeune sur 10 déclare également ne pas pouvoir choisir librement le moment et la personne avec qui avoir des relations sexuelles. Il est encore nécessaire de souligner que 22,4 % des jeunes de l'enseignement professionnel disent ne pas pouvoir refuser un rapport si la contraception utilisée ne leur convient pas, alors qu'ils sont 13,5 % dans l'enseignement technique et 7,85 % dans l'enseignement général.

Enfin, il semble plus facile pour les plus âgés d'exprimer ce qui leur ferait plaisir : 63,7 % des 17-21 ans osent le faire contre 50,5 % des 13-16 ans.

Les relations amicales et la confiance en soi

Les jeunes semblent globalement capables de s'affirmer dans les relations avec leurs amis (sans différence fille/garçon). 7 jeunes sur 10 jugent pouvoir identifier leur propre sentiment de désaccord avec une opinion ou une situation, ce qui constitue une des bases de l'affirmation de soi.

Les jeunes sont donc majoritairement enclins à exprimer de manière naturelle un refus à leurs amis, y compris à propos d'actions qui ne leur plaisent pas, sans différence entre les sexes. Au vu de cette enquête, s'affirmer envers ses amis semble plus 'simple' que s'affirmer envers le partenaire dans les relations intimes.

1 jeune sur 2 a également déclaré avoir toujours ou souvent confiance en lui. Les filles sont toutefois plus nombreuses à avoir moins confiance en elles. 1 fille sur 2 dit n'avoir jamais ou seulement parfois confiance en elle. Les garçons manifestent par contre une grande confiance en eux avec 3 garçons sur 5 se disant souvent ou toujours confiants en eux-mêmes. Les filles sont également plus nombreuses à ne pas s'accepter comme elles sont (1 fille sur 10 dit ne jamais s'accepter telle qu'elle est), alors que les garçons sont deux fois plus nombreux qu'elles à s'accepter tels qu'ils sont.

A comme Ados

Les filles et les garçons ne se comportent pas de la même manière. Chacun a ses propres désirs, ses raisons pour vivre un premier rapport, ses limites. Chacun doit pouvoir exprimer tout cela, choisir les moments et les personnes avec qui il veut le vivre, sans pression.

Toutes ces questions qui traversent l'esprit des adolescents, particulièrement sur tout ce qui tourne autour de l'amour, sont bien compliquées. Les réponses viendront avec le temps, au fil des rencontres et des expériences.

En attendant, ils trouveront déjà quelques éléments de réponses dans la brochure "A comme Ados", dont le but essentiel est de pousser les jeunes sur le chemin de l'affirmation de soi et du bien-être, à travers différents thèmes comme l'amitié, l'amour (sentiment ou amour physique), la contraception, la grossesse, l'IVG, la jalousie,

l'orientation sexuelle, les règles, et bien d'autres encore.

Le but des auteurs n'est pas de donner des solutions toutes faites mais plutôt que le jeune y trouve des idées, des témoignages, des repères, sans y voir un modèle à suivre. La brochure est issue de la collaboration entre le MJT - Espace jeunes et la Fédération des centres de planning familial des Femmes prévoyantes socialistes.

Elle est disponible

- dans les guichets de la Mutualité socialiste et les Centres de planning familial des FPS
- par courrier adressé à l'Union nationale des mutualités socialistes, Département Communication, rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles, par téléphone au 02 515 05 59, ou par courriel à unms@mutsoc.be
- elle peut aussi être téléchargée sur www.mutsoc.be.

Les jeunes ont également parlé de ce qu'ils aimeraient changer en eux. Le physique (taille, poids, corps...) et le caractère sont les éléments les plus cités. 1 jeune sur 5 dit ne rien vouloir changer en lui.

Au vu de toutes ces réponses, l'enquête a montré que trois quarts des jeunes disent s'affirmer de manière forte tant dans les relations sexuelles qu'affectives. Aucune différence n'apparaît entre les garçons et les filles. Ceci est dû au fait que leurs réponses s'équilibrent différemment : les filles sont moins confiantes en elles alors que les garçons posent moins facilement leurs limites dans les rapports sexuels.

Vers des relations égalitaires

Les différences soulevées entre les sexes tout au long de cette enquête ont amené les auteurs à réfléchir sur la raison des comportements stéréotypés ressortant de l'étude.

Dans une perspective de genre, c'est-à-dire du sexe social et non biologique, ils rappellent que l'obligation de 'performance' pour les garçons et la 'timidité' et l'attitude plus réservée pour les filles ne paraissent pas dus au hasard. Ces représentations sont le fruit de la socialisation différenciée inculquée aux jeunes depuis l'enfance. A l'adolescence, les jeunes construisent leur identité en se référant aux caractéristiques socialement attribuées à chaque genre. Aux filles la sensibilité et la réserve, aux garçons l'action et la performance.

Ces disparités sont malheureusement la source de relations inégalitaires entre les genres, for-

mant elles-mêmes le terreau pour l'apparition de la violence dans les couples, aussi jeunes soient-ils. La lutte contre les stéréotypes – y compris dans l'affirmation de soi – reste encore actuelle dans la perspective de l'instauration de relations égalitaires entre les sexes, permettant aux individus de s'épanouir pleinement, et ensemble.

Les auteurs veulent conclure sur une note positive, en rappelant que pour de nombreux jeunes, les trois éléments importants du couple sont le respect, la confiance et la sexualité. Les notions de respect de soi et de l'autre ainsi que de confiance sont donc bien présentes pour les adolescents. Ce constat montre d'une part que les jeunes aspirent à des relations égalitaires et d'autre part il témoigne du fait que ceux-ci associent plus qu'ils ne séparent l'affect et une sexualité épanouie.

Sur base du dossier de presse de la Fédération des centres de planning familial des FPS.

HERBIGNIAUX F., THAI Y., *L'affirmation de soi dans les relations amoureuses et affectives chez les jeunes – enquête menée auprès des 13-21 ans par la Fédération des centres de planning familial des Femmes prévoyantes socialistes, mars 2006, 42 pages.*

Pour tout renseignement :

1-2 place Saint-Jean, 1000 Bruxelles.

Tél.: 02 515 04 89. Courriel : cpf@mutsoc.be.

Découvrir l'amour et la sexualité



Photo © Isopix

L'adolescence conduit le jeune de l'enfance à l'âge adulte. Le corps se transforme. Une nouvelle identité se construit. L'ado se cherche de nouveaux points de repères hors de la cellule familiale. Il s'éveille à la sensualité et à la sexualité. Martine Goffin, psychothérapeute et psychanalyste au Département adolescents et jeunes adultes du Service de Santé Mentale Chapelle-aux-Champs nous apporte son éclairage.

