



**Santé
et habitat :
initiatives à
tous les étages**

Anne Le Penne



Édito

L'année de toutes les réformes

Christian De Bock, rédacteur en chef

Comme nous le rappelait **Pascale Dupuis** le mois dernier¹, 25 ans après la publication de la charte d'Ottawa la promotion de la santé reste encore le parent (très) pauvre de la santé publique. Cela vaut pour les pays développés comme pour les pays en voie de développement, et le rouleau compresseur de la mondialisation libérale ne fait rien pour arranger les choses, au contraire.

Ce n'est pas une raison suffisante pour baisser les bras, il y a même peut-être quelques motifs d'y croire envers et contre tout. Il nous semble ainsi observer depuis quelques mois comme un frémissement ténu, les concepts de la promotion de la santé commencent doucement à percoler, et à quitter le cercle très fermé de ses acteurs professionnels et bénévoles. Deux exemples concrets. Un grand quotidien francophone belge évoquait récemment le projet de réforme du champ de la santé de la compétence de

la Fédération Wallonie-Bruxelles en lui consacrant une pleine page. Étonnant pour un sujet aussi peu porteur et croustillant. Au sein même de l'assemblée francophone, les inquiétudes des travailleurs concernés par cette réforme ont reçu un bon écho de la part des élus, tous partis confondus. Le contraste est net et encourageant quand on se souvient qu'il n'y a pas si longtemps, une journée de rencontre entre parlementaires et professionnels de la prévention des assuétudes, pourtant organisée dans les locaux du parlement, avait été quasi complètement désertée par les politiques !

Notre pays sort (temporairement ?) d'une crise sans précédent, crise financière mais aussi d'identité. À son niveau, notre Communauté française elle-même repense sa politique de promotion de la santé et de médecine préventive, ce qui n'est pas sans susciter de vives craintes parmi ses travailleurs. Auditionnée par la

Commission de la Santé, **Pascale Anceaux** rappelait avec une certaine ironie un premier mérite de cette réforme, celui d'avoir permis à un secteur non organisé jusqu'ici de resserrer les rangs.

Bien vu, comme aussi la volonté affichée aujourd'hui par la Ministre de la Santé **Fadila Laanan** d'élaborer sa réforme en concertation avec le terrain. L'implication du Conseil supérieur de promotion de la santé dans la rédaction du futur *code de la santé* francophone en est une manifestation tout à fait concrète que nous nous plaignons à souligner.

2012 sera une année importante pour la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles. *Éducation Santé* se devait de marquer le coup, ce que nous avons fait en rafraîchissant quelque peu sa maquette. De quoi, espérons-le, rendre le suivi de ce dossier important aussi agréable qu'utile... Bonne année !

¹ Ottawa : une génération de promotion de la santé, Pascale Dupuis, *Éducation Santé* n°273, décembre 2011



Photos © Isopix

Initiatives

Santé et habitat : initiatives à tous les étages

Anne Le Pennek, correspondante Éducation Santé en France

Le colloque 'Villes, habitat et santé' qui s'est tenu à Nantes (France) le 6 octobre dernier à l'initiative du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS dessine les contours d'un vaste champ d'actions éducatives possibles et souhaitables autour de la santé environnementale.

Lancer "*La santé n'est pas une compétence des villes*" en ouverture du colloque 'Ville,

habitat et santé' organisé par le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS (RFVS)¹,

était osé. Celle qui s'y est essayée à Nantes le 6 octobre dernier, en l'occurrence

¹ <http://www.villes-sante.com>

l'adjoindre à la santé de la Ville, a vite précisé que son propos visait l'organisation des soins, effectivement exclue du champ d'action des villes françaises, et non la santé des habitants. Ouf ! Un peu plus et le rendez-vous tournait court avant même d'avoir débuté. Compte tenu de la richesse des interventions qui ont suivi, c'eût été dommage pour la centaine de participants venus de toute la France afin de faire le point sur l'art et la manière de promouvoir un habitat sain.



