



Tabac et alcool chez les jeunes en pages 2 à 7

Ne paraît pas en juillet • Bureau de dépôt : Bruxelles X - ISSN 0776-2623 • Numéro d'agrégation : P401139

Editeur responsable : Edouard Descampe, chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40 - 1031 Bruxelles. Photo © Isopix.

La prévention du tabagisme chez les jeunes : nouvelles du Québec

Un avis scientifique ¹ a été demandé à l'Institut national de santé publique du Québec pour étudier *les mesures de santé publique les plus susceptibles de diminuer la prévalence du tabagisme chez les jeunes*. **Monique Lalonde**, conseillère scientifique chargée de réaliser cette importante étude a présenté les recommandations issues de cette recherche à la deuxième Conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac à Paris en septembre dernier. Le rapport complet est disponible sur le site de l'Institut (<http://www.inspq.qc.ca>).

Les résultats devaient faire le point sur *l'efficacité des diverses mesures de contrôle du tabagisme qui contribuent à prévenir ou à réduire le tabagisme chez les jeunes afin de guider les pratiques de santé publique*.

Pour répondre à cet objectif, une revue de littérature (280 articles scientifiques) a été entreprise. L'analyse ne s'est pas limitée aux seules interventions auprès des jeunes. Elle a également intégré l'analyse d'autres mesures visant les adultes et la population générale, mesures susceptibles de participer à la réduction du tabagisme des jeunes, comme les mesures fiscales, légales et réglementaires, le marketing et le contremarketing des produits du tabac, les interventions communautaires et les programmes écologiques ² au niveau gouvernemental.

Les publications scientifiques ont été consultées sur base de résultats de recherche publiés dans des revues à comité de lecture et dans des rapports d'organismes de santé publique reconnus. L'avis résulte de l'examen de synthèses et de méta-analyses effectuées par des experts spécialisés dans la prévention et la réduction du tabagisme.

Le tableau ci-contre fait la synthèse des recommandations.

En ce qui concerne les programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire, l'avis

envisage les éléments suivants : l'existence d'un cadre de référence d'intervention dans les écoles, les interventions en classe, la politique de l'école, la participation des parents aux programmes et l'implication des jeunes dans ceux-ci.

Cadre de référence

Les critères de qualité ³ des programmes de prévention du tabagisme à l'école sont établis depuis une quinzaine d'années par les experts. Les recommandations des CDC (Centers for Disease Control) font référence depuis 1994 en la matière. Au nombre de ces recommandations, il faut compter :

- l'élaboration et l'application d'une politique sur l'usage du tabac à l'école;
- la transmission d'information relative aux conséquences à court et à long termes de l'usage du tabac;
- la prise de conscience des pressions sociales qui influencent l'usage et des normes des pairs (partie des attitudes en psychosociologie);
- les aptitudes à refuser de fumer;
- le développement d'un curriculum éducatif de prévention du tabagisme de la maternelle à la fin du primaire;
- la mise en œuvre d'un programme intensif au début de l'adolescence en 6^e primaire et durant le 1^{er} cycle du secondaire et le renforcement du programme au deuxième cycle du secondaire;
- la formation des enseignants à l'application du programme;
- la participation des parents et des familles au programme;
- la possibilité de bénéficier de programmes

d'arrêt et le soutien des élèves et du personnel scolaire qui y participent;

- l'évaluation du programme à intervalles réguliers.

Les CDC estiment qu'il est essentiel de s'attaquer aux deux déterminants principaux du tabagisme : les facteurs individuels et les facteurs environnementaux. Le programme en classe est consacré au volet individuel et vise la modification des aptitudes, des connaissances et des attitudes. Le volet environnemental s'attache à l'implication des parents et à la politique tabac de l'école (règlement scolaire favorisant une école sans tabac : espaces et événements scolaires sans fumée, encouragement des enseignants et du personnel non-scolaire à cesser de fumer).

Plus loin encore, les CDC précisent que, pour être efficace, le programme scolaire doit faire lui-même partie d'un programme de contrôle du tabagisme plus général qui permet de lier les efforts scolaires à des interventions communautaires et à des programmes de démarketing.

Le Ministre de la Santé américain rappelle dans son rapport (2000) que la recherche a montré que les programmes scolaires sont plus efficaces lorsqu'ils sont combinés à des campagnes médiatiques et à des efforts communautaires impliquant les parents et d'autres ressources de la communauté.

Plus loin, il insiste sur le rôle critique de l'implantation d'une politique sans tabac en milieu scolaire qui interpelle le directeur, le personnel, les élèves et qui couvre toutes les installations scolaires, les propriétés, les véhicules et les événements. [...] Pour maximiser l'impact des programmes scolaires, il importe de les inscrire dans un environnement cohérent.

Evaluation de la faisabilité et de la qualité des évidences associées aux interventions recommandées pour la prévention du tabagisme des jeunes

Recommandations	Faisabilité*	Qualité des évidences**
Augmentation des taxes	+++	+++
Politique interdisant le tabagisme à l'école pour tous, dans la cour, sur les aires de jeux et de sport, et autour des écoles	+++	++
Campagnes médiatiques	++	+++
Amendement de la loi pour interdire l'usage du tabac dans tous les lieux publics intérieurs	++	+++ (adultes) + (jeunes)
Curriculum scolaire à l'intérieur d'un programme écologique de prévention en milieu scolaire	-	+++
Programmes communautaires s'adressant aux jeunes	+	+
Amendement de la loi pour interdire l'étalage des produits du tabac, les appellations douces et légères et pour exiger un emballage neutre	+	+

* Une bonne faisabilité fait référence à des efforts et des coûts raisonnables pour l'implantation réussie de l'intervention et de son maintien à long terme.

** Une évidence de qualité fait référence à des résultats de recherche provenant d'études rigoureuses et en nombre suffisant.

Cet article s'attache plus particulièrement à la présentation des recommandations qui peuvent être mises en œuvre dans les écoles.

1 Lalonde M., Heneman B.: La prévention du tabagisme chez les jeunes. Avis scientifique. Institut national de santé publique. Direction Développement des individus et des communautés. Octobre 2004 Québec.

2 Ecologique est la traduction du qualitatif anglo-saxon *comprehensive* en référence à une approche globale, intégrée et multimodale qui tient compte de l'ampleur des facteurs déterminant la santé, de l'hétérogénéité des publics en présence, de la diversité des milieux d'intervention, de la variété des stratégies d'action, etc.

3 HOUIOUX G. PIETTE D. VAN BOXEL A.: La santé de demain par les enfants d'aujourd'hui : guide méthodologique pour les enseignants des écoles primaires. Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, Unité de Promotion Education Santé. 1994.
G. HOUIOUX, D. PIETTE : La santé des jeunes : repères pour l'action à l'école secondaire, Guide méthodologique. Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, Unité de Promotion Education Santé. 1995.

Des chercheurs se sont également penchés sur les modes d'implantation des programmes respectant ces recommandations : politique antitabac; programme éducatif dispensé par au moins un enseignant comprenant les 4 contenus essentiels (effets à court terme sur la santé; attitudes des groupes; influences sociales; compétences sociales en général et capacités à refuser) et accès à l'aide à l'arrêt.

Comme on peut s'en douter, peu d'écoles mettent en œuvre le protocole d'intervention complet. Ceci peut participer dans une large mesure au manque de résultats probants et à certains effets interpellants observés en matière de prévention du tabagisme des jeunes en milieu scolaire. Comme dans d'autres domaines de la promotion de la santé à l'école, si la totalité des conditions de réussite n'est pas mise en application, l'efficacité générale des programmes en est affectée. Ce qui pourrait pousser certains acteurs à déclarer que la promotion de la santé est irréaliste.

Appliqué de manière partielle, tout programme risque de ne pas atteindre les objectifs qu'on attend de lui. La portée des projets ne peut être entière que si elle respecte l'ensemble des éléments identifiés dans la littérature comme facteurs de succès. Généralement, faute de moyens, de connaissances, pressé par un calendrier ou soumis à un effet de visibilité, un programme sera appliqué en partie. Il ne faudra pas alors s'étonner du peu d'impact sur les indicateurs de santé des jeunes. La prévention de l'obésité chez les jeunes en est un autre exemple.

Interventions en classe : curriculum scolaire

L'avis fait état de 3 types d'approches en classe. L'évolution des interventions au cours du temps s'est déroulée suivant des modèles relativement simples au début des années 70 vers des modèles de plus en plus sophistiqués au fur et à mesure de l'état d'avancement de la recherche, tant au niveau des comportements en général que des comportements des jeunes en particulier. La recherche en pédagogie de la santé à l'école joue aussi un rôle fondamental dans l'amélioration des processus d'intervention auprès des élèves.

Modèle rationnel

Cette approche est basée sur la transmission d'informations relatives aux *risques sur la santé* et aux *conséquences négatives du tabagisme*, le plus souvent de manière à faire peur ou à faire naître l'inquiétude. Elle vise ainsi à combler un *déficit informationnel*.

Bien qu'améliorant le niveau de connaissances, les programmes basés sur ce modèle ont généralement été démontrés inefficaces pour prévenir l'initiation ou pour réduire la consommation chez les fumeurs réguliers. Fournir des connaissances sur les conséquences du tabagisme a été considéré comme une étape

[...] nécessaire mais nettement insuffisante pour changer les comportements.

Modèle éducatif affectif

Cette approche s'intéresse aux facteurs individuels conduisant au tabagisme. Elle se concentre ainsi sur *l'amélioration de l'image et de l'estime de soi*, sur la projection dans le futur. Il s'agit donc ici de clarifier les valeurs (est-ce que je veux ou non commencer à fumer ?), d'améliorer les croyances par rapport à soi-même (je vaudrais quelque chose, je vaudrais la peine de me prémunir contre les maladies).

La démarche s'attache plus particulièrement à enrichir *la confiance en soi*, à apprendre à gérer *le stress*, à clarifier ce que l'on désire devenir et à obtenir un *soutien* pour établir *les buts à atteindre*.

Les résultats de ce type d'intervention ont généralement montré un impact faible ou négligeable. Un effet inattendu (qui incite à la prudence) a été relevé dans plusieurs études (mais pas dans toutes) en ce sens que le programme a pu même [...] susciter un intérêt pour le tabac plutôt que de décourager le tabagisme.

Modèle des influences sociales

Cette approche met accent sur *l'environnement social* dans lequel les jeunes évoluent. Le modèle prend en considération deux aspects : la résistance aux influences sociales et l'éducation normative.

Le premier aspect est affecté à la prise de conscience de l'influence des pairs, des parents et des médias dans l'incitation à fumer de manière à ce que les jeunes puissent se prémunir. Les objectifs sont multiples et consistent par exemple à déchiffrer la publicité ou la prévention issues de l'industrie du tabac ou encore à apprendre à résister aux pressions des pairs. Ensuite, le jeune utilisera cette compétence s'il le désire, et s'il le désire seulement.

Le second aspect, l'éducation normative, se penche sur les effets du tabagisme et accorde une attention particulière à modifier les perceptions erronées des jeunes (prévalence du tabagisme parmi une minorité de jeunes et non l'inverse; croyance qu'il sera plus facile d'arrêter de fumer dans 10 ans que maintenant, etc.).

Les composantes de base suivantes sont intégrées dans la majorité des programmes construits sur les influences sociales : information sur les conséquences négatives à court terme; exploration des croyances erronées; motivations des jeunes à fumer; aptitudes à résister aux pressions poussant au tabagisme. A ce tronc commun, certains programmes ajoutent des composantes psychosociales et des compétences personnelles comme le renforcement de la confiance en soi, les aptitudes à la prise de décision, à la communication, à la réso-



Photo © Isopix

lution de problèmes, à la gestion du stress et de l'anxiété.

En conclusion, l'avis des chercheurs québécois stipule que *les curriculums scolaires donnant les meilleurs résultats à court terme sont ceux basés sur l'approche des influences sociales. Pour obtenir des effets à long terme, il faut un curriculum relativement dense comprenant des séances de rappel au deuxième cycle du secondaire et surtout un curriculum inséré dans un environnement scolaire, communautaire et médiatique résolument antitabac.*

Toutefois, la prudence est de mise en ce qui concerne les effets à long terme. En effet, certaines études montrent que la prévention durant l'adolescence ne retarderait que le début du tabagisme de plusieurs années. L'épidémiologie nous montre cependant que même cet objectif vaut la peine de continuer la prévention : plus on commence tard et plus on favorise la venue tardive de problèmes de santé; plus on retarde le début de la dépendance et plus on aura de facilité à arrêter lors d'une grossesse par exemple.

Des études complémentaires sont nécessaires pour analyser en profondeur certains effets contradictoires observés dans certaines recherches. Les effets des programmes menés en primaire plaident pour une *concentration des efforts éducatifs dans la période de passage au secondaire.*

Enfin, les auteurs recommandent d'*intégrer l'éducation relative au tabagisme dans des pro-*

grammes plus larges traitant soit des produits créant une dépendance (alcool, drogues et tabac) soit des habitudes de vie (activité physique, nutrition et tabac), ce qui présente dans ce contexte un intérêt évident pour une utilisation optimale des ressources en milieu scolaire. Ils insistent également sur la nécessité de sensibiliser le milieu de l'éducation à l'importance d'accorder une place prioritaire au tabagisme, ce qui constitue un investissement judicieux.

Politique de l'école en matière de tabagisme

L'efficacité des politiques antitabac à l'école est bien documentée dans la littérature scientifique. L'instauration d'une politique de gestion du tabac dans les établissements scolaires est une des recommandations de base que les recherches mettent en avant. Les règlements scolaires relatifs au tabac vont ainsi mettre en cohérence messages et apprentissages des programmes de prévention et règles de vie à l'école. La faisabilité de l'implantation de directives internes a été démontrée dans de nombreuses études, dont une en Communauté française de Belgique (« Contrôle du tabagisme chez les jeunes » ou « The CAS study » sur <http://www.hbsc.org/linkedprojects/cas.html>).

Contenus

Les CDC recommandent d'élaborer et d'appliquer une politique sur l'usage du tabac à l'école. Ils précisent encore que la politique de l'école en matière d'usage du tabac doit, en plus de se conformer aux lois de l'Etat et aux lois locales : contenir une explication justifiant la prévention antitabac; interdire l'usage du tabac aux élèves, à tout le personnel, aux parents et aux visiteurs dans l'enceinte de l'école, dans les véhicules et lors des événements qu'elle organise en ses murs; interdire la publicité du tabac dans les bâtiments de l'école, dans ses publications et à l'occasion des fêtes et des cérémonies scolaires; obliger tous les élèves à bénéficier de discussions, de partages et d'éducation sur les manières d'éviter l'usage du tabac; permettre aux élèves et à tout le personnel de l'école de participer à des programmes qui les aideront à renoncer au tabac; spécifier les façons de communiquer son contenu aux élèves et à la population; prévoir les modalités participatives de son application.