Cet article est paru précédemment dans *En Marche*, le bimensuel des Mutualités chrétiennes, n° 1341, avril 2006 (www.enmarche.be).

En Marche : Comment les adolescents vivent-ils leurs premières rencontres amoureuses ?

Martine Goffin : Les adolescents vivent souvent l'état amoureux sur le mode de la passion. La relation amoureuse peut durer une journée, plusieurs années, voire toute la vie. Ce qui fait la richesse de l'adolescent, c'est que les choses ne se fixent pas, mais se cherchent. Le jeune peut vivre des choses très intenses qui peuvent retomber rapidement. Cette intensité est nécessaire pour pouvoir en retirer les éléments essentiels à la construction, par la suite, d'une relation riche qui va tenir la route.

Au début, toute relation amoureuse est toujours très fusionnelle. Dans la durée, le couple

va pouvoir s'appuyer sur cette fusion. Mais il ne faudrait pas que cette fusion s'éternise et que le couple se referme sur lui-même en se coupant du monde entier. Dans un couple fusionnel, on voit l'autre comme étant un double de soi ou on voit dans l'autre la réponse à ce qui nous manque. C'est une sorte de complétude. Mais c'est un leurre de croire que l'autre va pouvoir combler totalement ce qui nous manque. Pourtant, c'est bien là-dessus que s'appuie la relation amoureuse. Passé le temps de fusion, il y a un moment de désillusion où on découvre l'autre avec ses manques. C'est cet écart qu'il faut apprendre à supporter dans une relation pour qu'elle puisse durer.

EM : Aujourd'hui, quel est l'âge moyen des premiers rapports sexuels ?

MG : L'âge moyen des premiers rapports sexuels n'a pas changé. Ce qui a changé, ce sont les écarts par rapport à cet âge moyen. Il y a des jeunes qui vivent leur première expérience sexuelle de plus en plus tôt. Par contre, un nombre croissant d'adolescentes retardent le moment de la première relation sexuelle et ont des difficultés à faire une rencontre, à cause du contexte de banalisation de l'acte sexuel. En effet, la société véhicule l'image d'une sexualité utilisée comme un objet de consommation. Cela entraîne pour certaines filles le refus d'être un objet sexuel et d'entrer dans cette logique marchande.

EM : La conception de la relation amoureuse est-elle la même pour les filles et les garçons ?

MG : En général, le garçon accède au sentiment amoureux à travers la relation physique. La fille, quant à elle, accède à la rencontre physique par le sentiment amoureux. On constate donc une dissymétrie dans la rencontre entre la fille et le garçon. Il s'agit d'une dissymétrie essentielle dans les rapports entre les hommes et les femmes.

Par ailleurs, les filles ont très souvent le sentiment qu'il y a quelque chose à donner absolument au garçon et qu'il faut passer par les rapports sexuels pour garder un garçon. Elles ont du mal à se soustraire au désir de l'autre, ce qui les piège dans la sexualité. Le discours social ambiant accentue encore davantage cette disponibilité des femmes.

EM : Quel rôle les parents peuvent-ils jouer par rapport à la sexualité de leurs enfants ?

MG : Je suis très sceptique sur le fait que les parents puissent avoir un rôle à jouer dans l'accès à la sexualité et à la vie amoureuse de leurs ados. En prenant soin de leurs enfants dès le plus jeune âge, à travers leurs gestes, leurs comportements, la manière dont ils ont respecté le corps de leur enfant, les parents ont déjà fait passer toute une série de choses.

Au moment de l'adolescence, le mieux qu'aient à faire les parents, c'est d'être à l'écoute de l'adolescent si celui-ci a envie de parler. Cependant, une intimité doit être respectée par rapport à ce qu'on peut se dire entre parents et enfants. A un moment donné, il vaut mieux qu'on ne se dise plus tout. Je sais que cela va à l'encontre du principe actuel prônant la communication selon laquelle tout doit se dire, s'entendre, se savoir. Mais cela fait des dégâts.

Le respect de l'intimité et de la frontière entre les générations favorise le fait que l'adolescent se prenne en charge, se respecte, comprenne la valeur de son histoire personnelle, sans être dans un collage avec ses parents. La construction de l'intimité est essentielle et commence déjà avant l'adolescence. Les parents ont aussi

Classiquement, on définit l'entrée dans l'adolescence par l'irruption de la puberté, laquelle consiste en la transformation du corps de l'enfant pour devenir un corps adulte. Ces transformations physiques viennent perturber complètement l'identité que l'enfant avait de lui-même.

Les adolescents passent d'ailleurs beaucoup de temps à se regarder dans le miroir parce qu'ils doivent se réapproprier une image devenue étrangère à celle qu'ils avaient d'eux-mêmes.

D'autre part, le jeune se découvre un appareil génital lui permettant d'assurer la sexualité génitale et de procréer. L'adolescent est donc traversé par un émoi pulsionnel

entraînant un questionnement intense sur lui-même, sur ce qu'il recherche, sur le sens de la vie, de la mort, sur son identité de futur homme ou de future femme.

On parle de crise d'adolescence parce que l'irruption de la puberté fait vaciller l'équilibre antérieur de l'enfant. Il va devoir effectuer un travail d'élaboration psychique pour apprendre à canaliser tout ce qui déborde et trouver le moyen de stabiliser les choses. Dans ce mouvement pubertaire, l'adolescent commence à s'appuyer sur ses propres repères et non plus seulement sur ceux que lui ont transmis ses parents. Pour cela, il va chercher de nouveaux repères à l'extérieur de la cellule familiale.

à être respectueux du fait que tout ne leur revient pas et ne leur appartient pas.

EM : Comment les parents peuvent-ils réagir lorsque leur fille émet le désir de prendre la pilule ?

MG : D'une manière générale, le jeune s'arrange pour vivre sa sexualité sans en informer ses parents. Il faut savoir que derrière la demande banale d'un comprimé ou d'une pilule, il y a tout autre chose qui est en train de se dire. La jeune fille vient dire à ses parents qu'elle est adolescente, qu'elle a une sexualité et qu'elle veut la vivre. Parfois, elle vient presque demander à ses parents l'autorisation de grandir et de pouvoir vivre sa sexualité.

Les jeunes veulent entendre quels sont les repères et les valeurs de leurs parents. Il ne faut pas éviter ce débat en répondant trop vite par oui ou non à la demande de pilule. Les parents doivent pouvoir dire ce qu'ils pensent et quelles sont leurs valeurs. C'est surtout l'occasion pour les parents de transmettre quelque chose de ce qui les fonde, eux.

EM : Comment les adolescents envisagent-ils leur avenir ? Rêvent-ils leur future vie de couple ?