Photos © ENSA Nantes

Le RFVS a profité de l'occasion pour présenter le dernier-né de ses guides méthodologiques intitulé 'Pour un habitat favorable à la santé, les contributions des villes'². La douzaine d'interventions programmées et les échanges avec la salle ont dressé du sujet un portrait bigarré où les nuisances sonores côtoient les risques liés aux ondes électromagnétiques, où l'isolation thermique fait le lit du confinement et où l'excès de lumière naturelle peut désorganiser la production hormonale des habitants... Les débats se sont déroulés dans le vaste amphithéâtre de l'École supérieure d'architecture de Nantes dans lequel résonnait par intermittence le bruit du chantier de construction voisin et quelques sonneries de téléphones portables.

Risques tous azimuts

« Chercher le meilleur compromis entre énergie, économie et santé représente un changement de culture », selon **Delphine Saint-Quentin**, consultante chez Wigwam Conseil (Nantes) dont le métier consiste à accompagner les acteurs impliqués dans



Photos © ENSA Nantes

« L'insalubrité était en voie de résolution à la fin du xx^e siècle mais elle réémerge au xxi^e siècle avec le saturnisme infantile, l'augmentation de la prévalence de la maladie asthmatique ou encore l'inadaptation du logement à la canicule. » Et de citer les rénovations sauvages de caves, garages et combles ou certains aménagements

toutes les phases de vie des bâtis, depuis la conception jusqu'à l'installation des occupants.

La thématique santé dans le bâtiment, composante de la santé environnementale, ne date pas d'hier. Les intoxications au plomb ou au monoxyde de carbone comme la nécessité de poursuivre la lutte contre l'habitat insalubre reviennent sur le devant de la scène avec une régularité exemplaire, désespérante. Pour autant il faut désormais composer avec des problématiques récemment apparues. Pour le **Prof. Suzanne Déoux**, ORL et expert en politique de l'habitat sain, la nouveauté consiste bien en « la nécessité de faire des économies d'énergie sans faire l'économie de la santé. »

Les paramètres sanitaires à prendre en considération sont nombreux : température, hygrométrie, lumière naturelle et éclairage artificiel, acoustique, qualité de l'air intérieur, de l'eau, des espaces. « La lumière ne sert pas qu'à voir », insiste l'experte. « Elle permet la sécrétion d'hormones, tout comme l'obscurité dans laquelle nous en produisons d'autres tout aussi indispensables. » À bon entendeur : rester dans la lumière trop longtemps pourrait avoir des effets néfastes sur notre santé...

La prévention plutôt que la répression

L'histoire de la problématique de l'habitat insalubre, retracée par **Philippe Ritter**, directeur du service d'écologie urbaine de la Ville de Lyon, illustre bien l'évolution des risques santé liés à l'habitat. « Les permis de construire ont d'abord été un instrument sanitaire, instaurés en France pour garantir la salubrité des logements », rappelle-t-il.

de pas de porte à des fins locatives comme exemples de logements insalubres modernes. Le constat fait, reste à décider de la meilleure façon de réagir. Plutôt que d'avoir recours à la répression via le Code de la santé publique, celui de l'urbanisme ou le règlement sanitaire départemental, Philippe Ritter, qui rêve de « logements durables sur le marché et pour leurs habitants », préfère miser sur la prévention. Avec d'autres, il prône l'usage de la pédagogie auprès des



Photos © ENSA Nantes

propriétaires, des bailleurs mais aussi des architectes pour « freiner l'apparition sur le marché de néo-taudis ».

Non aux bâtiments thermos !

La performance énergétique des bâtiments, recherchée conjointement par les architectes et par les foyers, est fréquemment montrée du doigt par les défenseurs de la santé des occupants. Sans remettre en cause la vocation à la fois écologique et économique d'une telle quête, il faut avouer qu'elle suit une logique difficile à concilier avec la promotion de la santé.