Modalités de mise en place

Certaines études se sont penchées sur la marche à suivre pour instaurer une politique d'école sans tabac. Elles ont identifié les étapes ⁴ qui suivent, dans lesquelles les PSE et CPMS peuvent jouer un rôle prépondérant :

- obtenir l'appui nécessaire (officiel) à une réglementation tabac à l'école;
- créer ou utiliser une commission scolaire (comité qualité de vie, cellule santé par exemple) déjà existante pour recommander la politique tabac d'une manière autant consensuelle que possible;
- développer une première version du règlement tabac en complémentarité avec les mesures qui s'appliquent déjà à l'école;
- présenter et faire adopter le règlement au conseil de participation;
- planifier l'implantation et les stratégies d'application du règlement;
- faire connaître le règlement de façon positive dans et en dehors de l'école;
- implanter et mettre en œuvre le règlement;
- faire la promotion continue du règlement 'tabac' et évaluer sa mise en application et son impact.

Participation des parents

L'influence des parents en matière de tabagisme des jeunes n'est plus à démontrer. Des études indiquent des liens évidents entre le tabagisme des parents et la probabilité que leurs enfants deviennent fumeurs. D'autres recherches ont identifié une réduction du tabagisme des jeunes ou un report de l'âge auquel les jeunes commencent à fumer dans les familles où les parents faisaient état d'une forte désapprobation, surveillaient le statut tabagique de leurs enfants, discutaient avec eux des effets du tabac, témoignaient des difficultés d'arrêter, mettaient en place des règles antitabac à la maison, ceci quel que soit leur statut tabagique.

Les experts recommandent donc que les programmes de prévention impliquent les parents tant leur appui est nécessaire et complémentaire aux interventions à l'école. Généralement, cette implication prend la forme de rencontres à l'école, de soirées débat, de brochures d'informations, de cahiers d'activités, de jeux à réaliser avec leurs enfants, etc.

Le ministère de la santé du Québec ⁵ propose la démarche suivante pour faciliter l'implication des parents dans les programmes de prévention des assuétudes.

En phase de planification du programme

- s'appuyer sur des bases théoriques et empiriques solides;
- réaliser un sondage auprès des parents pour recueillir leurs opinions, leurs avis, leurs habitudes relatives à l'usage du tabac;
- s'assurer d'un soutien politique et d'un financement stable;
- commencer tôt : travailler en amont des problèmes;

- cibler les périodes de transition;
- sensibiliser les parents aux problèmes des jeunes;
- proposer un programme à long terme;
- élargir le contexte d'intervention aux autres phénomènes de dépendances en particulier et à la santé en général;
- agir en concertation;
- planifier des contacts fréquents entre l'école et les parents;
- bien choisir les intervenants et les soutenir adéquatement;
- faire appel aux parents comme collaborateurs;
- évaluer la mise en œuvre et les effets de l'intervention.

En phase de recrutement

- faire la promotion du programme par tous les moyens;
- privilégier un contact personnel;
- banaliser la participation des parents au programme;
- inviter de façon répétée et régulière les parents à l'école.

En phase de mise en œuvre

- éliminer les obstacles de votre ressort à l'implantation du programme;
- augmenter les attraits du programme;
- favoriser une appropriation : donner un rôle actif aux parents et aux jeunes;
- favoriser la création d'une relation : développer un contact régulier entre familles et intervenants.

Implication des jeunes

Le recours aux jeunes comme intervenants dans les programmes de promotion de la santé à l'école – l'éducation par les pairs – a bien été décrite, notamment en matière de vie affective et sexuelle, et plus particulièrement du sida, ainsi qu'en prévention du tabagisme. Cette approche s'appuie sur les capacités des jeunes à participer à la réalisation de projet, à communiquer entre eux et à se supporter mutuellement ⁶. Elle part de l'hypothèse que les jeunes sont plus réceptifs aux messages de prévention s'ils sont transmis par d'autres jeunes et que les jeunes s'identifient mieux à un jeune offrant des caractéristiques identiques aux leurs. Il s'agit de travailler à l'élaboration de modèles et de normes favorables à la santé dans les groupes d'adolescents.

6 BANTUELLE M., HOUIOUX G., PIETTE D. - Les jeunes multiplicateurs : essai d'adaptation en Communauté française de Belgique. In Baudier F., Bonnin F., Michaud C., Minervini M.J. (éds). Approche par les pairs et santé des adolescents. Editions du CFES, Paris, 1996;147-152
HOUIOUX G. - Eléments complémentaires de réflexion. In Baudier F., Bonnin F., Michaud C., Minervini M-J (éds). Approche par les pairs et santé des adolescents. Editions du CFES, Paris, 1996
PIETTE D., BANTUELLE M., CANDEUR F., PIRON M.C., HOUIOUX G., PREVOST M. - Le SIDA et l'éducation par les pairs à l'école secondaire : une expérience en Communauté française de Belgique. HYGIE 1989;vol VII;3 :9-14

5 VITARO F et COLL : Jeunes et prévention de la toxicomanie : quand les parents s'impliquent. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux 1999 op cit.

4 Adapté de 8 steps to Tobacco-Free Schools, North Carolina Department of Health and Human Services 2000 op cit.

Il existe des études aux USA (Cherry Perry), au Canada, en Afrique, etc., et des recherches consacrées à cette approche en prévention du tabagisme dont le principal désavantage était le coût parce qu'il s'agissait de mettre dans les écoles une équipe de soutien. Cette voie paraît toutefois intéressante et doit être adaptée à nos réalités économiques. Cette démarche a cependant déjà été développée au sein de programmes européens comme « Classe sans tabac », « Smoke-busters », « Génération sans T ».

Des jeunes s'engagent à rester non-fumeurs et s'engagent à en recruter d'autres. Ils sont ainsi amenés à construire, organiser, planifier, mettre en œuvre des activités de promotion de la santé. La panoplie d'actions couvre des concours d'affiches, de slogans, la tenue de stand lors de fêtes scolaires, des enquêtes, des micro trottoirs, etc. C'est pour eux autant d'occasions de mettre en œuvre leurs capacités de leadership, de négociation, de communication, de prise de décision, de faire du lobby santé, etc.

En plus...

En plus de ce rapport du Québec, il n'est pas inutile de susciter un débat autour des mesures préconisées par l'industrie du tabac. Cette dernière est en effet favorable à l'interdiction de fumer pour les jeunes, aux mentions et photos sur les emballages et prône la courtoisie. Il est intéressant d'analyser pourquoi.

Conclusions

La prévention du tabagisme à l'école est complexe parce que ce qui amène un jeune à fumer est aussi complexe et difficilement saisissable. Les interventions sont loin de se limiter à la seule transmission d'informations sur les méfaits du tabac. Pour être efficace, les programmes englobent des démarches qui tentent de tenir compte

de l'ensemble des déterminants du tabagisme, des dépendances et consommations du jeune. Ceux-ci sont non seulement liés à sa personnalité mais aussi à son environnement et à son entourage. C'est sur l'ensemble de son contexte de vie que doivent porter les actions de prévention et d'éducation.

Les études montrent que l'école et la famille sont loin d'être des contextes à sous-estimer. L'école, par la cohérence qu'elle peut offrir au travers de réglementations favorables à la santé, par les actions de ses enseignants, par le support de ses professionnels de la santé, par l'implication des parents et par la présence des autres jeunes, est un lieu privilégié pour renforcer des modes de vie favorables à la santé. La famille, les loisirs, les médias et le secteur commercial sont d'autres influences que les programmes de prévention ne peuvent ignorer. La liste des tâches à réaliser est longue. Des résultats s'obtiendront au prix de l'utilisation de démarches pédagogiques combinées dans

des approches multimodales aux cibles et aux stratégies multiples.

Geneviève Houioux, Danielle Piette, ULB-PROMES, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

Adresse des auteures : route de Lennik 808, CP 596, 1070 Bruxelles.

Internet : www.ulb.ac.be/esp/promes

Repères en Communauté française

FARES : Paroles d'ados, paroles d'acteurs de terrain au sujet du tabac : une base de réflexion et de débats autour de ses usages, de la consommation, et de la dépendance.

FARES. Service Prévention Tabac. 2005

LAPERCHE J., ROUCLoux A.: *Mon patient fume. Attitudes du généraliste. Fédération des maisons médicales.* ND

Région wallonne : *Plan Global Wallon sans Tabac : Région wallonne. Décembre 2005*

L'interdiction de fumer pour les jeunes	Ces deux mesures sont ainsi promues car :
La priorité de la prévention chez les jeunes et non parmi les adultes	<ul style="list-style-type: none"> • cela renforce l'idée que « fumer, c'est adulte » • l'adulte fumeur continue à jouer son rôle de modèle • quand on se focalise sur les jeunes, on laisse tranquillement les adultes fumer
La mention aussi grande que possible que fumer nuit à la santé sur les paquets de cigarettes et s'il y a des images horribles et terrifiantes, c'est encore mieux.	Ici, l'industrie est très au fait que les psychosociologues ont montré que la perception trop élevée d'un risque amène le déni, c'est-à-dire un rejet de l'information, cette dernière étant trop lourde à supporter.
L'accent mis sur la liberté de fumer ou pas, sous couvert de courtoisie.	Ceci attire l'attention du jeune (ou parfois de l'adulte), au détriment des politiques d'augmentation des taxes ou encore des politiques d'interdiction de fumer et de protection des fumeurs passifs.

Les jeunes et l'alcool

Un constat inquiétant

Les jeunes sont d'importants consommateurs de boissons alcoolisées – surtout bières et alcopops. Les filles ne sont pas en reste même si elles en consomment une moindre proportion. Une récente enquête du CRIOC menée pour la Fondation Rodin, révèle des résultats préoccupants...

Que boivent nos adolescents et dans quelles circonstances ?

En 2005, 2196 jeunes Belges âgés de 10 à 17 ans ont été interviewés sur leur consommation d'alcool. 40 % des jeunes déclarent consommer des

boissons alcoolisées. Plus de garçons (45 %) que de filles (36 %) boivent de l'alcool, et davantage de néerlandophones (44 %) que de francophones (36 %).

Une autre forte tendance révélée par cette étude concerne le type d'alcool consommé : 70 % des jeunes boivent de la bière, 49 % des alcopops. Le goût sucré de ces boissons appelées aussi "ready to drink" ou "breezers", encourage les jeunes à consommer de l'alcool.

La consommation d'alcool chez les jeunes est très souvent associée à la notion de fête. La

quantité de verres bus est presque deux fois plus importante le week-end (4.2 verres) qu'en semaine (2.7 verres).

La consommation d'alcool : un rite initiatique d'intégration familiale

La plupart du temps, c'est la famille ou les copains qui initient le jeune à l'alcool. Selon leurs dires, les jeunes interviewés ont été initiés aux boissons alcoolisées par des copains (une fois sur trois) ou leurs parents (deux fois sur cinq).

Il existe un lien entre la consommation d'alcool chez les parents et celle des jeunes. En effet, dans une famille où les parents, les amis ou la fratrie boivent, 55 % des jeunes déclarent consommer de l'alcool, contre 27 % dans une famille où les parents ne boivent pas.

La consommation d'alcool chez le jeune relève avant tout d'un comportement social, à l'intérieur de la famille pour l'apprentissage de consommation de vin, ou parmi ses pairs pour l'apprentissage de consommation d'alcool.

Par ailleurs, aux yeux des jeunes, la consommation d'alcool ne constitue pas un comportement à risque. Les habitudes de consommation apparaissent très tôt. Ainsi, la consommation débute souvent durant la pré-adolescence. Le rôle des parents est donc déterminant dans la phase de primo consommation qui démarre autour de 11-12 ans. Le premier pas vers la prévention de l'alcoolisme des enfants réside bien dans l'information que les parents dispensent aux enfants.

Initiatives de pouvoirs publics pour prévenir l'alcoolisme des jeunes

Limiter la consommation d'alcool chez les jeunes relève d'un souci de santé publique. En Europe, 1 décès sur 4 parmi les 15-24 ans est imputable



Photo © Fedasil / Loyla Aerts

à l'alcool. C'est pourquoi les autorités doivent protéger les jeunes consommateurs des incita-

tions à la boisson et encourager les parents à jouer leur rôle d'éducateurs, et les professionnels à respecter scrupuleusement la réglementation relative à la vente d'alcool aux mineurs.

Le 12 mai 2005, une convention tripartite avait été signée entre les organisations de consommateurs, le Ministre de la santé publique et les fédérations de producteurs et de distributeurs spécialisés, incluant l'Horeca. Cette convention est à présent traduite en projet de loi visant à instaurer un cadre juridique légal pour la publicité relative à l'alcool et visant les jeunes.

Vente d'alcool aux mineurs : 9 points de vente sur 10 vendent des boissons alcoolisées aux jeunes de moins de 18 ans!

Dans le même mouvement, le CRIOC a réalisé une étude visant à évaluer le respect de la législation en matière de vente d'alcool (bière et alcool) aux mineurs. Le moins qu'on puisse dire est que la réglementation n'est pas très respectée.

Un "mystery shopping" a été réalisé, sous la supervision du CRIOC, par de jeunes acheteurs (12 - 14 ans) auprès de 153 points de vente à travers tout le pays, début janvier 2006. Il s'agissait pour les jeunes acheteurs, de tenter d'acheter une bière et un alcool. En cas de refus, ils testaient l'argumentaire "C'est pour mes parents".

Sur le terrain...

92 % des points de vente visités ont vendu sans réserve de la bière aux jeunes (ce qui est autorisé); 91 % ont vendu également sans réserve

Une réaction du Groupe porteur 'Les jeunes et l'alcool'

Les résultats présentés par le CRIOC confirment des tendances déjà connues et qui doivent préoccuper les partenaires éducatifs. Ils mettent en lumière de nouvelles pratiques, notamment en matière de consommation d'alcool, et des données plus précises relatives à la consommation d'alcool des plus jeunes (10-12 ans). L'ensemble de ces résultats peut nous aider à affiner nos stratégies éducatives.

Si nous partageons avec les auteurs l'intérêt pour ce genre d'enquête sur le jeune, sa consommation et sa perception de l'alcool, nous regrettons vivement que leurs commentaires et conclusions passent sous silence l'influence de l'industrie de l'alcool alors que nous savons que les alcooliers mènent sciemment des stratégies pour féminiser et rajeunir la consommation d'alcool. Notre attention est focalisée uniquement sur le jeune alors que nous pensons qu'il faut pouvoir agir également sur d'autres leviers, tels la régulation plus grande du marché par le service public.

Nous pensons que cette question relève de responsabilités multiples : celles des jeunes et de leurs milieux familiaux certes, mais également des pouvoirs publics qui doivent

légiférer en toute indépendance sur ces questions.

Les résultats de l'étude mettent en évidence des différences de comportement en fonction des milieux scolaires, familiaux et sociaux dans lesquels les jeunes évoluent. Tout en reconnaissant que ces différences existent, il nous semble important de ne pas tirer de conclusions trop hâtives de certains résultats peu significatifs, et d'éviter de stigmatiser certains publics.

Pour une consommation responsable...

Dans certains commentaires, il y a un glissement ou une confusion entre consommation d'alcool et alcoolisme. Il nous apparaît important de ne pas confondre ces niveaux. Toute consommation d'alcool n'est pas problématique ou malade. L'enjeu éducatif est plutôt, lorsqu'il y a consommation d'alcool, de prôner une consommation raisonnable, responsable, moins risquée. Cependant, ce coup de projecteur sur l'alcool ne doit pas nous faire oublier de mettre en perspective cette consommation en lien avec les autres consommations des jeunes et leurs différents contextes de vie.