MG : Le rêve est un travail d'élaboration psychique fondamental. Le jeune se projette dans l'avenir et essaie d'anticiper ce qu'il sera. De nos jours, de nombreux adolescents ont énormément de mal à se penser dans l'avenir, à penser leur avenir. Pour certains, il devient compliqué de rêver. Ce que j'entends de plus en plus chez les adolescents, c'est leur difficulté à quitter le cocon familial. Les parents, en étant toujours à l'écoute, en choyant leurs enfants, en acceptant que le petit couple vienne nidifier à la maison, ne donnent pas envie au jeune de quitter la maison et compliquent le passage vers l'autonomie. La construction d'un couple et les relations sexuelles font partie des choses qui donnent accès au stade adulte et à l'autonomie. Les

parents n'ont pas à favoriser l'installation de jeunes couples chez eux. Accepter cela, c'est leur faire rater une étape importante.

On constate également que les jeunes ont du mal à s'engager dans le couple. La logique de la société actuelle veut que l'on puisse tout consommer dans l'immédiat, profiter de tout, que la liberté est totale et que nos actes sont sans conséquences. Dans ce sens, notre société n'encourage plus l'engagement, lequel suppose aussi le renoncement à certaines choses. Un autre élément venant mettre les adolescents en difficulté se rapporte à l'attitude de parents divorcés qui se remettent à avoir des rencontres amoureuses. Le jeune voit alors son père ou sa mère comme il ne les voyait plus, c'est-à-dire en plein émoi amoureux. Dans la tête des jeunes, les parents leur apparaissent comme relativement déssexualisés et assagis. L'adolescent, déjà tellement éveillé par ses propres émois pulsionnels, et qui voit ces mêmes émois chez ses parents peut en être très perturbé. Quand les parents redeviennent adolescents, ils risquent d'effacer la différence entre les générations et c'est comme si les jeunes ne pouvaient pas accéder à leur sexualité ni à leur tranche d'âge. Les repères sont tout à fait faussés, cela crée des pannes chez les jeunes.

EM : Enfin, quel conseil pouvez-vous donner aux parents d'adolescents ?

MG : Je leur dirais de se faire le plus discret possible, afin que le jeune puisse faire son chemin. Les parents ont à rester à l'écoute de leurs ados, mais pas trop, car tout n'est pas à dire. Il ne faut surtout pas être intrusif dans l'intimité du jeune, mais il est important de baliser les choses et de s'autoriser à la confrontation, à dire non quand on pense non, même si on passe pour ringard.

Propos recueillis par Colette Barbier

Sexualité des adolescentes

Un état des lieux en Wallonie et à Bruxelles

La vie affective et sexuelle des adolescentes est décidément à l'avant-plan ces derniers temps: la Ministre Catherine Fonck a présenté en mai dernier une étude sur ce thème.

En Belgique, il n'y a pas de relevé synthétique des données sur la vie affective et sexuelle des jeunes femmes, et sur les domaines connexes : fécondité, contraception, grossesses et interruptions de celles-ci, infections sexuellement transmissibles, violences liées au genre. Tout se fait en ordre dispersé, rarement pour le même groupe de la population ou pour une même catégorie d'âge.

Il est donc bien difficile pour les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé d'avoir une vue d'ensemble de la problématique.

Des chercheurs de différents horizons¹ se sont pourtant attelés à la tâche : ils ont réalisé une synthèse des informations existantes en se concentrant sur les adolescentes âgées de 10 à 17 ans. Il s'agit soit de données déjà publiées, soit de données non publiées mais rapidement exploitables issues de bases de données gérées par l'Institut de démographie de l'UCL, l'École de santé publique de l'ULB, l'Agence intermutualiste, l'Office de la naissance et de l'enfance et l'Institut scientifique de la santé publique.

Les données présentées peuvent être rarement comparées directement entre elles, en raison des différences de variables étudiées ou de la méthodologie utilisée (définition de la situation à étudier, tranche d'âge, lieu de résidence, année d'étude, qualité de l'échantillon). Néanmoins, les chercheurs ont pu observer une certaine cohérence entre la plupart des informations, ce qui a permis des mises en perspectives, la définition de tendances et de conclusions générales fiables, menant à des recommandations pour le politique.

Quelques éléments de synthèse

L'âge moyen lors du premier rapport sexuel se situe vers 17 ans. Les adolescentes d'aujourd'hui ne sont pas plus nombreuses à avoir eu une relation sexuelle que celles d'il y a une quinzaine d'années. Par contre, un plus grand nombre parmi celles sexuellement actives déclare avoir eu une première relation avant l'âge de 14 ans. Ces adolescentes se retrouvent plus fréquemment dans l'enseignement pro-

fessionnel et dans la population issue de pays d'Afrique subsaharienne.

Les adolescentes sexuellement actives ne recourent pas suffisamment à une contraception efficace. Environ 12 à 15 % des jeunes femmes n'utilisent aucune méthode. L'utilisation du préservatif comme méthode est largement plus fréquente parmi les très jeunes femmes que parmi les plus âgées, ce qui pourrait expliquer une partie des échecs de contraception conduisant à une demande d'interruption de grossesse.

Les adolescentes font peu d'enfants, et le taux de fécondité est en diminution significative depuis la fin des années '60, tout comme dans les autres tranches d'âge. Cette diminution est parallèle à la diffusion de la contraception moderne et à l'allongement de l'obligation scolaire.

La grossesse des adolescentes est la plupart du temps liée à une **situation de précarité sociale**. Les adolescentes enceintes sont plus nombreuses en Hainaut et en Région bruxelloise; elles bénéficient d'un moins bon suivi de grossesse.

Elles mettent davantage au monde des nouveaux-nés plus fragiles, prématurés ou de petit poids. Elles pratiquent peu l'allaitement.

Les adolescentes socio-économiquement défavorisées **utilisent moins souvent les services de santé**.

Les enregistrements d'interruption volontaire de grossesse sont en hausse². Le recours à des soins pour interruption de grossesse est plus marqué parmi les jeunes femmes à faible revenu économique.

² D'après les auteurs, cela ne signifie par forcément qu'il y a plus d'IVG mais, comme pour le relevé général des IVG en Belgique, que les enregistrements sont plus systématiques et plus fiables.



Les **nouveaux diagnostics d'infections au VIH** parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont en augmentation. Elles concernent principalement les personnes originaires de pays situés au Sud du Sahara; les contacts sexuels sont également attribués à un partenaire originaire de ces pays.