Le choix peut s'avérer cornélien : calfeutrer toutes les ouvertures pour limiter les déperditions de chaleur ou ventiler régulièrement les habitats pour y maintenir une qualité de l'air satisfaisante ? Pour résoudre l'équation, le plus sage serait de limiter les sources de pollution telles qu'un chauffage défectueux producteur de monoxyde de carbone, un taux d'humidité élevé qui favorise le développement des moisissures ou encore l'usage de

² Pour un habitat favorable à la santé. Les contributions des villes. Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, Presses de l'EHESP, 2011.

multiples produits d'entretien. Puis de renouveler l'air... au risque de faire chuter temporairement la température intérieure. « Des systèmes de ventilation existent pour éviter que les bâtiments ne deviennent des bouteilles thermos », renchérit **Bettina Horsch**, architecte spécialisée en biologie de la construction. « Encore faut-il apprendre aux usagers à les utiliser et à les entretenir correctement. »

Nos vies intérieures

L'air intérieur et les fluctuations de sa qualité préoccupent sérieusement les acteurs de la promotion de la santé environnementale, conscients que nous vivons près de 80 à 90 % de notre temps dans des lieux clos. L'Association pour la prévention de la pollution atmosphérique (APPA³) fait partie de ceux qui s'inquiètent. Depuis 2007, son antenne régionale du Nord-Pas-de-Calais accompagne les collectivités dans leurs projets de prévention des problèmes liés à la qualité de l'air intérieur au domicile des publics précaires. Elle incite à la constitution de comités



Photos © Fotolia

d'acteurs composés à tout le moins par les bailleurs, les services d'hygiène de la commune, la mairie, les intervenants à domicile... « Plus un technicien très motivé pour porter la démarche localement », ajoute **Caroline Chambon**, chargée de mission de l'association. L'originalité de la démarche réside dans la combinaison d'une formation de ces personnes ressources et d'une visite au domicile,

En matière de logement et d'habitat, la santé se niche dans tous les coins : de la construction à l'entretien des locaux, des collectivités publiques qui ont bel et bien des compétences en matière de salubrité, prévention des risques et santé publique aux individus qui par leurs gestes et leurs activités influent directement sur leur environnement.

assurée par des étudiantes infirmières, pour déterminer avec les occupants les problèmes d'air intérieur qui sont les leurs (produits ménagers, monoxyde de carbone, humidité, tabac, etc.) et dispenser un premier niveau de conseils. « L'aération et les produits ménagers s'avèrent être les portes d'entrée les plus efficaces », rapporte **Caroline Chambon**. « Le premier geste, qui dans plus de la moitié des cas suffit, consiste à aérer. Si d'autres actions sont nécessaires, le relais peut être pris par les acteurs locaux. » D'où l'importance de l'étape préalable de formation des professionnels. En quatre ans, près de 50 acteurs ont ainsi été formés par l'APPA qui a visité plus de 550 foyers dans quatre communes.

Quand les nuisances sonores créent du lien social

Autre loup dans nos bergeries : le bruit. Si les villes sont bien moins bruyantes qu'elles n'étaient du temps des pavés et des charrettes, les actuelles nuisances sonores ont des conséquences extra-auditives bien connues : effets cardiovasculaires, troubles du sommeil, de la concentration,

des apprentissages. Là aussi le problème revêt parfois de nouveaux visages avec notamment l'amélioration des techniques du BTP : lorsqu'une meilleure isolation réduit le bruit extérieur, elle amplifie du même coup le bruit intérieur dû aux équipements et aux activités des occupants.