Le Groupe porteur «Les jeunes et l'alcool»

Contact : jeunes-alcool@univers-sante.ucl.ac.be

des alcopops (ce qui est interdit). En cas de refus, l'argument "pour les parents" fut accepté par un point de vente sur 100. Il n'y a donc pas tellement de différence entre la vente de ces deux produits, l'une autorisée, l'autre interdite, ce qui démontre une grande confusion dans l'application de la réglementation.

Dans certains points de vente, les caissiers ont manifesté un comportement inattendu : vente malgré un sérieux doute ou malgré une interdiction affichée à l'entrée, interdiction sélective selon la caisse de passage...

Dans un supermarché, limonades, jus de fruits et alcopops se trouvaient au sein du même rayon, contrairement au code de bonnes conduites signé par les distributeurs avec les organisations de consommateurs...

Manifestement la législation en matière de vente de bière et d'alcool est méconnue et mal respectée. Certains vendeurs acceptent de vendre, alors qu'ils sont visiblement conscients des conséquences de l'alcool sur les jeunes. Ils manifestent une connivence avec le jeune acheteur. Une argumentation entendue dans leur chef est qu'ils ne peuvent pas vérifier la carte d'identité de chaque mineur. Cependant la loi doit être respectée par tous. S'il n'est pas possible de la (faire) respecter, il vaut mieux s'abstenir de l'enfreindre et ne pas vendre ces produits.

Recommandations

Consommer de l'alcool ne conduit pas nécessairement à sombrer dans l'alcoolisme. Toutefois, les études récentes montrent que le jeune n'est

pas suffisamment conscient des dangers liés à l'alcool et que ceux qui commencent à boire jeunes sont plus sujets à l'alcoolisme une fois adultes.

C'est pourquoi les pouvoirs publics et les acteurs de la santé doivent à la fois encourager les comportements positifs des vendeurs responsables, et renforcer les amendes en cas de non-respect de la législation. De plus la réglementation en matière de vente de boissons alcoolisées doit être harmonisée pour éviter toute confusion. Quant aux entreprises, il leur revient de traduire leur responsabilité sociétale par des actions concrètes et transparentes sur le terrain.

D'après deux communiqués du CRIOC

Burundi, des prostituées déclarées et responsables

(Kirundo/Burundi) En révélant leur métier et en s'organisant pour en limiter les risques pour elles et leurs clients, les prostituées de Kirundo ont peu à peu fait changer les comportements. L'administration locale et les habitants s'en félicitent.

Depuis sept ans que les prostituées de Kirundo, au nord du Burundi, ont décidé de parler ouvertement de leur métier et de leur vie, l'attitude des gens à leur égard a changé. Les soixante femmes membres de l'association *Twikebuke* (*Remettons-nous en cause* en français), agréée par les pouvoirs publics, ne cachent plus qu'elles ont des partenaires multiples. Encouragées par les autorités locales, elles se sont organisées pour réduire les risques pour elles et leurs clients. Petit à petit, depuis 1998, date de création de leur association, elles sont moins stigmatisées et la prostitution recule.

Isaac Mberamiheto, l'administrateur de la commune, se réjouit qu'on ne voie plus les prostituées racoler les clients dans les buvettes ou dans la rue. Elles travaillent chez elles et ceux qui veulent les fréquenter les repèrent grâce à des agents hôteliers qui savent où elles habitent. Pour limiter la propagation du sida, premier objectif de l'association, un dépistage systématique du VIH a été effectué chez ces femmes : la moitié d'entre elles sont contaminées. Une liste des séropositives a été dressée. Elles passent obligatoirement en consultation médicale chaque semaine. Les malades sont soignées et leurs clients mieux informés.

Claudine Nahimana, agent d'état-civil à Kirundo, estime que grâce à la sensibilisation menée par l'association, les femmes de la commune s'adon-

nent de moins à moins à la prostitution. Ibrahim Omar, qui habite Butindi (*Pauvreté*, en français), un quartier où elles étaient jadis nombreuses, l'a constaté aussi : les mœurs ont changé ces dernières années.

Changer de métier

Suivies sur le plan médical, les femmes évitent également les grossesses non voulues à répétition. Selon Solange Nanzoya, présidente de l'association, en cinq ans aucune n'est tombée enceinte alors qu'auparavant, presque toutes mettaient un enfant au monde chaque année.

L'objectif de l'association reste cependant que ces femmes abandonnent le métier, mais leur reconversion suppose qu'elles bénéficient d'un appui financier. Le Comité provincial de lutte contre le sida à Kirundo (CPLS) les a déjà aidées à hauteur de 7 millions de Fbu (7 000 \$).

Prostituée depuis son adolescence, Solange, 55 ans, quatre enfants dont une fille à l'université, avoue qu'elle est séropositive. Avec l'âge, elle a abandonné la prostitution. Actuellement, elle cultive des légumes grâce à l'appui du CPLS. "Être prostituée est déshonorant dans notre société, reconnaît-elle. C'est un métier qui comporte des dangers et inconvénients. Mis à part le risque permanent d'attraper le sida, nos enfants ne connaissent jamais leur vrai père."

Cinq autres membres de l'association ont déjà lancé d'autres activités comme le commerce ou la couture. Pour l'administrateur Mberamiheto, les efforts des membres de l'association sont louables et les résultats fort encourageants : "Dès qu'elles sont occupées à ces activités, elles pensent de moins à moins à la prostitution, car

leurs besoins élémentaires sont satisfaits". La plupart des femmes qui se prostituent le font, en effet, pour manger.

Emmanuel Ngendanzi, InfoSud – Syfia Grands Lacs

Goma : un macaron pour les prostituées indemnes du sida

Environ 300 femmes prostituées de Goma, en RD Congo, ont fait le dépistage du VIH en janvier. C'est le résultat du travail de sensibilisation mené par l'Association des femmes vivant seules de Goma. L'objectif est de leur permettre, connaissant leur état, d'adapter leur mode de vie à leur état de santé et de réduire la contamination chez leurs clients. Au terme de ce dépistage, des macarons d'identification leur seront remis selon leur état sérologique. Pour pouvoir travailler, elles devront les présenter aux services des bars de la place. "Celles qui sont saines seront autorisées à travailler librement. Pour les contaminées, elles seront suivies par des conseillères sociales et pourront bénéficier de l'assistance en vivres et médicaments dans les ONG", précise Rose Basilwango, présidente de l'association. L'association se charge de les affecter dans les différents bars et hôtels de la ville et ceux qui veulent savoir où trouver une prostituée peuvent le demander à la présidente. Des actions très appréciées par les clients, rassurés...

Rozaly Zawadi

Cancer du sein, quels types de prise en charge, quelle qualité de vie ?

Une étude de la Mutualité chrétienne

En Belgique, plus de 7000 femmes sont atteintes chaque année d'un cancer du sein. La Mutualité chrétienne a réalisé une étude sur le sujet comportant deux volets, le premier, quantitatif, sur les types de prise en charge médicale du cancer du sein dans notre pays et l'autre, qualitatif sur le vécu des femmes et leurs perceptions de la qualité des soins et la qualité de la vie.

La prise en charge médicale – volet quantitatif

L'étude prend en compte 20 439 femmes traitées en Belgique pour un cancer du sein entre 1998 et 2003. L'âge moyen de ces femmes est de 60 ans mais 8 % d'entre elles ont moins de 40 ans. L'incidence en dessous de cet âge reste très faible : 17 cas pour 100 000 femmes. Les taux d'incidence les plus élevés sont observés entre 50 et 70 ans, et se situent autour de 340/100 000. L'incidence standardisée est plus élevée dans la Région de Bruxelles-Capitale et en Wallonie, avec respectivement 12 % et 7 % de cas en plus par rapport à l'incidence moyenne au sein de l'ensemble de la population d'étude.

Les femmes étudiées ont été traitées dans 117 hôpitaux. Un quart de ces hôpitaux ont traité moins de 25 nouveaux cas par an en moyenne, durant la période 1998-2003. Seuls 8 hôpitaux ont enregistré plus de 150 nouveaux cas par an, couvrant 24 % de l'ensemble des femmes traitées.

En comparant les femmes de plus de 70 ans au groupe des femmes plus jeunes, on observe des différences marquées dans la prise en charge, même à stade tumoral égal :

- elles subissent moins d'examens lors du diagnostic;
- elles subissent moins de chirurgie conservatrice et plus d'ablations;
- elles subissent nettement moins de chimiothérapie et après un plus long délai;
- elles subissent également moins de radiothérapie;
- elles sont plus souvent traitées par hormonothérapie ou par simple chirurgie.

Les centres avec un gros volume d'expérience utilisent 1,3 à 1,5 fois plus la chimiothérapie que les centres à petits volumes.

A stade tumoral égal – et surtout pour les tumeurs de stade III –, les femmes opérées dans les centres ne disposant pas de service de radio-

thérapie ont une plus faible probabilité de subir une radiothérapie. Globalement, 67 % des patientes opérées dans un centre sans service de radiothérapie reçoivent malgré tout des rayons, traitement pour lequel elles sont référées vers un autre hôpital. 93 % des femmes sont traitées dans le mois suivant le diagnostic, conformément aux recommandations édictées par le NICE (National Institute for Clinical Excellence, <http://www.nice.uk.org>).

C'est dans les centres avec le plus grand volume d'expérience que les délais pour se faire traiter sont les plus longs.

La voix des femmes – volet qualitatif

Le volet qualitatif se base sur le témoignage de 50 femmes pour présenter plusieurs éléments qui contribueraient à une meilleure qualité des soins et de vie. Ceux-ci sont ici résumés sous la forme de recommandations.

Aux professionnels de la santé

- demande d'une information claire, compréhensible et répétée pour elles et pour leur entourage;
- besoin de descriptions plus narratives des épreuves auxquelles elles devront faire face;
- rôle essentiel du médecin de famille comme traducteur d'un langage souvent trop technique;
- contextualiser la prise en charge en l'adaptant aux besoins spécifiques de la femme. A cette fin, une collaboration active entre le médecin et la patiente quant à la définition du problème et les choix thérapeutiques ou autres est essentielle.



Buste déséquilibré, par Christine Vanhauwaert

Aux institutions hospitalières

- accueil et accompagnement lors des premiers contacts : espaces d'attente accueillants et discrets, personnel formé à l'écoute active et à l'accompagnement des malades;
- tous les types d'appui – psychologique (aussi pour l'entourage), esthétique, diététique... – sont très appréciés.

Aux mutualités

- mise en place d'un service proactif, d'un cadre d'accompagnement, d'un lieu d'information;
- demande d'une meilleure communication autour des aides diverses (service social, transport des patients, location de matériel sanitaire, etc.).

Aux femmes elles-mêmes

- prendre le temps de reconnaître sa souffrance et de l'exprimer;
- participer aux décisions thérapeutiques.

A la population en général

- importance du soutien moral;
 - ni fuite, ni banalisation, mais plus d'empathie, plus d'écoute active, plus de sourires...
- Le Dossier thématique n° 7, Cancer du sein, variabilité des pratiques dans la prise en charge du cancer du sein. Qualité de vie, participation et autonomie : la voix des femmes, par Anne Remacle et Raf Mertens, février 2006. Téléchargeable sur le site mc.be (835 K).*

D'après un communiqué de presse des Mutualités chrétiennes

La tuberculose : toujours bien présente chez nous

La journée mondiale de la tuberculose (24 mars), commémorant la découverte du célèbre bacille par Robert Koch en 1882, nous rappelle que cette maladie est un problème de santé publique majeur dans de nombreuses parties du monde et qu'elle est encore bien présente chez nous.

L'ampleur du problème au niveau mondial est illustrée par ces quelques chiffres de l'OMS : 1/3 de la population mondiale est contaminée par le bacille tuberculeux, 8 millions de nouveaux malades sont diagnostiqués chaque année et au moins 2 millions de personnes décèdent annuellement de cette maladie. La tuberculose reste donc la maladie infectieuse la plus mortelle.

Face à une situation qui ne fait que se dégrader, l'OMS met en place cette année un nouveau plan (« Global Plan to Stop TB ») dont l'objectif est de diminuer la morbidité et la mortalité de la tuberculose de moitié pour 2015. Des moyens supplémentaires vont être mis en œuvre

et un effort particulier va être consenti dans la recherche de nouveaux traitements, examens de diagnostic et vaccins.

En Belgique, la tuberculose stagne depuis plus de 10 ans et son incidence fluctue autour de 12 cas par 100.000 habitants. En 2005, les résultats provisoires du registre font état de 1.202 nouveaux malades déclarés dans notre pays ce qui correspond à une incidence de 11,5/100.000; elle est quasi similaire à celle de 2004 (11,8/100.000). La région bruxelloise, toujours la plus touchée, a une incidence (37,8/100.000) 4 fois supérieure à celle de la Wallonie (9/100.000) et de la Flandre (8,5/100.000).

Comme la plupart des pays industrialisés, la Belgique accuse une diminution de la fréquence de la maladie dans la population autochtone alors que les personnes originaires de régions où la tuberculose est en recrudescence sont de plus en plus touchées. En 2005, 54 % des malades tuberculeux déclarés en Belgique sont d'origine

étrangère alors que cette proportion n'était que de 18 % en 1991. L'évolution de la maladie dans notre pays est donc fortement influencée par la dégradation de la situation au niveau mondial. Devant ce tableau épidémiologique interpellant, notre pays multiplie les initiatives pour contrôler la tuberculose. A côté de l'organisation de dépistages ciblés vers les populations à risque et les contacts de patients tuberculeux contagieux, l'accent a été mis sur la nécessité de garantir un traitement adéquat pour chaque malade tuberculeux. Un projet innovant vient de voir le jour au début de cette année sous forme d'un « modèle particulier de prise en charge » financé par l'INAMI et coordonné par la Belgian Lung and Tuberculosis Association (Belta); son nom : BELTA-TBnet. Il permet à des patients sans aide sociale ou atteints de tuberculose à bacilles multirésistants d'être traités gratuitement.

Pour plus d'informations : www.fares.be

'Bon appétit la santé!'

'Bon appétit la santé!' est un programme éducatif qui, sous forme d'un jeu de société, vise à sensibiliser les enfants de 5 ans à une alimentation saine et équilibrée. Lancé il y a deux ans par la Société belge de pédiatrie (SBP) avec Danone, ce jeu a été distribué gratuitement aux écoles maternelles qui en ont fait la demande. Et le succès fut au rendez-vous puisque aujourd'hui 9 écoles sur 10 participent à cette action. Une nouvelle édition du jeu est d'ailleurs prévue pour 2006.

Pourquoi un tel programme ?

L'obésité touche plus de 300 millions de personnes dans le monde¹. En Belgique, 15 à 20 % des enfants souffrent de surcharge pondérale². Face à ce phénomène, la SBP a voulu encourager les petits de 3^e maternelle à adopter une alimentation saine et équilibrée³. De là est née l'action 'Bon appétit la santé!'. Le principe est simple : tout au long du jeu, et avec l'aide de leur instituteur, les enfants apprennent les 3 règles d'or⁴ d'une alimentation saine au quotidien :

- manger des fruits et légumes 5 fois par jour;
- ne pas oublier le goûter, un repas important, de préférence avec du pain;
- consommer au moins 1 produit laitier par jour.