Il n'est pas possible de se faire une opinion sur les **violences sexuelles** subies par les jeunes filles. L'étude montre cependant qu'une minorité de très jeunes filles ont des relations sexuelles à un âge où celles-ci sont légalement considérées comme un viol, c'est-à-dire à moins de 14 ans. Les auteurs insistent sur le manque d'informations structurées et facilement exploitables pour pouvoir élaborer une réelle politique de santé publique. Cette carence est particulièrement marquée en ce qui concerne l'utilisation des services de santé et les violences subies par les jeunes femmes.

Les projets de la Ministre

En présentant cet état des lieux, la Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé en Communauté française Catherine Fonck a rappelé les actions déjà menées en Communauté française ainsi que ses projets d'action. Des projets pilotes ont été mis sur pied par les centres de planning familial durant l'année scolaire 2004-2005. L'évaluation de ces projets porte tant sur les possibilités d'implantation que sur leur pertinence auprès des élèves, le personnel éducatif, les centres de planning, les PSE et les PMS. L'éducation à la vie sexuelle et affective est

une priorité définie dans le décret sur les PSE. Ces équipes pourront l'intégrer dans leur projet de service aux établissements scolaires, qui seront en application pour l'année scolaire 2006-2007.

La Ministre a rappelé très clairement sa volonté de généraliser à tous les niveaux scolaires des animations à la vie sexuelle et affective : pour cela il faudra prévoir une définition légale, une formation spécifique et un cadre de référence des objectifs à atteindre pour tous les animateurs.

MVA

¹ Douchan Beghin (ULB-PROMES), Claudine Cueppens (Fédération laïque de centres de planning familial), Catherine Lucet (Agence intermutualiste), Samual Ndamè (ONE), Godelieve Masuy-Stroobant (Institut de démographie de l'UCL), André Sasse (Institut scientifique de santé publique), Danielle Piette (ULB-PROMES).

Des recommandations

Elles portent sur trois dimensions.

Améliorer notre connaissance de la situation : en soutenant la collection d'informations et leur diffusion; en soutenant la recherche; en renforçant les collaborations entre les chercheurs et les acteurs de terrain; en identifiant précisément les populations et les situations à risque.

Intensifier les actions de prévention : en développant l'éducation à la vie affective et sexuelle particulièrement dans l'enseignement professionnel; en diffusant auprès des jeunes et des travailleurs médico-sociaux l'information sur la prévention et la promotion de la santé de la reproduction, et aussi sur les structures médi-

cales, sociales et associatives disponibles; en améliorant l'accessibilité aux services de santé; en tenant compte des deux priorités géographiques que sont la province du Hainaut et la région de Bruxelles-Capitale.

Prévoir le processus d'évaluation dès la mise en place des actions de prévention.

Maryse Van Audenhaege

BEGHIN D., CUEPPENS C., LUCET C., et al.

Adolescentes : sexualité et santé de la reproduction. Etat des lieux en Wallonie et à Bruxelles, Bruxelles, février 2006, 64 pages.

L'étude est disponible en ligne sur les sites des différents partenaires :

• **ULB-PROMES :** www.ulb.ac.be/esp/promes

• **Fédération laïque de centres de planning familial :** www.planningfamilial.net

• **Agence intermutualiste :** www.cin-ima.be

• **ONE :** www.one.be

• **Institut de démographie de l'UCL :** www.demo.ucl.ac.be

• **Institut scientifique de santé publique :** www.iph.fgov.be/epidemiolo/aids

Pour tout renseignement, contactez **Claudine Cueppens**, responsable du Centre de documentation de la Fédération laïque des centres de planning familiaux, 02 502 68 00 - ccueppens@planningfamilial.net

VU POUR VOUS

La campagne antitabac lancée par le FARES et la VRGT a été remarquée!

Le 23 février dernier, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique et les associations VRGT et FARES lançaient une campagne antitabac destinée aux 12-18 ans¹. Durant plus de trois mois, le slogan fort et audacieux, fil rouge de la campagne, a été vu un peu partout : médias, écoles, mouvements de jeunes.

'Soyez gentils avec les fumeurs, ils vivront moins longtemps que vous', un tel slogan ne pouvait laisser la population de marbre. Eclats de rires ou rires étouffés dans les salles de cinéma à la vue du spot publicitaire, réactions spontanées des lecteurs dans les journaux, discussions de jeunes sur leur blog... La campagne s'articulait autour de ce slogan plutôt provocant. L'agence de publicité LG&F, à la base de la campagne, ne souhaitait pas ressortir l'éternel discours accusateur; elle

voulait faire passer le message dans l'ironie et le second degré : pari réussi!

Deux spots ont été diffusés dans les cinémas et sur certaines chaînes de télévisions, deux publicités différentes ont paru dans des magazines pour jeunes, des affiches et des badges ont été distribués dans les écoles et les mouvements de jeunes, sans oublier le site internet www.aidonslesfumeurs.be.

Les réactions ne se sont donc pas fait attendre. La presse belge s'est régalée : télévisions, radios et presse écrite ont amplement couvert le lancement. La vague médiatique a même dépassé les frontières; ainsi, TF1 en a parlé sur ses antennes. Malgré une distribution importante du matériel, les écoles en ont vite redemandé. Différents mouvements de jeunes ont fait de la campagne le point de départ de leurs débats. Trois présentateurs de Plug TV ont relayé l'information dans leur propre émission. 116 jeunes intéressés par le site ont donné leur truc à eux pour arrêter de fumer.

Pour sa part, le site [aidonslesfumeurs](http://www.aidonslesfumeurs.be) aux couleurs vives et au look sympa a accueilli quelque

41.032 visiteurs, un résultat mi-figue mi-raisin, pas mal mais pas exceptionnel non plus. Les visites proviennent essentiellement du bannering (menu déroulant sur internet) qui fut très concluant : 11.499 clics en 3 semaines. Le taux de couverture (nombre estimé de contacts avec le public cible) de la campagne publicitaire a pu être quantifié : en télévision, 495.927 contacts avec le groupe cible; au cinéma, 350.761; dans la presse magazine, 182.500 et sur internet, 1.769.531 contacts. En outre, 95.000 cartes Boomerang sont parties comme des petits pains.

Par contre, pour l'instant, on peut difficilement chiffrer l'impact réel de la campagne et connaître le nombre de jeunes qui ont arrêté de fumer suite à son lancement. Tout ce qu'on peut dire en se basant sur les diverses réactions reçues est que le message a été entendu!

Michel Pettiaux, Fares

¹ Voir l'article 'Des 'Buddies' aident leurs amis à arrêter de fumer', *Education Santé* n° 211, avril 2006.

Chaque cigarette est un piège

Après 'La vérité sans filtre', une campagne 'gore' qui montrait en 2004¹ les ravages du tabac sur

nos organes, la Fondation Rodin a axé sa communication cette année sur la dépendance à la nicotine.