Selon un sondage réalisé en 2010, 2 Français sur 3 se disent gênés par le bruit à domicile. Au Centre d'information et de documentation sur le bruit (CIDB)⁴ où travaille la psychologue de l'environnement **Valérie Rozec**, des plaignants appellent tous les jours. « À niveau sonore égal, il existe de grosses différences de perception interindividuelles du bruit », explique-t-elle. « Être envahi chez soi, dans son refuge, par le



bruit d'un voisin, du trafic, d'une activité professionnelle ou de loisir peut être vécu comme une perte de contrôle et tourner à l'obsession. » À

en croire un rapport de l'OMS publié en 2011⁵, le phénomène a des conséquences en termes de santé publique et se traduit en nombre d'années de vie en bonne santé perdues. Pour agir, le CIDB endosse l'habit du médiateur entre plaignants et fauteurs de troubles par le biais de son service d'accueil téléphonique gratuit. « Nous incitons à la résolution des conflits à l'amiable et au développement du lien social entre les personnes », résume la psychologue.

On n'y capte toujours rien !

Une journée au croisement des thématiques ville, habitat et santé ne pouvait faire l'économie d'une communication sur les ondes électromagnétiques. Cette question de santé environnementale, polémique s'il en est avec son lot de luttes acharnées à coup de données chiffrées, d'incertitude et de paranoïa de part et d'autre, présente un caractère singulier et embarrassant dans le paysage des risques sanitaires : son tout jeune âge.

³ <http://www.appa.asso.fr>

⁴ <http://www.bruit.fr>

⁵ La charge de morbidité imputable au bruit ambiant. Quantification du nombre d'années de vie en bonne santé perdues en Europe. Rapport de l'OMS, 2011.

« Au risque de vous décevoir, j'ai peu de réponses à vous apporter quant aux effets sur la santé des ondes électromagnétiques », a d'emblée admis **Olivier Merkel**, de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)⁶. Force est d'admettre que la communauté scientifique sèche. Hélas ! On aimerait tant pouvoir s'en remettre à elle, qu'elle nous fournisse des résultats éclairants quant à l'impact sur l'organisme humain des signaux émis et reçus dans nos intérieurs par les appareils électroménagers, câblages électriques, ampoules fluocompactes, connexions WIFI et autres téléphones. Le diagnostic actuel, imprécis, mène à des mises en garde du type 'radiofréquences possiblement cancérigènes en cas d'usage à long terme et intensif'. Pour obtenir des réponses sur les effets à long terme des ondes et des nouveaux signaux comme le 4G, les impacts sur les enfants ou les personnes électrohypersensibles, repassez plus tard. Idem pour la prévention, qui a bien du mal à se faire une place dans ce brouillard.

⁶ <http://www.anses.fr>

Sur le terrain, les collectivités font plus ou moins face à la controverse publique. La Ville de Rennes a engagé en 2002 la rédaction d'une charte des antennes relais qui contribue à ouvrir le dialogue entre riverains et opérateurs. Aujourd'hui, la commune orchestre une campagne de mesures de l'ensemble des couvertures de son territoire. « *Les mesures permettent d'objectiver* », salue Olivier Merkel.

La transversalité de la santé

En matière de logement et d'habitat, la santé se niche donc dans tous les coins : de la construction à l'entretien des locaux, des collectivités publiques qui ont bel et bien des compétences en matière de salubrité, prévention des risques et santé publique aux individus qui par leurs gestes et leurs activités influent directement sur leur environnement. Il y a fort à parier que le caractère transversal de l'approche sanitaire dans le logement ne fait plus doute dans l'esprit des personnes qui ont assisté à ce colloque. Bien sûr elle ne va pas de soi et n'est pas toujours la priorité



Photos © Fotolia

immédiate. Bien sûr agir en santé requiert de la méthode pour faire émerger les demandes et les préoccupations de tous les acteurs d'un projet. Pour autant, si comme **Jean-Luc Potelon**, professeur à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) l'a appelé de ses vœux, une vraie prise de conscience des effets sanitaires de l'habitat s'opère, suivie d'une réduction des pratiques en tuyaux d'orgues au profit de la construction d'une réponse globale et coordonnées des acteurs, nous aurons fait un grand pas.