Afin de mesurer l'impact réel de cette action sur nos têtes blondes, la Société belge de pédiatrie et Danone ont commandé une étude à la

société Health Lines. Elle a été menée auprès de 205 enfants avant et après l'action.

Les résultats font apparaître des signes encourageants d'intérêt pour les bienfaits d'une alimentation équilibrée au quotidien. De fait, on constate une augmentation de 23 % du nombre d'enfants connaissant les 3 règles d'or après avoir joué.

On observe par ailleurs que les enfants déclarent consommer davantage de fruits au goûter (de 33 % à 46 %). De plus, ils disent boire moins de boissons sucrées au petit-déjeuner (de 15 % à 7 %) et lors du repas du soir (de 32 % à 19 %). La perception de l'importance des fruits et des produits laitiers semble, elle aussi, améliorée. Ainsi, 91 % des enfants ayant participé à l'action pensent qu'il est important de manger des fruits. Le même pourcentage estime qu'il faut boire du lait tous les jours (contre 79 % avant l'action).

Les résultats complets de cette étude ont été dévoilés par Isabelle Thiebaut, diététicienne pédiatrique à l'HUDERF⁵, au nom de la Société belge de pédiatrie, le 28 octobre à Bruxelles lors du 1^{er} congrès « Food in Action : from behaviour research to successful interventions ».

Ce congrès international réunissait les spécialistes en nutrition et santé publique dans le but d'augmenter la compréhension des facteurs

fondamentaux influençant le comportement alimentaire.

Commentaire

Ce résumé de l'évaluation, qui nous a été communiqué par une société de relations publiques, ne dit pas l'impact de ce programme éducatif sur la notoriété de la marque et de ses nombreux produits sur les enfants! C'est évidemment toute l'ambiguïté de ces initiatives 'citoyennes' de l'industrie agro-alimentaire, qui lui permettent de contourner le prescrit légal en matière de publicité à l'école.

Au crédit de l'entreprise, on retiendra toutefois le fait que nous avons ici une évaluation (même sommaire), ce qui n'est pas toujours le cas pour les programmes d'éducation nutritionnelle.

CDB

1 Source : Rapport OMS, mars 2004

2 Source : Belgian Association for the Study of Obesity

3 Voir les deux articles que nous avons déjà consacrés à ce programme : 'L'action éducative 'Bon appétit, la santé!' dans les écoles maternelles', C. De Bock, n° 187, février 2004; 'Le retour de la campagne 'Bon appétit, la santé!', Isabelle Parentani, Aude Joffrin, Jorge Rozada, n° 200, avril 2005

4 Elaborées en collaboration avec Madame Mozin, Diététicienne pédiatrique et Présidente du Club européen des diététiciens de l'enfance (CEDE)

5 Hôpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola (HUDERF)

Des blogs en santé

La Fondation contre le cancer offre la possibilité aux patients, à leurs proches et aux soignants de créer leur propre blog grâce à la plateforme d'hébergement de Skynet.

Pour les non-initiés au monde de l'Internet, un Weblog ou blog est un journal "personnel" en ligne (accessible sur Internet). Composé d'articles de longueur variable et régulièrement mis à jour par leur auteur, sa particularité est de donner à ses visiteurs la possibilité de réagir au contenu publié en y ajoutant des commentaires ou des informations nouvelles propres à élargir le débat. Depuis leur création en 1997, les blogs connaissent un succès grandissant. En Belgique, un

nouveau blog voit le jour toutes les 30 secondes! Plusieurs recherches indiquent que tenir un journal ou exprimer ses sentiments peut être très bénéfique sur le plan émotionnel pour les personnes confrontées à une maladie comme le cancer. Pour cette raison, la Fondation a elle aussi souhaité offrir la possibilité de créer leur propre blog aux patients, à leurs proches et aux soignants. En quelques clics, ceux-ci pourront accéder aux journaux "personnels" de toute personne concernée par le cancer, échanger des informations et partager des expériences, leur permettant de mieux vivre et de mieux comprendre la maladie. Comment procéder? La création d'un blog est gratuite. Il suffit d'aller sur <http://blogs.skynet.be>

et de suivre les instructions qui apparaissent sur l'écran.

La Fondation a elle-même créé son propre blog. Elle s'y montre sous un éclairage différent, de manière plus intime, à travers son quotidien, ses activités, ses publications, ses combats et bien sûr son équipe. Pour le visiter et y laisser éventuellement vos commentaires :

<http://cancer.skynetblogs.be>

Plus d'info : Fondation contre le cancer, Barbara Potysch, tél. 02 736 99 99, courriel bpotysch@cancer.be ou commu@cancer.be.

MVA

Promosante.net

Rejoignez la plate-forme des sites promotion de la santé en Communauté française

Au départ d'une initiative du SCPS-Question Santé asbl, quelques associations actives en promotion de la santé en Belgique francophone et disposant d'un site Internet ont décidé de créer une plate-forme des sites de promotion de la santé en Communauté française de Belgique. Son but est d'augmenter la visibilité des différents sites membres par l'entremise d'un portail commun. En effet, la popularité d'un site Internet se mesure notamment au nombre de liens qui pointent vers lui.

Cette plate-forme a aussi et surtout pour ambition d'offrir à l'internaute un accès à des sites répondant à des critères de qualité, lui offrant un large panel d'outils disponibles en termes de promotion de la santé et de prévention en Communauté française.

Pour rejoindre la plate-forme, les conditions suivantes sont requises :

- ne pas viser de but commercial;
- mener des actions dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention sur le territoire de la Communauté française de Belgique;
- respecter des critères d'accessibilité, de crédibilité, et de contenu;

- après acceptation, apposer le symbole ("tattoo" en langage branché) de la plate-forme sur la page d'accueil du site.

L'adhésion à la plate-forme se fait par parrainage des membres fondateurs (il fallait bien commencer par quelques-uns!).

Si vous souhaitez nous rejoindre, surfez vite sur www.promosante.net, où vous trouverez tous les parrains potentiels. A vous de jouer donc!

CDB, pour la Plate-forme promosanté.net



RÉFLEXIONS

La santé comme alibi au prix de l'intolérance ?

Il est bien tentant de répondre à la question du bilan des activités menées en prévention par la Communauté française en faisant part, au travers de chiffres, de la mise en œuvre de tel ou tel programme de santé. Il existe en effet des activités préventives comme le programme de vaccination, le programme de dépistage du cancer du sein, le contrôle antidopage, etc., activités qui ne peuvent en principe que recueillir une approbation et mettre en valeur les services concernés et

de façon générale le Ministère de la Communauté française.

On peut aussi aller plus loin dans la réflexion sur le sens de ce qui se fait. Quand on parle de prévention en santé, on pense directement à différentes approches; on peut citer notamment :

- l'information (connaître un risque est un droit et un préalable à la prise de décisions), que celle-ci soit transmise sous forme de campagnes, documents écrits, étiquetage...
- les mesures de protection : examens médicaux préventifs (à l'école par exemple), vaccinations,

mesures sanitaires visant la surveillance et le contrôle des produits de consommation (le plus évident étant l'alimentation);

- les mesures coercitives vis-à-vis des producteurs (par exemple multinationales du tabac, de l'alimentation);
- l'accessibilité des services de santé.

Malgré la connaissance des risques par la population, le tabagisme diminue peu, l'alimentation adéquate ne semble pas nous subjuguer, l'activité physique fait un pourcentage d'émules somme toute assez restreint, bref la TV, le PC,

la PlayStation, les chips et sodas semblent plus nous captiver que le contenu des informations santé. A cela s'ajoutent pour une part de plus en plus importante de la population – et c'est bien loin d'être secondaire – des conditions socio-économiques et environnementales peu propices à la prise de choix favorables.

Un travail de longue haleine

C'est donc bien à un autre niveau qu'il convient de travailler et de se positionner. Depuis de nombreuses années, la réflexion s'est orientée vers les déterminants de la santé, tous facteurs qui font que nous mangeons mal, que nous fumons... Il ne suffit en effet pas d'entendre la bonne parole, même convaincante, pour prendre de bonnes résolutions. Il se fait que chaque individu a en lui un potentiel incroyable d'écarts, une propension naturelle à certains plaisirs « interdits », une façon de réagir aux circonstances de la vie, à l'environnement, en adoptant des comportements qui semblent insensés. Outre cette tendance « déviante » - sans doute assez naturelle et spontanée - par rapport aux normes de santé, les conditions d'emploi, de logement, d'exclusion... mettent les personnes « vulnérables¹ » dans des conditions de possibilité de choix parfois réduites à néant.

Il faut donc plus que jamais donner la parole aux personnes et aux groupes dont ils font partie, favoriser la participation, l'expression des besoins, des désirs, des revendications, replacer la santé dans un contexte plus large que des risques évidents pour comprendre les possibilités de changement, reconnaître l'absence de choix possibles...

Cette prise de position, résumée ici, ambitionne de donner aux individus et aux groupes (écoles, familles, quartier...) une capacité d'agir vis-à-vis de soi-même, de son environnement de vie immédiat et de l'environnement plus large. Elle est en lien avec l'éducation permanente et dans une certaine mesure avec l'éducation pour ce qui concerne le renforcement des capacités à décider et à réagir, la nécessité d'entreprendre un dialogue au sein de ce milieu où se côtoient de multiples représentants de la société.

Dans ce contexte, la promotion de la santé vise peu l'immédiateté dans les modifications de comportements inadéquats. Consciente des multiples facteurs de vie intervenant dans ces comportements, voulant renforcer la décision et le choix, voulant agir ou faire réagir sur les conditions souvent inacceptables de vie, il semble peu crédible de proposer pour chaque problème de santé des solutions sous forme d'un livre de recettes.

Considérer que l'on peut résoudre par exemple le problème de l'obésité chez l'enfant en augmentant le nombre d'heures de gymnastique ou en interdisant à l'individu de consommer

relève à mon sens d'une grande naïveté. Tout au plus s'agit-il là de mesures d'appoint.

Ceci n'exclut toutefois pas que les conditions d'environnement exigent que des mesures strictes soient prises par les pouvoirs publics.

Toutes les stratégies (information, dépistage, protection, participation, renforcement de l'accessibilité) ne peuvent se décliner sans que ne se posent des questions essentielles.

Car, derrière ces notions assez positives, d'autres plus sérieuses et plus graves se font jour, se montrant a priori attractives et recevant trop rapidement sans doute une approbation généralisée : il s'agit de surveillance, contrôle, sécurité, interdiction, sanction... et trop souvent sans que cela ne paraisse inquiétant à personne.

C'est ce type de réflexions que je voudrais aborder maintenant, non pas en terme de solutions, mais de questionnement.

Des exemples permettront de mieux situer le niveau d'interrogation. Ils sont choisis en raison de leur actualité et des compétences de la Communauté française en matière de santé. J'aborderai la lutte contre le tabagisme sous l'aspect du pouvoir de la majorité, la lutte contre le cannabis sous l'alibi de la santé, la prévention du dopage comme contrôle de la société, et enfin l'alimentation comme facteur de stigmatisation.

La lutte contre le tabagisme sous l'aspect du pouvoir de la majorité

La lutte contre le tabagisme est un des combats très actuels. Les non-fumeurs représentent une majorité incontestable. Une partie de ceux-ci a entrepris un combat (une croisade ?) pour avoir le droit de respirer un air sain, sans effet dangereux pour la santé des non-fumeurs (tabagisme passif) et sans cette désagréable odeur pour un non-fumeur.

Ne pouvant obtenir l'adhésion de tous les fumeurs à leur demande, si une offre d'aide à l'arrêt du tabagisme a été proposée et déclinée, les exigences des non-fumeurs se sont renforcées et le discours d'interdiction totale se légitime. La moindre bouffée de cigarette prend des allures de danger public. Les limitations au tabagisme ne paraissent jamais assez sévères, chacun apportant sa pierre à l'édifice antitabac : interdiction de vente aux mineurs, taxation supplémentaire, interdiction de consommation dans les lieux publics, dans les entreprises, bientôt dans les cafés et restaurants... toutes mesures prises pour le bon motif, mais qui ont pour effet de contraindre de plus en plus l'individu. Le fumeur connaissant le danger est sensé s'abstenir, et dans le cas contraire, il devient asocial, voire délinquant.

Que penser de majorités qui se créeraient tout à coup pour interdire et surtaxer **tout ce qui semble nuisible à la santé et à la sécurité sociale?** Ce 'meilleur des mondes possibles' ne

vous fait-il pas peur ? La santé n'est-elle pas un levier pour renforcer des majorités peu respectueuses des minorités ?

La consommation de cannabis : l'alibi de la santé

Il est en Belgique assez difficile de comprendre si la consommation de cannabis est permise ou non. On peut en tous cas dire que la consommation personnelle des adultes, sans présence de mineurs et sans provoquer de troubles publics n'est pas punissable. On peut être pour ou contre cette loi. De façon un peu schématique, on dira que le ministère de l'Intérieur et tout ce qui s'y rapporte (la police) sont largement pour l'interdiction/sanction tandis que les acteurs en prévention des toxicomanies sont très réservés sur les mesures d'interdiction et sur l'opportunité de déclarer la guerre à ce produit.

La consommation chez les jeunes effraie beaucoup d'adultes qui ne font guère la distinction entre les différents produits. En terme de prévention santé et de promotion de la santé chez les jeunes, la connaissance des risques, la discussion autour de cette consommation, la prise de décision quant à sa consommation personnelle, la possibilité de gérer cette consommation, la prise en considération de l'environnement social et familial du jeune... sont des éléments autrement plus importants que des mesures abruptes d'interdiction, qui ont largement fait la preuve de leur inefficacité, et dont la réussite est toujours aussi peu probable de nos jours.

Plus que l'aspect santé, ce qui intervient ici est l'idée d'une société par rapport aux risques et aux plaisirs que prennent les jeunes, dans le domaine des consommations notamment. Et l'entrée de la police avec des chiens anti-drogues dans certaines écoles exprime clairement la pression d'une partie de la société pour imposer une interdiction. Cette lutte sous forme d'interdiction, de sanctions contre les consommateurs se fait selon un modèle clairement répressif mais au nom de la santé.

La santé servirait donc de soutien aux interdits.

La lutte contre le dopage comme contrôle de la société

La prévention du dopage poursuit deux objectifs déclarés, l'un relatif à l'éthique du sport, l'autre de protection de la santé.

La problématique santé du dopage n'est guère prioritaire. Quant à l'éthique du sport chez les professionnels, la question du dopage peut également paraître secondaire; les sommes mises en jeu et les références de société données aux jeunes par les sportifs de haut niveau d'une part, d'autre part l'esprit individualiste du gagnant promu par de nombreux clubs sportifs sont le plus souvent très loin de l'éthique.