Le public visé cette fois : les adolescents, qui, aux dires de Rodin, n'arrivent pas à appréhender

ce concept, ni à prendre conscience de l'effet accrocheur de la nicotine, ni à se sentir concernés.

Pour relever ce défi, deux spots audiovisuels ont été réalisés, deux dessins animés de 30 secondes

¹ Voir notre article 'Evaluation d'une campagne antitabac en Belgique', *Education Santé* n° 200, avril 2005

qui mettent en scène respectivement un garçon et une fille. Un plan d'affichage urbain a renforcé le message, et un site spécifique a été mis en ligne, www.brain-tv.be.

Pour rendre le message aussi univoque que possible, les concepteurs ont recours à une vieille métaphore, des cigarettes figurant des barreaux de prison. Le moins qu'on puisse dire c'est que ce n'est pas original (voir l'illustration ci-contre, basée sur la même idée, et datant d'une bonne vingtaine d'années).

Ce qui m'a frappé en voyant les affiches sur les abribus, c'est que pour la première fois depuis longtemps, la cigarette avait de nouveau droit de cité dans l'espace urbain (la publicité n'est plus autorisée sauf sur les lieux de vente), même si c'est pour une mise en garde.

Certains, qui ont des doutes quant à la sincérité d'un travail de prévention du tabagisme financé par l'industrie, y verront sûrement malice...

CDB

Affiche de la fin des années '70, collection Oeuvre belge du cancer, extraite de l'exposition La Santé en affiches (Question Santé, 1995)



Vidéos santé : 'the' catalogue

Cela fait maintenant une vingtaine d'années que la collection Education pour la santé de la Médiathèque a vu le jour.

Pour fêter dignement (lourdement aussi, le document pèse 960 grammes!) l'événement, nous avons à nouveau droit à un catalogue à l'ancienne, c'est-à-dire imprimé, qui permet de se faire une bonne idée des richesses de la collection.

Un élément remarquable de ce projet est incontestablement le soin avec lequel la Médiathèque traque les documentaires intéressants, et puis les écarte ou les retient selon l'avis d'un comité d'experts qui s'appuie sur une grille d'analyse favorisant une approche assez objective des médias. Pour en faire partie depuis plusieurs années, je peux témoigner du vif intérêt de ces séances de sélection, qui réunissent 3 experts et un collaborateur permanent de la Médiathèque.

Ces échanges sont toujours passionnants; on n'en dira pas autant du visionnement individuel préalable des documentaires, qui alternent le bon et, plus souvent hélas, le moins bon.

Tony de Vuyst, responsable de la collection, nous confie d'ailleurs lucidement dans l'introduction du catalogue que "nous avons l'impression que même si, de façon indéniable, les facilités techniques qui sont celles que l'on connaît actuellement rendent la majorité des documents tout à fait acceptables, le fond et la qualité des messages promus par ce média restent quant à eux assez moyens, pour ne pas dire souvent très moyens. Combien de documents faut-il visionner pour tomber sur un ton original, sur une façon de filmer qui sort du traditionnel interview en voix off sur décor de service médical? Combien de documents trai-

Les thèmes développés

- Alimentation
- Approche psychosociale de la santé
- Assuétude
- Handicap
- Hygiène de vie
- Périnatalité – petite enfance
- Problème de santé
- Sécurité
- Santé mentale
- Techniques, organisation et approche psychosociale des soins
- Vie sexuelle et affective

tent-ils d'une thématique de santé publique en favorisant une approche multidisciplinaire, en mettant l'accent sur le débat contradictoire, en étayant l'aspect scientifique du propos de façon réellement rigoureuse?"

Aujourd'hui la collection comporte plus de 400 documentaires. Ce n'est pas pour autant un fond en progression constante; en effet, les médias sont régulièrement réévalués, et certains d'entre eux disparaissent après quelques années de bons et loyaux services, tout en restant souvent accessibles dans la collection générale de documentaires. La Médiathèque n'a pas vocation patrimoniale, elle ne cherche donc pas à faire un archivage complet des documentaires sur la santé produits en francophonie.

Les documents peuvent être retrouvés de trois façons : par thème (c'est l'ordre retenu pour la présentation des fiches descriptives complètes),



par titre et par série. Le catalogue comprend aussi une quarantaine de fiches de cédéroms. Bien entendu, cette information est aussi accessible sur Internet, à l'adresse www.lamediatheque.be (onglet Thématiques). Le module de recherche permet d'utiliser un mot-clé ou le nom d'un intervenant.

CDB

Catalogue Education pour la santé, La Médiathèque, janvier 2006, 900 pages. Disponible gratuitement dans le réseau de prêt de la Médiathèque. Contact : 02 737 19 29.

Affirmation de soi

Liège

24 et 31 août 2006

Le Planning familial le "37" organise deux journées de formation pratique ouvertes à tous "Et si on communiquait vrai ? Des outils pour une meilleure communication et une affirmation de soi plus adaptée".
PAF : 30 €.

Lieu : le "37", rue Saint Gilles 29, 4000 Liège.

Renseignements et inscriptions : 04 223 77 89.

Ménopause

Bruxelles

A partir de septembre 2006

L'asbl Femmes et Santé organise un cours sur le thème "Femmes, santés et ménopauses : une autre approche de ces années de transition", avec le but d'informer sur les différents aspects de cette période et de donner la place aux partages et échanges entre participantes. Ainsi il permettra aux femmes de prendre une part active dans les choix concernant leur vie, leur corps et leur santé. Le groupe (maximum 10 femmes) se rencontre à 7 reprises, pendant 2 heures; chaque séance se construit autour d'un thème.

A Bruxelles

Mardi de 17h à 19h. Dates : 12, 19 et 26 septembre 2006, 3, 10, 17 et 24 octobre 2006

Lieu : Centre féminin d'éducation permanente, rue du Méridien 10, 1210 Bruxelles (près des métros Botanique et Madou).

Mercredi de 18h à 20h. Dates : 20 et 27 septembre 2006, 4, 11, 18 et 25 octobre 2006, 8 novembre 2006

Lieu : Fédération des centres de planning familial, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles.

Près de Gembloux

Jeudi de 19h à 21h.

Dates : 14 et 21 septembre 2006, 5, 12 et 19 octobre 2006, 2 et 9 novembre 2006

Lieu : Trifolium, rue de Baudecet 9, 5030 Sauvenière. Femmes et Santé organise aussi une conférence le 13 septembre 2006 à 18h : qui sont ces femmes autour de la cinquantaine et que disent-elles ? Un autre regard sur cette période qu'on appelle « la ménopause ».

Lieu : rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles.