Dépistage néonatal de la surdité : bilan après 5 ans

Bénédicte Vos, Coordinatrice du programme de dépistage néonatal de la surdité et **D' Serge Carabin**, Directeur général de la Santé, Fédération Wallonie-Bruxelles

Depuis un peu plus de 5 ans, un programme de dépistage néonatal de la surdité a été mis en place dans les maternités de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ce programme a permis de tester 170.000 nouveau-nés dans les maternités participant au programme, qui proposent systématiquement le dépistage à tous les parents.

Pourquoi dépister la surdité chez les nouveau-nés ?

La surdité est un des handicaps sensoriels les plus fréquents chez les nouveau-

nés : si l'on considère les surdités dont les conséquences pour le développement de l'enfant sont particulièrement importantes (surdités bilatérales sévères ou profondes), elles touchent 1 à 3 nouveau-nés sur 1000. La surdité est encore plus fréquente parmi les enfants qui présentent un facteur de risque spécifique : elle concerne 2 à 4 % de ces nouveau-nés. Les facteurs de risque sont, par exemple, une surdité héréditaire dans la famille, la prématurité, l'infection prénatale par le cytomégalovirus... L'âge auquel l'enfant sourd est pris en charge est un facteur déterminant pour

son avenir : idéalement, le diagnostic de surdité devrait être posé avant les 3 mois de l'enfant et la prise en charge devrait débuter avant qu'il n'ait 6 mois car une prise en charge précoce permet à l'enfant de développer de façon optimale ses compétences communicationnelles, socio-émotionnelles et cognitives. Sans test de dépistage, il est très difficile, voire impossible, de détecter la surdité d'un nouveau-né, ce qui risque de retarder l'âge de la prise en charge de l'enfant sourd. En effet, des études ont montré que lorsqu'aucun test de la surdité n'était



effectué, les enfants avaient en moyenne 30 mois au moment du diagnostic de la surdité.

Le programme de dépistage de la surdité dans la Fédération Wallonie-Bruxelles

Ce programme est coordonné par un Centre de référence qui a entre autres missions l'accompagnement des professionnels dans les hôpitaux et le suivi scientifique du programme.

Actuellement, presque toutes les maternités de la Fédération¹ participent au programme et proposent le dépistage de la surdité aux nouveau-nés tel que recommandé dans le protocole de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Cette mobilisation se marque également au sein des services hospitaliers où la motivation des professionnels est très grande. Toutefois, certains éléments pourraient encore être améliorés :

- la collaboration entre les différents professionnels et/ou entre les différents services hospitaliers (maternité, néonatalogie, service ORL...) est parfois limitée;
- la charge administrative est lourde, notamment les courriers de rappel aux parents : en effet, lorsque le test n'a pas

été effectué à la maternité ou que le résultat est insatisfaisant, les parents reçoivent un courrier les invitant à réaliser ou à contrôler le test pour leur enfant. C'est pourquoi un système informatique pour la collecte des données est actuellement mis en place ;

- après le dépistage proprement dit, la collaboration entre les centres spécialisés prenant en charge les enfants sourds et le Centre de référence du programme devrait être renforcée : actuellement, il n'y a pas d'échange d'informations quant au suivi et à la prise en charge des enfants sourds entre les centres de prise en charge et le Centre de référence.

Comment se déroule le test ?

Le test est réalisé pendant le séjour à la maternité, quand l'enfant a 2 ou 3 jours. Il ne prend que quelques minutes, est indolore et le résultat est disponible immédiatement ; idéalement, le test est réalisé quand l'enfant dort ou quand il est calme.

Un embout est inséré dans le conduit auditif du nouveau-né et des sons sont envoyés vers l'oreille interne. Celle-ci émet alors des vibrations qui sont captées par l'appareil de dépistage ; c'est le signe d'un bon fonctionnement de l'audition. Aucune autre réaction n'est attendue de la part du nouveau-né.