Si la question du dopage semble mériter des stratégies répressives plus qu'éducatives, le secteur de

¹ Cette notion de vulnérabilité est ici préférée à d'autres comme défavorisé, précarisé. Chacun choisira...

la santé doit-il – en dehors d'un appui technique dans l'examen – apporter son soutien à une politique répressive ? Il suffit de savoir que les traces de cannabis (encore ce produit!) détectées chez un sportif sont punissables (détection égale sanction et dénonciation au parquet). Le consommateur d'un produit pourtant non dopant (le moins qu'on puisse dire est que le cannabis n'améliore pas les prestations sportives...), se trouve ainsi rattrapé par le système répressif. N'est-ce pas une façon détournée des partisans des interdictions vis-à-vis de certains comportements sociaux d'imposer via des mesures de santé un contrôle de la société ?

La norme de poids comme facteur de stigmatisation

Nos habitudes alimentaires sont intimement liées à notre mode de vie familial et s'acquièrent dès le plus jeune âge. Qu'une prévention en ce domaine soit justifiée ne paraît pas déraisonnable, vu l'impact de l'alimentation sur la santé. Ce constat de la nécessité d'une prévention ne devrait pourtant pas entraîner automatiquement la prise de mesures qui ne prennent pas en compte les facteurs de l'environnement familial et culturel liés à l'alimentation.

La prévention de la surcharge pondérale et tout ce que cela entraîne comme discours vis-à-vis des gros est un facteur de stigmatisation et d'exclusion des individus concernés; pour ce qui est des jeunes à l'école, il risque, en outre, d'être vécu comme un reproche vis-à-vis des parents, incapables de nourrir convenablement leurs enfants. Tout cela sans grand profit pour la santé publique...

L'injustice est intolérable

La santé est un reflet de la société. Comme la culture, l'éducation, etc. Mais elle n'est pas chargée de maintenir à tout prix la société telle quelle... Elle peut aussi être un facteur d'évolution, de mobilisation, de changement, insistant sur les situations inacceptables de la société, les injustices sociales, et ne pas mettre un pansement occlusif sur une plaie purulente, pour la cacher le plus longtemps possible.

Il semble plus aisé pour une société, dans n'importe quel contexte, économique, social, éducatif, d'emploi et de santé, de faire abstraction de certaines réalités qui remettraient en question ses propres modes de fonctionnement.

Dans notre société où la référence est une assurance tous risques, où la sécurité se confond avec le sécuritaire, il est de plus en plus courant que des mesures d'interdiction prennent le pas sur les démarches participatives, de responsabilisation et d'autonomie.

Les modes d'alimentation, les consommations (tabac, alcool, drogues, médicaments, jeux), etc. relèvent en partie de choix (goût du risque, plaisir) mais sont aussi des dérivatifs, des modes d'expression et de cristallisation d'un malaise profond. Comment ne pas comprendre que les conditions socio-économiques, que l'exclusion des plus défavorisés, que le rejet des groupes culturellement autres sont des éléments primordiaux dans certains comportements que d'aucuns considèrent de plus en plus comme intolérables (on parle si souvent de tolérance zéro!)? Il convient d'être, à mon avis, des plus réservés et méfiants vis-à-vis de toute mesure d'autorité. La société – ou ses représentants – se sentent rapidement chargés d'une mission plus dirigiste, interventionniste, au nom du bien public, pour le bien de l'individu, pour venir au secours de la sécurité sociale...

Le marché doit être régulé

Là où un rôle d'autorité s'impose, c'est certainement dans la prise de mesures adéquates dans la mise sur le marché de biens de consommation; il est en effet impossible pour chaque individu de connaître et de suivre lui-même ce marché. Les étiquetages par exemple peuvent nous aider mais ils creusent également l'écart entre riches et pauvres. Il convient de lutter contre la vaste tromperie ambiante, depuis les vendeurs de saloperies (tabac) jusqu'au marketing cynique de la 'vie saine', promulguant sans honte de nouvelles vérités sur la santé, engrangeant des profits démesurés pour un secteur aux mains de quelques multinationales, agro-alimentaires, avec maintenant

en plus la complicité des compagnies d'assurance. La reconnaissance de ce pouvoir et de cette tromperie est importante pour permettre de resituer la place de l'individu et des communautés dans le rôle qu'ils détiennent pour manifester leur avis et leur opposition à ce système; ce que d'aucuns nomment notre pouvoir d'agir. S'inscrire dans des démarches de citoyenneté, de co-responsabilité et de co-décision.

Si le comportement de l'autre peut nous paraître inacceptable, bien plus inadmissible devrait être notre approbation tacite de l'injustice socioculturelle, de la différence dans les acquis et les conditions de vie... qui apparaissent bien plus essentielles comme facteurs prédictifs de qualité et de durée de vie que bon nombre de facteurs de risque et qui expliquent très facilement ces comportements inadéquats.

L'évidence de santé publique et le principe de précaution dans une société encline à se pelotonner dans la sécurité maximale ne sont pas nécessairement des éléments de réponse à l'injustice sociale. La santé devrait toujours se positionner clairement, évitant d'une part de servir d'alibi à certaines prises de décision contraires à son objectif, et d'autre part de renforcer la prise de mesures sécuritaires ou d'être un élément favorisant l'intolérance.

Roger Lonfils, Directeur de la Promotion de la santé au Ministère de la Communauté française ².

Adresse de l'auteur : DG Santé Communauté française, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles.

Courriel : roger.lonfils@cfwb.be

Ce texte est une version légèrement remaniée d'un article préalablement publié dans *La plume du coq*, publication trimestrielle du Ministère de la Communauté française (n° 62, décembre 2005), reproduit avec son aimable autorisation.

² Ce texte n'est pas l'expression d'une position de la Direction générale de la santé; il traduit l'opinion personnelle de son auteur.

STRATÉGIE

Un nouveau métier pour les Services PSE... Accompagnement de l'intégration de nouvelles missions

Ce texte reproduit de larges extraits du rapport de synthèse d'un travail d'accompagnement d'un Service PSE par une formatrice intervenante externe à l'équipe durant 6 mois. En accord avec l'auteur et le commanditaire, nous avons rendu

anonyme le service en question.

L'objet et le cadre de l'accompagnement

En 2002, un nouveau décret est entré en

vigueur, imposant de nouvelles missions aux équipes des nouveaux services PSE. Ces missions supposent de nouvelles méthodes de travail, une autre analyse des réalités, un autre type de

partenariat avec les écoles et les familles et va jusqu'à remettre en question le fonctionnement des équipes.

Les deux équipes (d'un service) concernées par cet article sont composées de médecins et infirmières habitués à certains modes de travail, axés essentiellement sur le bilan de santé, certains depuis près de 20 ans. Un changement dans les pratiques et les modes d'appréhension du travail ne peut donc s'opérer du jour au lendemain. Ce changement implique la construction d'une nouvelle culture de travail et l'apprentissage de nouvelles habiletés.

Entre 2002 et 2003, la Croix-Rouge a eu pour mission de donner des formations de base aux services PSE sur les concepts de promotion de la santé et la mise en œuvre de ses démarches. Étant donné le nombre limité de places, tous n'ont pu participer à ces premières formations. De plus, un climat général de doute face à l'absence de moyens et de résistance face à un changement important de culture de travail a probablement constitué un frein important à toute tentative de transfert de ces formations. L'accompagnement proposé sur l'année scolaire 2004-2005 se devait donc de pallier certaines difficultés rencontrées précédemment, à savoir :

- permettre à tous de participer;
- permettre de manière continue une réflexion sur les projets dans lesquels l'équipe aurait envie de s'investir;
- permettre des échanges dans l'équipe sur les changements impliqués par ces nouveaux modes de travail.

Plus concrètement, la directrice et la formatrice-accompagnatrice intervenante externe ont fixé le cadre de travail suivant.

1^{er} axe : approfondissement de la démarche « Projet de promotion de la santé »

L'objectif est de permettre à l'ensemble de l'équipe de (re)voir les étapes nécessaires à la construction d'un projet de promotion de la santé en appliquant ces étapes à l'élaboration d'un « mini-projet » dans lequel chacun puisse prendre partie.

La mission de la formatrice est d'animer 3 réunions dans chaque équipe, leur permettant d'avancer dans les différentes étapes de construction d'un projet ainsi qu'une réunion de mise en commun et de décisions pour la suite.

2^e axe : accompagnement de la réflexion sur un projet de service

L'objectif est de soutenir l'équipe dans sa réflexion sur le choix d'un projet de service commun à mettre en œuvre à partir de la rentrée scolaire 2006. La mission de la formatrice est de soutenir, par une méthodologie adéquate, la réflexion entamée par la direction auprès de l'équipe.

3^e axe : formation à l'animation de réunions

L'objectif est que l'équipe s'approprie des techniques d'animation de réunion afin de développer

la capacité de chacun à pouvoir prendre en charge l'animation d'une réunion de travail, par exemple dans le cadre du développement d'un projet dans une école.

La mission de la formatrice est d'animer 2 demi-journées de formation aux différentes techniques d'animation, à la préparation et au suivi d'une réunion.

Fonctionnement actuel de l'équipe et du service : analyse, réflexion et confrontation

Plusieurs constats ont été faits au long de l'accompagnement, chaque fois discutés avec la directrice. Sur base de ceux-ci, la formatrice a adapté l'accompagnement.

Voici les principaux constats et réflexions :

Le service se compose de deux équipes, basées dans deux villes. La première compte 4 infirmières et 4 médecins, la seconde 2 infirmières et 2 médecins. Le personnel de la seconde a une longue ancienneté de travail.

Ces deux équipes présentent des profils et une dynamique assez différents : chacune travaille exclusivement dans sa région.

Dans l'accompagnement, il convient donc à la fois d'en tenir compte mais également d'essayer de multiplier les échanges pour favoriser l'appartenance à un même service. C'est ainsi que le premier axe a été travaillé de manière parallèle dans les deux équipes : l'idée était ainsi de permettre à chaque équipe de développer un mini-projet qui colle à sa réalité. Les deux autres axes ont été travaillé avec l'ensemble du service pour permettre une réflexion sur un projet de service commun et apprendre ensemble les techniques d'animation de réunions.

L'organisation du travail est telle que chaque école est associée à un médecin et une infirmière. Il est actuellement difficile de sortir de ce canevas. C'est ainsi que certains duos se trouvent davantage impliqués dans des projets d'école que d'autres et ce, en fonction du dynamisme et de la demande des écoles.

De même, chaque nouveau projet d'école n'est actuellement pas discuté dans l'ensemble de l'équipe vu qu'une infirmière et un médecin s'y consacrent directement, indépendamment de leur intérêt, de leur disponibilité ou de leur compétence.

La direction est attentive à d'autres modes de fonctionnement possibles.

Une première piste serait que des sous-équipes développent leur intérêt et leur compétence dans l'abord d'une thématique (ex : les assuétudes, l'alimentation, etc.). Suite à la demande d'une école, ce sont les personnes les plus concernées par la thématique qui pourraient s'investir dans la réponse à proposer.

Une autre piste, complémentaire, serait de dégager du temps de travail (0.5 ETP) spéci-

fique à la promotion de la santé. Une personne, spécialement formée et accompagnée, pourrait ainsi être un premier interlocuteur pour décoder la demande d'une école, s'assurer du suivi de l'ensemble des projets, soutenir la mise en place de projets plus novateurs, etc.

La réflexion fondamentale est que chacun puisse s'investir dans des actions de promotion de la santé, sans pour autant y être contraint, et selon ses propres disponibilités et désirs.

Dans l'accompagnement, il nous est apparu que les axes 1 et 3 devaient être appropriés par tous car tous devraient être amenés à s'impliquer, d'une manière ou d'une autre, dans une réunion de travail ou dans un projet d'école. Par contre, lors de l'animation autour de l'axe 2, il n'a pas été demandé à l'équipe d'aller jusqu'à la formulation du projet de service. Nous avons privilégié un espace de discussion, tandis que la formalisation se ferait avec le temps de travail consacré au développement de la promotion de la santé.

Arriver à mobiliser les équipes autour d'un projet de service commun est un enjeu important : à la fois pour la dynamique interne et pour la dynamique externe.

Les premières réflexions autour du projet de service poussaient l'équipe à choisir une thématique centrale à proposer aux écoles (ex : l'hygiène) ou encore une démarche à mettre en œuvre dans les écoles (ex : création d'une cellule santé). Cependant, la difficulté était d'arriver à proposer quelque chose qui suscite une demande « gérable » par le service.

Au fur et à mesure de l'accompagnement, l'équipe a pris conscience de l'importance des démarches à développer en interne avant d'aller susciter des démarches externes dans toutes les écoles, difficiles à gérer. C'est ainsi qu'a été mise en évidence toute la dimension d'accueil au sein du service lui-même, d'exploitation du temps en salle d'attente, d'information préalable aux communautés éducatives. Actuellement, cette dimension ne fait pas (ou peu) l'objet d'une réflexion et d'un programme d'action. Or, il s'agit là d'un projet « gérable », dans lequel chacun peut s'impliquer et qui peut avoir un impact sur les écoles. Il implique par ailleurs une vraie démarche de promotion de la santé.

Au cours de l'accompagnement, l'axe 1 a permis de travailler sur ce projet interne, de prendre conscience de sa pertinence et l'axe 2 l'a remis dans un contexte plus général.

Au niveau du personnel, les changements de rôle, voire même de « métier », sont parfois acceptés de manière fort variable. Ainsi, certains font preuve d'une volonté d'adaptation (« c'est dur, mais je veux bien essayer »), d'autres expriment un décalage en disant que la gestion de projet, ce n'est pas de leur ressort (« notre rôle est d'avoir un bon carnet d'adresses et de réorienter les écoles, pas de se lancer dans la gestion de pro-

jet »). Une autre collègue exprime au détour d'un debriefing sa désapprobation quant aux attitudes adoptées, dans le cadre d'un jeu de rôle, par la personne qui devrait assumer, l'année scolaire prochaine, un rôle de porteur de la promotion de la santé. L'hypothèse faite est que la différenciation dans les tâches entre collègues la dérangerait, bien qu'aucune hiérarchie dans les tâches n'existe.

L'option prise au cours de l'accompagnement est celle selon laquelle chacun est capable d'appréhender. Un rappel des missions énoncées dans le décret nous convainc de la nécessaire diversification des tâches.

Pistes d'action envisagées

Nous détaillons ci-dessous les actions menées dans les trois axes, en explicitant les démarches, les activités de formation et les contenus.

1^{er} axe : approfondissement de la démarche « Projet de promotion de la santé »

Afin d'approfondir la démarche, nous avons choisi de mobiliser les deux équipes sur la mise en œuvre de mini-projets adaptés à leur réalité. Au fur et à mesure de l'avancement des mini-projets, nous avons analysé la manière de procéder et ainsi construit notre schéma de réalisation d'un projet de promotion de la santé à partir d'une prise de distance par rapport à l'action.

Le cadre du projet a été imposé pour les besoins de l'exercice : il s'agissait de développer un projet autour de la salle d'attente (meilleure exploitation du lieu et du temps d'attente).

Dans un premier temps, nous avons mis en évidence les représentations de chacun sur la salle d'attente idéale. Nous avons ensuite décrit de la manière la plus précise possible l'état, le fonctionnement et le vécu de la salle d'attente actuelle, avec chacun des acteurs qui y est impliqué. Nous avons ainsi mis en avant les écarts entre la situation actuelle et la situation idéale. De là sont découlés des objectifs, objectifs généraux et objectifs plus opérationnels, que nous avons appris à rédiger.