Informations et Inscriptions : D' Catherine Markstein, asbl Femmes et Santé, tél 02 734 45 17, courriel :

info@femmesetsante.be. Site : www.femmesetsante.be.

Alzheimer

Bruxelles

21 septembre 2006

A l'occasion de la Journée mondiale de la Maladie d'Alzheimer, Alzheimer Belgique asbl organise un colloque sur le thème "La qualité de vie des malades et de leurs aidants proches".

Au programme :

- De l'utilité d'un programme de "psycho-éducation de groupe" pour les accompagnants de patients déments;
- Revalidation cognitive et qualité de vie chez le patient Alzheimer;
- Le soutien aux aidants proches de personnes en situation de dépendance;

- Un atelier de réminiscence pour personnes atteintes de démence;
- Atelier d'art-thérapie avec des personnes atteintes d'Alzheimer et troubles apparentés;
- La senior-médiation, une solution dans un conflit entre une personne âgée et son entourage.

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

Inscription : 10 € à verser au compte 068-2436346-42 avant le 10 septembre 2006, avec la mention "colloque 2006 + nom des participants ou de l'institution".

Renseignements : Alzheimer Belgique, av. Van Overbeke 55, 1083 Bruxelles. Tél.: 02 428 28 19 ou 02 428 28 10.

Courriel : info@alzheimerbelgique.be.

Appel à projets

Avant le 22 septembre 2006

La Fondation Roi Baudouin lance un nouvel appel à projets intitulé 'Renforcer la médiation hospitalière'.

Avec ce nouvel appel, la Fondation Roi Baudouin veut soutenir des projets qui visent un meilleur fonctionnement des services de médiation liés aux hôpitaux généraux en Belgique.

Un jury indépendant sélectionnera des projets menés par un partenariat qui réunit plusieurs acteurs : médiateurs, patients, soignants, directions d'hôpitaux, mutualités, services d'aide aux patients, etc. Les projets pilotes soutenus serviront aussi à enrichir un travail de réflexion et d'analyse plus général sur la médiation hospitalière en Belgique.

Chaque projet sélectionné recevra un soutien financier entre 2.500 € et 15.000 €.

Pour être prise en considération, une demande devra être introduite via le formulaire de candidature téléchargeable sur le site de la Fondation ou sur simple demande par téléphone. Les dossiers de candidature doivent être envoyés à la Fondation pour le 22 septembre 2006 au plus tard par courriel à gmt@kbs-frb.be ou par courrier à l'adresse : Fondation Roi Baudouin, GMT, rue Brederode 21, 1000 Bruxelles.

La sélection des dossiers par un jury indépendant aura lieu fin novembre 2006 et les résultats seront annoncés début décembre 2006.

Toutes les informations utiles ainsi que le dossier de candidature sont disponibles sur le site www.kbs-frb.be ou auprès du centre de contact de la Fondation : 070 233 065 ou proj@kbs-frb.be.

Appel à projets

Avant le 30 septembre 2006

La Fondation Roi Baudouin lance un nouvel appel à projets sur le "Vieillessement de la population et les relations intergénérationnelles". La Fondation veut ainsi stimuler et soutenir des initiatives qui améliorent les relations intergénérationnelles et qui renforcent le rôle social des personnes âgées.

Les projets pris en compte seront ceux dans lesquels des seniors (pré-pensionnés), des personnes âgées de 3e ou 4e âge sont impliqués comme volontaires ou bénéficiaires; dans lesquels les personnes âgées sont appelées à jouer un rôle valorisant leur expérience, leur potentiel ou leur talent; qui auront un caractère

durable et une intensité – au-delà de la rencontre éphémère – en créant des relations dans lesquelles des personnes de différentes générations apprennent à mieux se connaître et à s'influencer réciproquement. Le soutien financier accordé aux projets ira de 1.250 € à 10.000 €.

Les dossiers de candidature doivent être introduits avant le 30 septembre 2006. L'annonce des résultats de la sélection se fera en décembre 2006.

Un projet ne peut être introduit qu'au moyen d'un dossier téléchargeable sur le site de la Fondation, ou disponible sur demande au 070 233 065 ou par courriel à proj@kbs-frb.be.

Toutes les informations utiles sont disponibles sur le site www.kbs-frb.be ou auprès du centre de contact de la Fondation : 070 233 065 ou proj@kbs-frb.be. Pour des questions très spécifiques, contactez Jean-Pierre Goor (goor.j@kbs-frb.be).

Outil pédagogique

Bruxelles

10 octobre et 28 novembre 2006.

16 janvier. 13 mars et 15 mai 2007

Formation de 5 jours "Créer un outil pédagogique en santé" proposée par l'Outilthèque Santé, gérée par le Service promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes.

Ce séminaire a pour ambition de soutenir des professionnels dans la mise au point de leur outil de promotion de la santé. La seule condition d'admission est donc d'être engagé dans la construction d'un outil pédagogique.

Les participants seront invités à formaliser et structurer, entre les séances, leurs idées, démarches et résultats sur base des éléments théoriques, méthodologiques et pratiques envisagés au cours des rencontres.

Jour 1 : prérequis à la mise en place du projet et description de l'idée.

Jour 2 : analyse de la pertinence de l'idée et balises pour échafauder le projet.

Jour 3 : pistes pour construire le prototype.

Jour 4 : repères pour produire et diffuser l'outil.

Jour 5 : évaluation du séminaire.

Le matériel de base du séminaire est constitué des projets des participants. Un temps est prévu pour répondre, en groupe, aux principales difficultés méthodologiques rencontrées en offrant, via l'échange des pratiques, des balises, conseils, trucs et ficelles, etc.

Formatrices : Catherine Spièce, Céline Leto - Outilthèque-santé - UNMS et Sophie Grignard - SCPS APES-ULg.

Lieu : Union nationale des Mutualités socialistes, place Saint-Jean 1, 1000 Bruxelles.

Horaire : de 9 h 30 à 12 h 30 et de 13 h 30 à 16 h 30.

Coût pour les 5 journées : 150 € pour les étudiants, les services et associations subventionnés en Belgique.

Secteur privé et étranger : 500 €. Montant à verser sur le compte 879-1502401-36 de UNMS-AO Communication en mentionnant le nom et le code B509/1502.

Date limite d'inscription : le 1^{er} septembre 2006. Les inscriptions sont enregistrées dans l'ordre d'arrivée et effectives dès réception du montant dû (groupe limité à 12 personnes).