Et si le résultat du test n'est pas satisfaisant ?

Si le résultat du test n'est pas satisfaisant, il sera à nouveau réalisé le lendemain. Si lors du 2^e test, le résultat reste insatisfaisant, les parents recevront un rendez-vous pour un test plus approfondi à la consultation ORL. Un résultat insatisfaisant peut s'expliquer par différentes raisons : liquide derrière le tympan, conduit auditif obstrué, enfant agité ou qui pleure...

Et si un nouveau-né n'a pas été testé ?

Il est possible que le test ne puisse pas être proposé aux parents, lorsque le séjour à la

maternité est particulièrement court. Dans ce cas, les parents reçoivent un courrier les invitant à revenir à l'hôpital pour le faire. Les travailleurs médico-sociaux de l'ONE encouragent également les parents à retourner à l'hôpital pour effectuer le test de l'audition si celui-ci n'a pas été fait ou dans le cas où le test doit être contrôlé.

Coûts

Les maternités de la Fédération Wallonie-Bruxelles participantes s'engagent à ne pas demander plus de 10 euros (indexés) aux parents : certaines maternités ne demandent pas de participation financière aux parents, d'autres demandent le montant maximal autorisé. Cette participation financière des parents est remboursée par la majorité des mutuelles. En outre, la Fédération Wallonie-Bruxelles octroie à l'hôpital 5 euros (indexés) par enfant dépisté.

Outils de promotion

Différents outils ont été créés pour promouvoir le dépistage néonatal de la surdité et pour informer au mieux les parents et futurs parents ainsi que les professionnels : des dépliants sur le dépistage néonatal (dépistage de la surdité et dépistage des maladies métaboliques et endocriniennes), des affiches, des spots TV et radio (diffusés en novembre 2011 ainsi qu'en février et mai 2012), le site Internet www.depistagesurdite.be.

Les dépliants, affiches et spots sont consultables sur le site www.depistagesurdite.be, onglet Familles/Campagne.

Quels résultats ?

Entre 2007 et 2010, près de 183.000 nouveau-nés ont été concernés par ce programme dans les hôpitaux participants² et près de 170.000 ont été testés, (soit 92,9 % des enfants nés dans les maternités participantes).

Lors du test réalisé à la naissance ou du contrôle effectué dans les premières semaines de vie, l'audition était normale

¹ Cela représente 43 maternités sur 46. Les 3 maternités ne participant pas au programme effectuent aussi un test de dépistage néonatal de la surdité, mais à des conditions financières différentes.

² Les nouveau-nés considérés comme concernés par le programme sont ceux pour lesquels les parents n'ont pas refusé le test d'audition ou n'ont pas souhaité l'effectuer dans une autre institution.

pour plus de 162.000 nouveau-nés, soit 95,8 % des enfants testés. Le programme a permis de mettre en évidence un trouble de l'audition (surdité uni- ou bilatérale) pour 358 nouveau-nés, soit 0,22 % des enfants testés.

En 2007, 10 % des enfants nés dans une maternité participante et concernés par le programme n'avaient bénéficié d'aucun test ; en 2010, ils n'étaient plus que 5,8 % dans ce cas. C'est une évolution encourageante.

La participation des maternités au programme de dépistage de la surdité proposé par la Fédération Wallonie-Bruxelles était élevée dès le début : en effet, dès 2007, 42 des 50 hôpitaux de la Fédération disposant d'un service de maternité y ont adhéré, et ils sont 43 sur 46 aujourd'hui³.

Contacts

- Centre de référence pour le programme de dépistage néonatal de la surdité,

Centre d'épidémiologie périnatale CEPIP asbl, Bénédicte Vos, 02 555 40 98 (40 62), benedictevos@cepip.be.

Internet : www.cepip.be

- Direction générale de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, Direction de la promotion de la santé, Dr Marie-Claire Minne, 02 413 28 79, marie-claire.minne@cfwb.be.