L'étape suivante fut consacrée à lister les moyens d'action possibles pour contribuer à l'atteinte des objectifs. Les équipes ont ensuite choisi quelques-uns de ces moyens et ont planifié l'action.

Parallèlement au suivi des actions décidées, les équipes ont travaillé sur les indicateurs et les outils d'évaluation. Pour ce faire, elles ont d'abord listé les questions qu'elles se posent, en lien avec les objectifs poursuivis. Les critères et indicateurs sont ce qui permet de répondre aux questions posées. On construit ensuite les outils de recueil d'information nécessaires pour donner une réponse aux critères et indicateurs. Lors d'une séance commune avec les deux équipes, chacune a présenté l'ensemble de sa démarche à l'autre et nous avons fait le point sur ce qu'est une démarche de promotion de

la santé, en lien avec la « Grille de développement de projet santé » présentée comme annexe à l'arrêté du 18/07/03 en application du décret du 20/12/01 sur la PSE.

2^e axe : accompagnement de la réflexion sur un projet de service

Le débat sur le projet de service a été introduit par une appropriation collective des concepts PSE, projet santé et animation santé. Le groupe a ensuite identifié les 10 compétences-clé dont il a besoin pour assurer ses missions à propos des 3 concepts définis. Les voici telles que formulées par l'équipe :

1. Etre relais par une bonne connaissance des partenariats qu'on peut développer (animateurs, personnes-ressources, associations, centres de doc...);
 2. Etre capable de décoder une demande, de la faire émerger;
 3. Traduire une demande en projet, savoir comment structurer un projet;
 4. Gérer le temps, analyser, synthétiser;
 5. Avoir des compétences en écriture (rédaction du projet);
 6. Savoir parler en public;
 7. Animer, avoir des capacités pédagogiques;
 8. Etre capable de déléguer;
 9. Développer un bon contact avec les écoles et les intervenants (bon dialogue, bonne communication, coordination);
 10. Pouvoir « communiquer » en « accrochant ».
- Chacun a ensuite évalué comment il se positionnait sur ces différentes compétences et comment il positionnait l'ensemble du service, pris de manière collective.

Le débat sur le projet de service en lui-même a ensuite mis en évidence quelques critères de choix d'un projet : le caractère impliquant ou non du projet, le caractère réaliste ou non, les compétences nécessaires à sa mise en œuvre, le côté enthousiasmant.

Le débat a également souligné l'intérêt de commencer par un projet de service axé sur l'interne (comme l'accueil, le dialogue avec les écoles) plutôt que sur une offre de services vers l'externe (organisation de cellules santé dans toutes

les écoles, projet global sur l'hygiène...) difficilement gérable.

3^e axe : formation à l'animation de réunions

Les objectifs de ce 3^e axe étaient de permettre aux participants de clarifier ce qui entre en jeu dans la préparation d'une réunion (rédaction d'une convocation, choix d'un lieu, d'une date, choix de méthodes d'animation adéquates par rapport à l'objectif et au public-cible, les différents types de réunion...), de réfléchir à l'acte d'animation d'une réunion (les attitudes favorables à une « bonne » réunion, la gestion des participants « qui posent problème »...) et de comprendre les différentes manières de rendre compte d'une réunion (procès-verbal, rapport ou compte rendu). L'ensemble a été abordé de manière très active : un maximum de participants se sont exercés à la prise en charge d'un moment d'animation de la formation.

Evaluation (par rapport aux objectifs et au travail)

Chaque séance de travail a fait l'objet d'une évaluation, selon diverses méthodes. Voici quelques résultats.

Au milieu de la réflexion sur l'axe 1, chacun a été invité à se prononcer sur le degré d'applicabilité du projet « salle d'attente », son côté « réaliste ». Sur une échelle de 10, la première équipe s'est positionnée à une moyenne de 8, chiffre a priori fort positif, mais ponctué de commentaires laissant place au doute, particulièrement en matière d'évaluation. Ainsi, l'évaluation semblait quelque chose de trop théorique pour être réalisé : cet avis a changé lors de la dernière séance.

Lors de la réflexion sur l'axe 2, chacun s'est interrogé sur ses propres compétences et celles de l'équipe. Les 10 compétences choisies sont celles exposées plus haut. Voici le tableau des résultats : Dans l'évaluation individuelle, on constate pas mal d'extrêmes : autant certains s'estiment tout à fait compétents, autant d'autres s'estiment totalement incompetents (ex : compétence 4 : gérer le temps, analyser, synthétiser).

Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'équipe de manière collective, les différences sont également fort

A. Ma vision des compétences de l'équipe											B. Ma vision de mes propres compétences											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sujet 1	3	2	2	3	3	3	2	3	4	3		6	1	1	1	2	2	2	5	4	4	
Sujet 2	3	3	3	2	1	1	1	2	1	1		1	2	5	2	2	1	1		1	1	
Sujet 3	4	5	2	2	4	3	4	5	5	4		5	5	2	2	3	4	3	5	3	2	
Sujet 4	3	2	3	4	3	2	2	5	3	1		1	3	2	4	3	3	2	4	5	2	
Sujet 5	5	3	4	4	5	5	4	4	5	4		4	4	2	2	2	2	2	3	5	4	
Sujet 6	4	3	2	3	3	4	3	3	5	4		4	3	3	2	2	3	2	3	4	4	
Sujet 7	4	4	4	2	2	2	2	4	4	2		3	2	3	2	2	2	2	4	4	2	
Sujet 8	4	4	2	2	3	4	1	2	5	3		6	5	6	6	5	5	5	4	6	5	
Sujet 9	2	4	2	4	4	4	4	2	3	4		3	4	2	3	4	3	3	2	4	3	
Moy	3,3	4	2,7	2,7	3	3,3	2,3	2,7	4	3		Moy	3,7	3,2	2,9	2,7	2,8	2,8	2,4	3,8	4	3
Ec-type	1,2	0	1,2	1,2	1	1,2	1,5	1,2	1	1		Ec-type	1,9	1,4	1,6	1,5	1,1	1,2	1,1	1	1,4	1,3

1 = pas du tout - 6 = tout à fait

importantes par compétence. Par contre, une même personne a tendance à évaluer la compétence collective de la même manière, quelle que soit la compétence dont on parle. Et généralement, on s'estime plus compétent qu'on n'estime l'équipe compétente.

Au cours de la formation à l'animation de réunions, c'est-à-dire l'axe 3, à la fin d'une des 2 séances de travail, chacun a été invité à donner ses mots-clés, ce qui donne une certaine indication sur ce qu'ils associent à l'animation d'une réunion.

La réunion de clôture a d'abord permis à chacun d'identifier ses principaux apprentissages ou principales découvertes au long de l'accompagnement. Des représentations collectives ont ensuite été élaborées pour illustrer l'ensemble. Voici les principaux apprentissages cités par le groupe :

- élaboration d'un projet santé;
- synthèse et clarification du déroulement d'un projet santé;
- sensibiliser les élèves à améliorer leur environnement;
- faire participer plus activement les enseignants et les élèves lors de la visite médicale;
- approche plus globale de l'enfant, même en dehors des projets santé;
- améliorer le contact ou le dialogue avec les parents;
- mieux communiquer entre équipe PSE et école (direction, enseignants);
- manière différente d'être perçu dans les écoles (même si c'est encore insuffisant);
- écoute;
- intérêt général accru;
- se retrouver hors contexte quotidien, s'arrêter, prendre le temps de réfléchir ensemble, ça augmente la cohésion du groupe;
- travail en équipe
- PSE = travail d'équipe (importance d'échanger les idées, les expériences);
- renforcer l'idée de l'utilité, du besoin de partager avec l'équipe;
- découverte de moyens inexploités jusque là grâce à la discussion en équipe;
- la concentration d'énergies permet une plus grande efficacité;
- nécessité de ne pas décider seul de projets liés à la collectivité, importance de la concertation pour plus d'efficacité finale;
- importance du travail en équipe, des complémentarités entre les membres de l'équipe;
- importance du facteur humain sur le déroulement d'un projet;
- importance de l'humain, du respect et de la communication qui permettrait de désamorcer certaines bombes;
- importance de la répartition des tâches : éviter les doublons, de se marcher sur les pieds, économie d'énergie, respect de l'équilibre;

- connaissance des autres et de soi-même vis-à-vis de l'équipe et des écoles;
- support théorique indispensable mais parfois un peu fastidieux;
- nécessité d'un juste milieu entre la réflexion, l'apport théorique, l'action et l'évaluation;
- remise en mémoire de quelques définitions (but, objectifs, critères, indicateurs...).
- apprentissage de la modestie face au chantier immense de la promotion de la santé (travail sur des années : se donner du temps, quels que soient les moyens);
- penser à demander l'humeur du jour de chacun avant la réunion.

Enfin, un questionnaire final a permis d'évaluer l'appréciation de l'accompagnement par les participants sur un certain nombre de critères. Au niveau du contenu, l'accompagnement semble bien compléter (ou rafraîchir) les contenus proposés par la formation Croix-Rouge, mais ne propose pas énormément d'apports nouveaux. Au niveau méthodologique, le fait d'avoir travaillé sur des projets concrets est apprécié, même si davantage de simulations et de pratique serait encore réclamé. La plupart ont apprécié le positionnement de la formatrice ainsi que la possibilité d'être ensemble dans une formation spécifique pour eux. L'accompagnement sur des projets précis est le souhait le plus fréquemment formulé pour poursuivre le travail.

Quelques enseignements de cette expérience

Ce programme d'accompagnement d'équipe était financé par le Fonds social pour les Etablissements et Services de Santé (Fonds ESS). Cela présente de multiples avantages pour les services PSE. Voici les points essentiels relevés par la formatrice et la directrice quant à l'intérêt du programme.

L'opportunité d'organiser une **formation financée** a permis à l'institution de mettre en place une formation **sur site**. Avec deux implantations, cela a facilité la participation des personnes les plus éloignées en diminuant le temps de route. La possibilité d'organiser les séances sur chaque implantation a permis de gérer les disponibilités des participants pour favoriser la participation de tous.

Le processus mis en place va plus loin qu'une démarche de formation : il s'agissait d'un processus **d'accompagnement** qui, en termes de contenus, devait répondre aux besoins directs du personnel et des collaborateurs médicaux en fonction de leur propre travail de terrain. Ce module s'inscrit particulièrement bien dans un processus de formation continuée dont les attentes ont été discutées lors des réunions d'équipe préparatoires.

L'institution a pu, par cette offre, entrer dans une **démarche participative** plutôt que consummatrice. Selon l'avis de l'équipe, en général, des



Photo © Isopix

opérateurs de formation font offre de modules sans tenir compte des caractéristiques des publics visés : même offre pour tous. Les services décident donc de s'y inscrire sans trop savoir s'ils vont y trouver réponse à leurs attentes et où le premier critère pour y participer est la gratuité.

En termes de perspectives d'avenir, il nous semble important de continuer à promouvoir, à côté de l'offre de formation « classique », la possibilité d'un accompagnement évolutif, adaptable à la demande, centré sur des besoins identifiés et reconnus par l'équipe.

Ce module d'accompagnement d'équipe s'est voulu le plus **concret** possible avec quelques apports théoriques. La méthodologie utilisée a été **négociée** avant la réalisation et a favorisé la **démarche participative** des membres du groupe par des mises en situation, des exercices pratiques, de l'élaboration de projets, des jeux de rôles...

Cet accompagnement propre à l'institution a eu aussi l'avantage de renforcer une meilleure connaissance au sein de l'équipe et la **cohésion interne** en lui permettant de s'approprier son concept de la promotion de la santé à l'école. Tout le personnel et les collaborateurs ont pu y participer, ce qui a permis de **remettre tout le monde à niveau** en matière de développement de la promotion de la santé. Lors de la formation organisée par la Croix-Rouge, peu de personnes ont pu s'inscrire.

Dans notre cas, le **nombre de participants** était optimum (13) pour permettre des apprentissages groupaux et une évolution dans la dynamique du groupe. Lors de la formation organisée par la Croix-Rouge, le nombre de participants (une trentaine) était trop grand. Le programme proposé par le Fonds ESS a permis de développer cette action pour des plus petits groupes, ce qui nous semble indispensable.

Le groupe de formation était composé uniquement de **personnes d'une même institution**, faisant partie d'une même équipe de travail pendant l'année scolaire, depuis plusieurs années. En formation Croix-Rouge, les participants venaient d'institutions différentes et avaient des moyens très différents pour mener les mêmes missions, ce qui ne facilitait pas la cohésion du groupe autour d'un même projet de formation. De manière générale, la faisabilité du projet mené

avec le service PSE a été permise par l'offre du Fonds ESS. Ce projet présente plusieurs caractéristiques indispensables à la professionnalisation des équipes PSE, comme le caractère soutenu dans la durée (toute une année scolaire), l'organisation sur site, la possibilité de travailler dans un groupe restreint (à partir de sous-groupes de 4 personnes jusqu'à un grand groupe de 13, soit des nombres idéaux en matière de travail de groupe), le caractère davantage « accompana-

teur » que « formateur », le lien avec les pratiques et projets de terrain, la démarche complètement participative qui permet une meilleure connaissance réciproque, etc.

Anne Avaux, Formatrice-intervenante
Adresse de l'auteur : Mutualité chrétienne de Namur, rue des Tanneries 55, 5000 Namur.
Courriel : anne.avaux@mc.be.

MATÉRIEL

“Envie d'un bébé ?”

Une campagne de sensibilisation et d'information à la prise d'acide folique

La Ministre Catherine Fonck avec l'ONE et l'association Spina Bifida ont lancé une campagne grand public de sensibilisation et d'information intitulée «Envie d'un bébé?».

Cette campagne vise d'une part à inciter les femmes à visiter leur médecin avant leur grossesse et, d'autre part, à donner aux professionnels de la santé des informations pertinentes et à leur proposer des actions.

Un premier volet de cette campagne vise à sensibiliser les femmes à la *visite préconceptionnelle* afin de préparer au mieux la grossesse. Cette visite doit permettre de dépister des maladies génétiques ou endocriniennes, de prévenir les complications liées à d'éventuelles maladies infectieuses, d'accompagner éventuellement le sevrage des assuétudes (alcool, tabac...) et de prescrire les nutriments si besoin est.

Un second volet porte sur la prise d'*acide folique* (vitamine B9), qui permet de prévenir la Spina Bifida (malformation localisée de la moelle épi-

nière, de ses enveloppes et des vertèbres qui l'entourent). Dans les formes graves de cette maladie, un segment de moelle et le rachis qui l'entoure sont défectueux et tout le territoire nerveux qui en dépend se trouve paralysé et anesthésié, privé de relations normales avec le cerveau, entraînant dès la naissance des paralysies d'importance variable selon le niveau et la gravité de la malformation.

En Communauté française, on dénombre un cas sur 2000 naissances. Une mesure préventive et simple existe : la prise d'acide folique (vitamine B9) quelques mois avant la grossesse et durant les premières semaines de celle-ci, ce qui permet de réduire de 50 à 70 % le risque d'anomalie de fermeture du tube neural.