Renseignements : Service Promotion de la santé UNMS, rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 515 05 85. Fax : 02 515 06 11. Courriel : promotion.sante@mutsoc.be

Tabac

Une récompense prestigieuse pour un Belge

Le treizième congrès mondial relatif au tabac et à la santé a eu lieu à Washington du 12 au 15 juillet 2006. Cinq mille participants étaient attendus. Sur base de l'avis exprimé par un jury international, les Luther Terry Awards ont été remis aux lauréats au cours de ce congrès par l'American Cancer Society.

Luther Terry est l'auteur du premier rapport américain sur le tabagisme et la santé en 1964, qui établit le lien entre la consommation de tabac et le cancer du poumon et d'autres maladies. Les Luther Terry Awards furent attribués précédemment lors des congrès mondiaux de Chicago (2000) et d'Helsinki (2003). Les Luther Terry Awards sont destinés à récompenser des personnes ou des organisations pour leur contribution à la lutte contre le tabagisme et à sa prévention sur le plan international. Il y a cinq catégories de prix : la récompense pour une gestion personnelle exceptionnelle de la problématique, pour une organisation exceptionnelle, pour une contribution exceptionnelle à la recherche, pour une initiative ministérielle exceptionnelle et pour une carrière exceptionnelle. Deux personnes ou deux organisations sont sélectionnées dans chaque catégorie.

Luk Joossens, qui occupe la fonction d'expert en prévention du tabagisme à la Fondation contre le Cancer et au sein de l'Association des Ligues Européennes contre le Cancer, a reçu le prix « pour une gestion personnelle exceptionnelle » en même temps que Bung-on Ritthiphakdee de la South East Asia Tobacco Control Alliance. Luk Joossens a reçu le prix en reconnaissance, entre autres, de sa lutte contre la contrebande de cigarettes. Il est le premier Européen à qui revient l'honneur de remporter le prix dans la catégorie « pour une gestion personnelle exceptionnelle ». En 2000 et en 2003 ce prix fut remporté par le Dr Judith Mackay (Hong Kong), le professeur Prakit Vateesatokit (Thaïlande), Simon Chapman (Australie) et Mary Assunta (Malaisie). En 2006, l'Irlande et l'Inde, notamment, seront récompensés dans la catégorie "ministres", et le professeur Richard Peto dans la catégorie « recherche ». On trouvera plus d'informations à propos des Luther Terry Awards sur le site Internet www.lutherterry.net Proficiat Luk (ndlr!)

Une promotion inédite

Les deux numéros du Bulletin d'Education du Patient traitant de la douleur (n° 3 - 4 - 1999 et n° 2 - 3 - 2001) sont au prix habituel de 11,15 euros chacun.

Actuellement, en offre promotion, vous avez la possibilité de les acquérir au prix unitaire de 2,5 euros (frais d'envoi non inclus).

Ecrits par des professionnels de la santé qui se sont penchés sur ce problème, ces deux dossiers abordent tant la douleur en phase aiguë que chronique par différents axes :

- le changement des mentalités;

- l'évaluation;
- les soins;
- l'organisation pour la lutte contre la douleur;
- les lombalgies;
- les migraines et céphalées;
- les thérapeutiques relationnelles et physiques;
- le rôle du patient dans la prise en charge de sa douleur;
- les structures de prise en charge des patients douloureux.

Pour obtenir ces deux numéros, rendez-vous à l'adresse http://www.educationdupatient.be/cep/pdf/bull_comm/bon%20de%20commande%20BEP_2.5.pdf et remplissez le bon de commande que vous renverrez à l'adresse du Centre d'éducation du patient : rue Fond de la Biche 4, 5530 Godinne, ou que vous faxerez au 082 61 46 25. Vous recevrez le ou les exemplaires commandés par retour du courrier.

Offres d'emploi

L'asbl Infor-Drogues recrute deux collaborateurs (m/f) pour son **équipe de prévention**.

Un(e) licencié(e) en sciences humaines (santé publique, anthropologie, criminologie, psychologie...). Contrat temps plein à durée indéterminée.

Tâches

- Animer et former, en matière de prévention des usages de drogues, des groupes de personnes relais;
- Soutenir la construction et la mise en œuvre de projets de prévention;
- Conduire des groupes de travail;
- Rédiger des dossiers thématiques;
- Élaborer des pistes didactiques;

- Répondre à des demandes d'intervention dans des situations de crise.

Profil

- Expérience en formation/promotion de la santé/santé mentale ou insertion;
- Aptitudes rédactionnelles et relationnelles;
- Capacité de gestion de projets et de travail en équipe;
- Formation en animation ou dynamique de groupe.

Envoyer CV et lettre de candidature manuscrite à Infor-Drogues, rue du Marteau 19, 1000 Bruxelles

Un(e) gradué(e) à orientation sociale (assistant(e) en psychologie, assistant(e) social(e), infirmier(e) spécialisé en santé communautaire...). Contrat temps plein.

Tâches

- Animer et former, en matière de prévention des usages de drogues, des groupes de personnes relais;
- Soutenir la construction et la mise en œuvre de projets de prévention;
- Elaborer des pistes didactiques;
- Répondre à des demandes d'intervention dans des situations de crise.

Profil

- Expérience dans les secteurs de l'aide à la jeunesse, de la santé mentale ou de l'enseignement;
- Aptitudes rédactionnelles et relationnelles;
- Capacité de gestion de projets et de travail en équipe;
- Formation en animation.

Envoyer CV et lettre de candidature manuscrite à Infor-Drogues, rue du Marteau 19, 1000 Bruxelles

Tribune

Il n'y a pas d'intelligence en cannette!

Tout récemment, en période d'examen, Red Bull distribuait gratuitement son produit, vantant ses bienfaits multiples : «...stimule le corps, l'esprit, l'intelligence et la mémoire ». C'est tout simplement miraculeux!

Le texte qui accompagne la cannette miracle banalise des comportements allant directement à l'encontre de la santé du jeune et balance des allégations de santé sans sourciller. Pour gérer le stress, la fatigue, les besoins en vitamines, une seule solution, leur boisson. Cela va à l'encontre de toutes les bonnes pratiques nécessaires pour mener un blocus, ou simplement une vie en bonne santé.

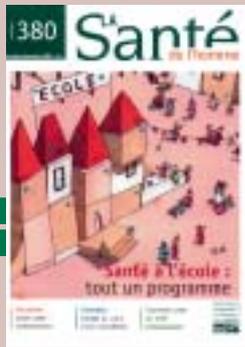
Et Red Bull va même plus loin dans les 'bons conseils': « Note sur l'antisèche ci-jointe tout ce que tu ne peux absolument pas oublier. Ôte la bande et colle-la sous la cannette que tu emporteras à l'examen... ». Heureusement tous les jeunes ne sont pas dupes. Il ne suffit pas de faire une anti-sèche pour réussir. Rien ne vaut un sommeil réparateur qui permet d'assimiler la matière et de diminuer le stress plutôt qu'une boisson qui nuit à un

sommeil de qualité. Une consommation abusive de ces boissons trop riches en caféine masque les symptômes de fatigue mais ne la supprime pas. Les effets cardio-vasculaires ne sont pas non plus négligeables.