Les messages de cette campagne sont diffusés depuis février via des dépliants, affiches, sites web (www.vitamineb9.be; www.one.be), spots radio et tv, lettres d'information...

D'après un communiqué de presse du Cabinet de la Ministre Fonck



Dérives alimentaires

Entre anorexie et boulimie, régimes de toutes sortes et augmentation vertigineuse des cas d'obésité, crises alimentaires et famines, succès des fast-food et interdiction des distributeurs de sodas dans les écoles, gastronomie et diététique, industries agroalimentaires et produits bio, etc.: notre rapport à l'alimentation en ce début de vingt-et-unième siècle est assurément problématique.

Est-ce un luxe de pays riches ou le signe d'un mal-être plus profond ? Comment retrouver le

plaisir de manger sans culpabilité ? Comment bien vivre les repas en famille et éduquer les enfants à une alimentation saine et variée ? Comment réagir face à un proche qui souffre d'anorexie ? Quelle attitude adopter face à un enfant qui a tendance à prendre du poids ?

Voici quelques-unes des questions que pose ce dossier des Nouvelles Feuilles Familiales, au départ de l'expérience de parents et de l'éclairage de spécialistes de différentes disciplines. Une approche pluridisciplinaire qui fait se croiser les

points de vue familial et éducatif, psychologique et médical, culturel et social.

Dérives alimentaires, Dossier n° 73 des Nouvelles Feuilles Familiales, septembre 2005. A commander (8,70 euros + frais de port) aux éditions Feuilles Familiales, asbl, Rue du Fond, 148 à 5020 Malonne. Tél : 081 45 02 99. Fax : 081 45 05 98. Courriel : mcf@skynet.be. Site : www.couplesfamilles.be

MVA

Croissance contre santé, quelle responsabilisation du malade ?

A l'encontre de bien des idées reçues, **Christian Léonard**, l'auteur de cet ouvrage décapant, nous invite à une réflexion citoyenne et critique sur les prétendus bienfaits de la croissance économique et des moyens que les gouvernants mettent en œuvre pour la favoriser. D'une part, afin de modérer les dépenses publiques et de Sécurité sociale, nous assistons à un désengagement progressif de l'État et à une responsabilisation croissante des bénéficiaires de ces biens publics, et d'autre part tout concourt à encourager (parfois de façon irresponsable) notre comportement de consommateur de biens privés.

Ce premier paradoxe se complète d'un second : en fait, cette responsabilisation croissante au niveau des dépenses (para)publiques se révèle un leurre, au fond il n'est pas souhaitable que cette responsabilisation soit (par trop) réussie, car la rentabilité des activités économiques que génèrent ces dépenses pourrait s'en ressentir... La médicalisation des problèmes sociaux en est la preuve.

Ce double paradoxe est abondamment illustré, dans les deux premières parties du livre, à l'aide d'exemples récents de 'réformes' menées par divers pays européens. La tendance croissante à la privatisation et à la marchandisation des biens publics se révèle par bien des symptômes : réduction graduelle des recettes (via la diminution des cotisations sociales, la réduction d'impôts), sélectivité des interventions publiques, glissement vers les couvertures privées, etc.

Cette tendance est franchement discutable, pour bien des motifs. Si les contribuables que nous sommes tous peuvent se réjouir à court terme d'une pression (para)fiscale moindre, qu'en sera-t-il à long terme ? Ce désengagement de l'État n'est-il pas dommageable, surtout pour les plus faibles ? Tous les biens que nous considérons jusqu'ici comme des biens collectifs, seront-ils vraiment mieux délivrés (et à moindre coût) par d'éventuels opérateurs commerciaux ?

Quant à la responsabilisation des bénéficiaires des deniers publics, elle se manifeste également par le fait que les 'mauvais' comportements sont sanctionnés, les comportements 'adéquats' sont récompensés (on parle alors d'activation). Encourager un comportement socialement et sanitaire correct, satisfaire à un style de vie standardisé et performant, est-ce vraiment la clé du bonheur ? En tant qu'assurés sociaux, utilisateurs de biens publics, sommes-nous réellement tenus de 'mériter' les interventions dont nous bénéficions ? Espère-t-on réellement diminuer ainsi les inégalités sociales bien présentes dans nos sociétés d'abondance ?

Finalement, il ressort de tout cela l'impression que tout un chacun se voit réduit à n'être plus qu'un

« simple objet fonctionnel de la croissance ». Cette dérive 'économiste' (de tendance néo- et/ou ultra-libérale) est vigoureusement dénoncée : si nous sommes bien des êtres libres et responsables de nos actes, nous n'en sommes pas moins également structurés par un ensemble de déterminismes sociaux, culturels, géographiques qui s'imposent à nous, encore et toujours.

L'auteur continue sa réflexion, dans la dernière partie de son ouvrage, en abordant l'influence de la technologie dans le champ médical. Les perspectives ouvertes par les progrès récents en matière de procréation assistée, de clonage, de manipulations génétiques, de diagnostic prénatal, etc, nous imposent une réflexion éthique approfondie.

Vivons-nous au sein d'une société d'hommes 'fabriqués' sur mesure ? Tout développement technologique, bien qu'économiquement rentable, est-il éthiquement souhaitable ? Pour Christian Léonard, la réponse n'est ni un retour au 'bon vieux temps', ni une fuite en avant : « Nous défendons l'idée que le salut de la société telle que nous la connaissons, avec ses structures collectives qui concrétisent les principes fondamentaux de la solidarité, passe par un regain de morale et d'éthique comme frein aux élans dévastateurs des forces du marché. Se réapproprier les valeurs morales ne signifie pas [...] étouffer les plaintes individuelles légitimes par des positions obscurantistes. La pluralité de fait de nos sociétés est le meilleur garant que l'on tienne compte des souffrances personnelles mais elle doit être aussi l'assurance que le bien-être collectif ne soit pas que la somme de bien-être individuels ».

Aristote enseignait, dans son traité sur la Politique, que l'homme « est par nature un être destiné à vivre en cité », que cette dernière « existe pour permettre de **vivre bien** » (I, 2).



Enfin, qu'au sein de la cité « il appartient à un **bon** législateur de considérer comment une cité, une race d'hommes ou toute autre communauté pourra participer à **une vie bonne** et au **bonheur** qui lui est accessible » (VII, 2).

Nous avons la chance de vivre au sein d'une cité démocratique, n'hésitons pas alors à agir en tant que citoyens et, à l'instar de Christian Léonard, à interpellier et rappeler à notre législateur qu'« un pari vers plus d'humanité » n'est pas un vain projet.

Hervé Avalosse, Département Recherche & Développement ANMC
Christian LEONARD, Croissance contre santé, Couleur Livres, 2005, 136 pages, 18 euros.

Offre spéciale abonnés - Bon de commande

Nous pouvons vous offrir *Croissance contre santé* au prix de 16 euros, frais d'envoi inclus.

Nom :

Prénom :

Institution :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Je commande exemplaires de *Croissance contre santé* au prix unitaire de 16 euros (frais d'envoi compris).

Je verse la somme de euros au compte 799-5524509-70 d'Infor Santé, ch[®] de Haecht 579, 1031 Bruxelles, avec la mention 'livre croissance' dans la rubrique communication.

Vous recevrez votre exemplaire quelques jours après la réception de votre paiement.

Offre valable exclusivement en Belgique.

Gestion de projet

Bruxelles

11 et 12 mai 2006

Formation "Construire, gérer et évaluer ses projets", par **Marc Impe**, STICS ASBL.
Lieu : Arobaz, chaussée de Waterloo 412C, 1050 Bruxelles.
Formation gratuite, inscription obligatoire.
Renseignements : CFS ASBL, 02 543 03 00, christine.huc@cfsasbl.be

Santé mentale

Bruxelles

15 mai 2006

Similes Bruxelles asbl organise une conférence sur le thème "Pour mieux vivre avec le trouble bipolaire - Maniaco-dépression et psycho-éducation".
Avec le **Prof. Dominique Pardoën** (Psychiatre ULB - Hôpital Erasme), **M^{me} Sabine Martens** (infirmière en santé mentale), **M^{me} Pascale Fransolet** (administratrice à l'ASBL Le Funambule, patiente maniaco-dépressive).
Lieu : Auberge de jeunesse Jacques Brel, rue de la Sablonnière 30, 1000 Bruxelles (à 20 heures).
PAF : 5 €/personne, 3 € étudiant.
Renseignements et inscriptions : Similes Bruxelles, tél. 02 511 99 99, fax 02 511 06 19, courriel.bruxelles@similes.org.

Education relative à l'environnement

Liège

19, 20 et 21 mai et 2 juin 2006

L'Institut d'Eco-Pédagogie organise une nouvelle formation de base (4 jours dont 3 en résidentiels) aux techniques d'animation en ErE.
Objectifs : développer des compétences en matière d'éducation et d'animation relative à l'environnement; explorer et expérimenter diverses façons de concevoir et d'animer des activités relatives à l'environnement; acquérir des outils et techniques d'animation transférables dans divers milieux d'intervention; découvrir les domaines que recouvre l'ErE.
La formation s'adresse à toute personne ayant une expérience de " terrain " dans l'animation, la sensibilisation et la formation avec un public d'enfants, d'adolescents et/ou d'adultes : animateurs, éducateurs, formateurs, enseignants, acteurs de l'ErE, du développement, de la santé...
Pratiquement :
Cela se passera à Liège, Espace Belvaux - Service Jeunesse de la Province de Liège (189, rue Belvaux à Grivegnée - Liège), le 1^{er} jour dès 14h et les 2 suivants en résidentiel, le 4^e jour de 9h30 à 17h.
Tarif : 100 euros (logement, repas, assurances, matériel spécifique compris).
Clôture des inscriptions le **8 mai 2006**. Attention, nombre de places limité.
Pour que votre inscription soit effective, il convient de verser les 100 € au compte 001-2410397-23 de l'Institut d'Eco-Pédagogie avec les mentions Nom + prénom + TA mai 06 et de nous avvertir de votre inscription (cette précaution est nécessaire vu les délais bancaires).
Cette formation aura également lieu les 29, 30 septembre, 1 octobre (résidentiel) et 6 octobre à Liège. En collaboration avec Education-Environnement asbl et avec le soutien de la Communauté française.
Pour tout renseignement : IEP (Institut d'éco-pédagogie asbl) B22 Sart-Tilman à 4000 Liège.
Tél : +32 (0) 4 3663818 Email : ee-iep@quest.ulg.ac.be

Personne âgée

Mons

20 mai 2006

L'UCP - mouvement social des aînés asbl fête ses 50 ans à l'occasion d'une grande fête ouverte à tous qui se déroulera à Mons Expo le samedi 20 mai de 9h30 à 18h. L'UCP y présentera ses multiples facettes : les activités culturelles, éducatives, artistiques, sociales ainsi que les actions citoyennes. Des partenaires extérieurs ont également été sollicités pour présenter, leurs activités au travers de stands ou d'animations.
Différents villages proposeront des animations tantôt ludiques, tantôt plus sérieuses : le village citoyen, le village culturel, le village éducatif, le village artistique, le village santé, le village cyber, le village recherche de sens, et le village sportif.
Pour tout renseignement : UCP, chaussée de Haecht 579 bte 40, 1031 Bruxelles.
Tél.: 02 246 46 72. Courriel : ucp@mc.be.

Personne âgée

Namur

27 mai 2006

L'ASBL Sports Seniors organise une journée consacrée à la problématique des chutes chez les personnes âgées et les personnes moins valides, en collaboration avec Féma/Essor.
Au programme :

- la problématique des chutes chez les personnes âgées, par le D^r Schoevaerdt;
- l'aménagement du lieu de vie, Solival Wallonie-Bruxelles;
- les aides à domicile, le rôle de l'infirmière, de la télé alarme, du kinésithérapeute, Permanence Soins à domicile;
- ateliers d'information pratiques et de gymnastique préventive.

Lieu : Facultés universitaires Notre-Dame de la Paix, Auditoire L1 de la Faculté de philosophie et lettres, rue Graffé 1, 5000 Namur.
Entrée gratuite. 3 € pour la collation, à verser pour le 22 mai 2006 sur le compte de Sports Seniors 799-5503713-32 en indiquant « Journée chutes, vos nom prénom et adresse ».
Nombre de places limité. Inscription obligatoire.
Renseignements : Sports Seniors ASBL, chaussée de Haecht 579 bte 40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02 246 46 74. Fax 02 246 46 77. Courriel : sports.seniors@mc.be.
Inetnet : www.sportsseniors.be

Tabagisme

31 mai 2006

Journée mondiale sans tabac du 31 mai 2006 : "Le tabac mortel sous toutes ses formes".
Renseignements sur le site de l'Organisation mondiale de la santé : <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/fr/index.html>

Tabagisme

Gembloux

31 mai 2006

A l'occasion de la journée mondiale sans tabac, la Ville de Gembloux et la Maison de l'Enfance « Les Tarpan » organisent une matinée d'échanges autour du thème « le tabac et la femme enceinte ».
Au programme :

- Les risques liés au tabac chez la femme enceinte, par **Véronique Godding**, pédiatre tabacologue.

- Les traitements médicamenteux dans l'aide à l'arrêt chez la femme enceinte, par **Laurence Galanti**, médecin biologiste, responsable du CAF de Mont-Godinne.
 - Le programme d'aide au sevrage tabagique, la formation à l'entretien motivant et en tabacologie, par **Caroline Rasson**, responsable du Service Prévention Tabac du FARES.
 - La prise en charge des consultations tabagiques chez la femme enceinte et allaitante, par **Joëlle Dutrieux**, sage-femme tabacologue.
- Des temps de témoignages, d'échanges et de partage d'expériences agrémenteront la réflexion tout au long de la matinée.

Lieu : Maison Internationale, salle « Les Cénobites », av. Maréchal Juin 20 à Gembloux (de 9h à 13h).
Entrée gratuite. Réservation obligatoire.
Renseignements et réservation : Catherine Williquet, Ville de Gembloux, Département Projets, rue du Huit Mai, 5030 Gembloux. Tél.: 081 62 63 34.
Courriel : catherine.williquet@gembloux.be

Drogue

Gand

2 juin 2006

Les Forums belge et européens pour la sécurité urbaine et leurs partenaires du projet DC&D organisent *Démocratie, Villes & Drogues 2*, la 2^e conférence des réponses locales et participatives en matière de drogues.

Au programme :

- Ouverture par M. **Frank Beke**, Bourgmestre de Gand et Président du Forum belge pour la sécurité urbaine, et par M. **Freddy Thielemans**, Bourgmestre de Bruxelles et Président du Forum européen pour la sécurité urbaine.
 - Promouvoir les réponses locales et participatives en matière de drogues (présentation du projet et des différents groupes de travail).
 - La plus-value des échanges de pratiques à l'échelle européenne (présentation d'expériences de villes belges et européennes).
 - Ateliers
 - Comment initier une stratégie et un plan d'action municipal en matière de drogues.
 - Comment mieux intégrer les centres d'accueil pour usagers de drogues dans leur environnement; gestion des conflits, implication des habitants.
 - Consommation de drogues en milieu festif : le développement des projets locaux de "safer dance" impliquant les élus, les associations, le personnel des discothèques, les forces de police...
 - Comment réduire la distance existant entre les élus, les professionnels du soin et les universitaires au regard de la conception et de la mise en place des politiques locales en matière de drogues ?
 - L'approche intégrée au sein des stratégies municipales - la participation des centres de soins.
 - Les actions de prévention en milieu festif et la problématique du "testing" - Les initiatives dans les quartiers - La position de l'utilisateur de drogue dans les politiques d'approche personnalisée.
- Contacts : **Thierry Charlois**, chef de projet, Forum européen pour la sécurité urbaine, rue Liancourt 38, F-75014 Paris. Tél.: +1 40 64 49 00.
Courriel : conference-gent@democitydrug.org.
Sites : www.fesu.org - www.democitydrug.org.

Education du patient

Bruxelles

2 et 3 juin 2006

Dans le cadre du cycle annuel de séminaires-conférences en éducation du patient, l'Unité d'éducation pour la santé RESO-UCL organise le séminaire *Education thérapeutique, une stratégie d'assistance continue centrée sur la personne*, animé par le **D^r R. Marcolongo** (Hôpital universitaire de Padoue). Cela se passera

- le vendredi 2 juin 2006, de 14 à 18h, à la Faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain (Woluwé-St-Lambert), Centre faculté 4
- et le samedi 3 juin 2006, de 9 à 17h, à la Faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain (Woluwé-St-Lambert), local 80 C (code EDUS 2441/3).

Réservation indispensable (10 jours avant la date du séminaire), accès limité à 30 participants.

PAF : étudiants EDUS gratuit; autres 50 euros.

Renseignements et inscription : *M^{me} N. Joris*,

Unité RESO-UCL, Centre faculté -1, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles. Tél. 02 764 50 70. Fax : 02 764 50 74.

Courriel : *joris@reso.ucl.ac.be*

Education du patient

Bruxelles

8 et 9 juin 2006

Dans le cadre du cycle annuel de séminaires-conférences en éducation du patient, l'Unité d'éducation pour la santé RESO-UCL organise le séminaire *Education du patient : méthodes et évaluations*, animé par le **Prof J-F. d'Ivernois** (U.F.R. de Bobigny, Faculté de médecine, Université de Paris-Nord).

Cela se passera

- le jeudi 8 juin 2006, de 14 à 18h, à la Faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain (Woluwé-St-Lambert), Centre faculté 1
- et le vendredi 9 juin 2006, de 9 à 17h, à la Faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain (Woluwé-St-Lambert), local 80 D (code EDUS 2442/2).

Réservation indispensable (10 jours avant la date du séminaire), accès limité à 30 participants.

PAF : étudiants EDUS gratuit; autres 50 euros.

Renseignements et inscription : *M^{me} N. Joris*,

Unité RESO-UCL, Centre faculté -1, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles. Tél. 02 764 50 70. Fax : 02 764 50 74.

Courriel : *joris@reso.ucl.ac.be*

Personne âgée

Bertrix

16 juin 2006

Journée sur le thème « De l'isolement au suicide : alternative de la personne âgée ? », organisée par la Commission Aînés de la Plate-forme de concertation en santé mentale.

L'«agitatrice» de la journée sera le **D^r Lise Thiry**.

Au programme :

- Présentation des orateurs par **J. Danhaive**, Service des actions de promotion de la santé mentale
- Qu'en est-il du suicide des personnes âgées ?
- Suicide ou abandon de la lutte ?, par le **Docteur R. Gueibe** (psychiatre à l'hôpital Saint-Pierre d'Otignies; formateur à l'Institut la Source de Parie en psychiatrie-psychologie et éthique de la santé)
- Et la maltraitance dans tout ça ?, par le **Docteur Nicolas Berg** (Médecin gériatre, responsable du service gériatrique du Centre Hospitalier du Bois de

l'Abbaye; Vice-président de la Société belge de gérontologie et de gériatrie, Président du CAPAM « Centre d'Aide aux Personnes Agées Maltraitées »

- Les deuils comme déterminants et l'accompagnement du deuil par suicide, **D.Clic** (psychologues du service provincial)
- A chacun ses croyances », par **Kadri Agha** (anthropologue des religions)
- Pour des perspectives provinciales, par les Députés permanents **Daniel Ledent et Jean-Marie Carrier**
- La personne âgée : une ressource, par le **D^r Ch. Gilles** (Psycho gériatre au CHA de Sainte-Ode)

Cette journée se déroulera dans la Salle verte du CUP, route des Ardoisières, de 9h30 à 16h30.

Plate-forme de concertation psychiatrique de la Province de Luxembourg, route des Ardoisières 100, 6880 Bertrix.

Internet : <http://www.platfomepsychlux.be>

Sexualité

Bruxelles et Liège

22 juin. 26 septembre. 26 octobre et 24 novembre 2006

La Fédération des Centres pluralistes de planning familial organise un module de formation « Orientations sexuelles et questions de genre. Des outils pour aborder ces questions », en collaboration avec l'asbl Magenta. Ce module s'adresse aux intervenants psycho-médico-sociaux, aux accueillants, aux enseignants et à toute personne intéressée par le sujet.

La personne-ressource pour ce module sera Rosine Horincq, directrice de Magenta ASBL psychologue clinicienne, psychothérapeute systémique.

Le module s'organise autour :

- d'une journée de sensibilisation et de formation initiale;
 - de trois autres journées spécifiques, ouvertes uniquement aux personnes ayant participé à la première journée.
- Participation libre à 1, 2 ou 3 journées.

1. La réalité des jeunes d'orientation homo ou bisexuelle ou des jeunes en questionnement. Date et lieu : le mardi 26 septembre 2006 à Bruxelles.

2. Les adultes d'orientation homo ou bisexuelle (conjugalité, parentalité, etc.). Date et lieu : le jeudi 26 octobre à Liège.

3. Les relations entre les sexes et les constructions de genre. Date et lieu : le vendredi 24 novembre à Bruxelles.

Horaire : de 9 à 17h.

Adresses :

A Bruxelles, FCPPF, rue du Trône 127, 1050 Bruxelles.

A Liège : Centre de planning familial Infor-Familles, En Féronstrée 129, 4000 Liège.

PAF : 35 euros par journée pour les membres de la FCPPF, 50 euros par journée pour les non-membres.

Les inscriptions sont clôturées 15 jours avant le jour de formation.

Renseignements : FCPPF, rue du Trône 127, 1050 Bruxelles.

Tél. : 02 514 61 03. Courriel : *fcppf@liguedesfamilles.be*.

Internet : www.sexeducamour.info

Appel à projets

Avant le 30 juin 2006

Lorsqu'un proche, parent, enfant, ou même ami ou voisin, se trouve dans une situation où son autonomie dans la vie quotidienne est gravement limitée, pour une longue période ou pour toujours (pathologie liée au grand âge, maladie grave, handicap, accident grave), c'est souvent l'entourage proche qui prend en charge la

personne dépendante. Les circonstances l'imposent et font que le choix n'est pas entièrement libre. Le souci de privilégier la qualité de vie de la personne dépendante, le manque de moyens financiers et l'absence de connaissance ou d'information sur les structures et les soutiens existant, influencent cette option lourde de conséquences, physiquement, psychologiquement et socialement pour l'aidant proche et son entourage. La Fondation Roi Baudouin soutient des projets en faveur des aidants proches de personnes en situation de dépendance. Une aide financière de 500 à 5000 euros sera octroyée à chaque projet sélectionné.

Qui peut introduire un dossier? Les groupes ou les associations qui regroupent des aidants proches, des personnes à l'autonomie limitée (personnes malades, handicapées, âgées, etc.), des familles de ces personnes, des bénévoles, des groupes d'entraide; les services spécifiques des communes, CPAS, provinces; les services d'aide sociale comme les services d'aide à domicile, les services de répit, les services d'accueil d'urgence; toutes les organisations ou institutions qui d'une manière ou d'une autre prennent en compte cette problématique.

Pour quel type de projets? Des projets qui :

- soutiennent les aidants proches, la famille et l'entourage des personnes à l'autonomie limitée et renforcent leurs moyens;
- rompent l'isolement social des aidants proches et leur permettent d'échanger des expériences;
- développent des solutions concrètes pour faciliter la vie au quotidien des aidants proches afin qu'ils puissent s'appuyer, par exemple, sur des dispositifs de répit, des services d'accueil, d'aide ou de soins, à l'extérieur ou à domicile, par des professionnels ou des bénévoles;
- proposent des programmes de ressourcement, des aides psychologiques;
- informent et accompagnent les aidants proches de manière efficace sur le plan de leurs droits juridiques, administratifs et financiers; sur des solutions concrètes à leurs besoins;
- renforcent la reconnaissance, la valorisation, la visibilité des aidants proches au sein de la société et sensibilisent sur le rôle qu'ils jouent.

En pratique :

Téléchargez le dossier de candidature à l'adresse

www.kbs-frb.be ou si vous ne disposez pas d'une connexion internet téléphonez au 070-233 065.

Complétez-le et renvoyez-le pour le **30 juin** au plus tard.

La sélection sera effectuée par un jury indépendant en septembre 2006. Les résultats de la sélection seront annoncés en octobre 2006.

Pour plus d'information, téléphonez au 070-233 065 ou envoyez un courriel à *proj@kbs-frb.be*.

Pour des questions spécifiques, vous pouvez contacter Nathalie Troupée au 02 549 02 09.

Médecine générale

Le prix du Centre liégeois de promotion de la santé récompense depuis 4 ans un travail de fin d'études du Diplôme d'Enseignement spécialisé (DES) en médecine générale, en collaboration avec la Province de Liège et le Département de médecine générale de l'Université de Liège.

Le travail de la lauréate 2005, **Isabelle Humblet**, porte sur la place essentielle occupée par le médecin de famille dans l'information de ses patients à propos des mesures de prévention de la mort subite du nourrisson.

Après un bref rappel théorique et une description du rôle du médecin généraliste dans la prévention de la mort subite du nourrisson, l'auteur nous présente l'enquête qu'elle a menée auprès de 104 patients. Cette recherche lui a permis d'évaluer les connaissances de ces patients dans ce domaine et d'estimer leur statut tabagique. Son étude comporte également un volet plus pratique qui reprend les outils d'information existants et ceux que l'auteur a mis au point.

Ce travail intéressant met en évidence le manque d'information des patients en ce qui concerne les mesures de prévention de la mort subite du nourrisson, malgré les campagnes menées régulièrement sur ce thème en Communauté française. Il propose d'autre part aux médecins des outils qui leur seront utiles dans leur pratique quotidienne.

Information communiquée par Chantal Leva, CLPS

ImagéSanté

Le Festival *ImagéSanté* a notamment pour objectif de promouvoir le thème de la santé auprès du grand public. Il propose en compétition plus d'une centaine de films, traitant de sujets comme l'éducation à la santé, l'alimentation, le sport, l'environnement ou le bien-être de la personne handicapée.

Au cours du festival, le jury prime une vingtaine de courts métrages diffusés auprès du grand public dans le courant de l'année écoulée. Ces films sont mis à la disposition des enseignants et des animateurs, comme support dynamiques de conférences, présentations et autres débats.

Le palmarès de l'édition 2006 est disponible sur le site <http://www.imagesante.org/fr/e2006.php>.

Signalons les prix attribués à deux outils que nous vous présentons dans le n° 210 de mars 2006 : le 3^e prix d'éducation à la santé attribué au programme "Informé par le jeu à l'hôpital", et le premier prix dans la catégorie meilleur site Internet attribué au site <http://www.corpscite.be>. Bravo à tous les deux!

Publications

Sida

Le service documentaire RESODOC UCL et le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles publient un nouveau (et très volumineux) recueil documentaire sur le thème du sida.

On y trouve d'une part des documents d'ordre général et épidémiologique sur le sida et sa prévention, en ciblant le plus possible la Belgique, et d'autre part des documents qui abordent plutôt la problématique du sida dans des milieux spécifiques : milieu carcéral, milieu de la prostitution, milieu homosexuel, milieu du handicap...

Les auteurs du recueil ont volontairement laissé de côté les articles concernant les méthodes de transmission du virus, les différentes thérapies actuellement pratiquées, le vécu et la prise en charge des séropositifs, l'éducation affective et sexuelle en milieu scolaire, tous thèmes qui feront prochainement l'objet d'un second recueil documentaire sur le sida.

Les recueils peuvent être acquis moyennant une participation aux frais de reproduction de 13,20 € (frais de port inclus pour la Belgique) par recueil.

Renseignements : RESODOC UCL, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles. Tél. 02 764 50 70.

Contacts : Yvette Gossiaux (gossiaux@reso.ucl.ac.be) ou Karine Verstraeten (Karine.Verstraeten@reso.ucl.ac.be).

Assuétudes

Une société, pour pouvoir fonctionner, doit être organisée. Les lois, les codes de conduite, les règlements divers sont les outils que tout groupe constitué d'individus se crée pour rendre possible le « vivre ensemble ».

Dans nos démocraties, ces ensembles de normes sont définis par consensus par des institutions censées être représentatives des citoyens, tous égaux devant ces lois. Si, en apparence, on peut penser que toute loi est "neutre" ou se revendique comme telle, il ne faut pas oublier qu'elle est toujours construite en référence à un ensemble de valeurs. Encore faut-il savoir quelles valeurs sous-tendent ces normes. Quels sont leurs objectifs ? Au service de qui, ces lois, ces règles sont-elles instaurées ? Peut-on tout gérer par la loi ? Quel projet de société y a-t-il derrière cette multiplication de lois, de décrets, d'arrêtés, de règlements ? Quels en sont les enjeux ?

Voici quelques questions que le 38^e Cahier trimestriel de Prospective Jeunesse, intitulé Enjeux de lois, se propose d'aborder.

Pour commander ce Cahier (6,20 €/numéro)

ou recevoir la liste des autres numéros parus,

contactez Claire Haesaerts, Secrétaire de Rédaction

au 02 512 17 66 fax : 02 513 24 02,

courriel : claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be

Sommaire

Initiatives

La prévention du tabagisme chez les jeunes : nouvelles du Québec, par Geneviève Houlioux et Danielle Piette	2
Les jeunes et l'alcool	5
Au Burundi, des prostituées déclarées et responsables, par Emmanuel Ngendanzi	7
Cancer du sein, quels types de prise en charge, quelle qualité de vie ?	8
La tuberculose, toujours bien présente chez nous	9
Evaluation du programme "Bon appétit la santé!"	9
Des blogs en santé	10
Promosante.net, la plate-forme des sites belges francophones de promotion de la santé	10

Réflexions

La santé comme alibi au prix de l'intolérance ?, par R. Lonfils	10
---	----

Stratégie

Un nouveau métier pour les Services PSE... Accompagnement de l'intégration de nouvelles missions, par Anne Avaux	12
--	----

Matériel

'Envie d'un bébé ?'	16
Dérives alimentaires	16

Lu pour vous

Croissance contre santé, quelle responsabilisation du malade ?, par Hervé Avalosse	17
--	----

Brèves

18

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).

Journalistes : Véronique Janzyk, Carine Maillard.

Rédaction : Maryse Van Audenhaege, Carole Feulien.

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 Decache, 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 Cheronnier, 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.



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