Rien ne vaut un repas équilibré, partagé entre amis, plutôt que des vitamines en cannette. Et qu'on se le dise une fois pour toutes, il n'y a pas d'intelligence ni de bien-être durable en sachet!

Univers santé, en association avec l'Equipe santé du Service d'aide aux étudiants de l'UCL, Éducation Santé, Infor-Drogues, MJT Espace jeunes, Question santé, Jeunesse et santé et le CRIOC, dénoncent une fois de plus le marketing qui vise les jeunes, les invitant à une consommation excessive (« le frigo regorge de cannettes ») qui nuit à leur santé. Cette promotion agressive s'inscrit en outre dans la valorisation pernicieuse d'une culture de la performance à tout prix.

Loin de leur donner des ailes, ces produits les leur coupent et certains s'en sont déjà mordu les doigts!



Dossier. Santé à l'école : tout un programme

Présentation

Sandrine Broussouloux, Nathalie Houzelle, Christine Kerneur, Félicia Narboni, Jeanne-Marie Urcun

Éditorial

L'école, lieu d'exercice des responsabilités, Annick Fayard, Nadine Neulat

Le bilan santé des élèves

Enquête HBSC : un éclairage sur la période de l'adolescence. *Entretien avec Félix Navarro*
Une enquête pour observer la santé des élèves dans le temps. *Entretien de Jean-Baptiste Herbert et Nathalie Guignon*

Renforcer le partenariat santé-éducation

Une convention pour développer l'éducation pour la santé à l'école, *Annick Fayard*
Santé-citoyenneté : l'Académie d'Amiens mobilise les établissements. *Entretien avec Françoise Potier et Gisèle Desmoutiez*
Des actions au plus près des territoires en Meurthe-et-Moselle. *Entretien avec Claude Bisson-Vaivre*
Accueillir les enfants ayant un problème de santé. *Entretien avec Alain Thillay*
Troubles de l'apprentissage : la Marne joue la carte du partenariat, *Claire Lorton, Christine Brasselet, Sylvie Fontaine*
Dans les Yvelines, prévenir la souffrance psychique chez les ados, *Francine Hirtz, Suzanne Wipff, Catherine Isserlis*
Quelle formation en éducation à la santé pour les enseignants ?, *Franck Pizon, Didier Jourdan*

Éduquer à la responsabilité et à la citoyenneté

Apprends à porter secours... et connais-toi toi-même, *Pierre Martin*

L'éducation à la sexualité, pour prendre confiance en soi. *Entretien avec Olivier Bihel*
Profession, infirmier scolaire en Guyane. *Entretien avec Maurice Joseph*
Sensibiliser à la nutrition dès 6 ans, *Claudine Vigier*
Sevrage tabagique et lycéens, un défi d'émancipation, *Stéphane Tessier, Émilie Bisette*
Un tour du monde de la promotion de la santé à l'école, *Ian M. Young*

Pour en savoir plus

Olivier Delmer

Rubriques

International

À Bruxelles, le porte-à-porte pour éduquer à la santé, *Florence Goens, Delphine Louterman, Alain Cherbonnier*

Qualité de vie

Cannabis : voyage au cœur d'une consultation de prévention et de soins, *Denis Dangaix*
"Avec le cannabis, on est très loin de ce que l'on connaît sur l'alcool". *Entretien avec Michal Raynaud*

Lectures - outils

Olivier Delmer, Anne-Sophie Mélard, Anne Sizaret
L'abonnement à La Santé de l'Homme (6 numéros par an) est de 28 € pour la France métropolitaine et de 38 € pour la Belgique.
Pour tout renseignement : La Santé de l'Homme, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 42 Bd de la Libération, F-93203 Saint-Denis cedex. Tél. 1 49 33 22 22. Fax 1 49 33 23 90. Internet : www.inpes.sante.fr

Sommaire

Initiatives

Identités et "post-reproduction", par *Catherine Markstein* 2
Concours "Permis de vivre": promotion de la santé à la prison d'Andenne, par *Caroline Colson* 5
Tous les moyens ne sont pas bons pour vendre des médicaments 7
Des communes en santé ? par *Christian De Bock* 8
Promotion de la santé à l'école 9

Stratégie

Le Plan communautaire opérationnel de la Communauté française 10

Outils

Les coups de cœur de l'Outilthèque-santé : *Le chemin de Tête-en-l'air* 12

Documentation

Hépatite C, améliorer dépistage et prévention 14
Grossesse et boissons alcoolisées : quelles recommandations ? 14
Les centres bruxellois de documentation en promotion de la santé 15

Données

L'affirmation de soi dans les relations amoureuses et affectives chez les jeunes 15
Découvrir l'amour et la sexualité, par *Colette Barbier* 17
La sexualité des adolescentes : état des lieux, par *Maryse Van Audenhaege* 19

Vu pour vous

La campagne antitabac 'buddies' a été remarquée!, par *Michel Pettiaux* 20
'Chaque cigarette est un piège' 20
Vidéos santé : 'the' catalogue, par *Christian De Bock* 21

Brèves

22

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique, 50 € pour 22 numéros pour l'étranger. Paiement par virement bancaire sans frais. RIB : GKCCBEBB. IBAN : BE 60 7995 5245 0970. Si paiement par chèque, ajouter 20 pour les frais bancaires.
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).
Rédaction : Maryse Van Audenhaege, Carole Feulien.
Ont collaboré à ce numéro : Anne Boucquiau, Colette Barbier, Caroline Colson, Véronique Janzyk, Roger Lonfils, Catherine Markstein, Michel Pettiaux, Patrick Trefois.
Documentation : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).
Site internet : Maryse Van Audenhaege.
Contact abonnés : Carole Feulien (02 246 48 52, carole.feulien@mc.be).
Comité stratégique : Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache,

Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Charlotte Lonfils, Roger Lonfils, Carine Maillard, Paul Sonkes, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorne, Christian Van Rompaey.
Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Véronique Janzyk, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.
Editeur responsable : Edouard Descampe, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.
Maquette et mise en page : Muriel Logist.
Impression : Hayez.
Tirage : 3.100 exemplaires.
Diffusion : 2.900 exemplaires.
ISSN : 0776 - 2623.
Les articles publiés par *Education Santé* n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction. La revue n'accepte pas de publicité.
Les textes parus dans *Education Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.
Pour tous renseignements complémentaires : Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 48 52. 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 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.