Internet : www.sante.cfwb.be

³ La diminution du nombre d'hôpitaux disposant d'un service de maternité s'explique par des fermetures ou des fusions de services de maternité ou d'hôpitaux entre 2007 et 2010.



Le Jury d'éthique publicitaire tente de censurer la Fédération Wallonie-Bruxelles

Christian De Bock

Une campagne générique de sensibilisation sur le thème de la vaccination a été mise en place récemment par la Communauté française dans le cadre du dispositif permettant la diffusion gratuite de messages de promotion de la santé sur les chaînes francophones belges.

Initiative citoyenne, une association très active opposée à la vaccination a porté plainte contre cette campagne auprès du Jury d'éthique publicitaire (JEP), organe d'autorégulation du secteur de la communication commerciale. Le JEP a suivi en partie la plaignante, et exigé une modification significative du message. Il n'a pas retenu l'argument selon lequel les vaccins étant soumis à prescription, toute publicité en leur faveur destinée au grand public est prohibée comme c'est le cas des autres médicaments qui ne sont pas en vente libre.

Par contre, il a suivi la plaignante sur le contenu du spot (nous citons le JEP) : *Le Jury a constaté que les spots radio et TV mentionnent entre autres ce qui suit : 'La vaccination est une protection utile et efficace. Elle nous permet d'éviter les*



maladies et leurs complications'.

Le Jury est d'avis que ces affirmations, qui ne sont nullement atténuées par des mises en garde, suggèrent que l'effet de la vaccination est assuré à 100 % et omettent de mentionner les risques éventuels.  tant donné les enjeux en matière de santé et le manque de certitude quant à une efficacité totale et quant à l'absence de tous risques, le Jury a estimé que les affirmations susmentionnées sont trop absolues et de nature à induire le consommateur en erreur au sens des articles 3 et 5 du code de la Chambre de commerce internationale. Eu égard à ce qui précède, le Jury a pris une décision de modification et a dès lors

demandé à l'annonceur d'atténuer les affirmations en question de manière à ce que les spots ne soient plus en infraction avec les dispositions évoquées.

Le Jury a également recommandé à l'annonceur, nonobstant la non applicabilité en l'espèce des dispositions légales relatives aux avertissements habituels en matière de médicaments, de mentionner qu'il est conseillé d'en parler à son médecin. Enfin, le Jury a estimé devoir ne pas formuler de remarques par rapport aux autres aspects évoqués dans les plaintes (  savoir notamment le caractère discriminatoire de la publicité ou son manque de responsabilité et le non-respect du droit du patient à un consentement libre et éclairé), à défaut d'infractions à des dispositions éthiques ou légales.

Réaction ministérielle

Comme on s'en doute, cette décision n'a guère plu à **Fadila Laanan**, Ministre de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles,   l'origine de la campagne.

Voici sa réaction :

  la suite des avis juridiques qui lui ont été communiqués, la Ministre de la Santé en

Fédération Wallonie-Bruxelles, Fadila Laanan, estime que le Jury d'éthique publicitaire (JEP) n'est pas compétent pour examiner une plainte relative à une campagne de promotion de la santé approuvée par le Gouvernement relative à la vaccination. Cette campagne de sensibilisation à la vaccination a été mise sur pied dans le respect et sur le fondement de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 18 janvier 1995 relatif à la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion. Conformément au prescrit de cet arrêté, la campagne diffusée est un message d'intérêt général et non une publicité avec une transaction commerciale. Il ne s'agit donc pas à proprement parler d'une campagne « publicitaire ».

Les objectifs de la campagne de radiodiffusion des spots consacrés à « la vaccination à tous les âges de la vie » sont extrêmement clairs. Ils visent à rappeler à l'ensemble des citoyens l'intérêt que présente la vaccination tant en termes de protection individuelle que collective. Le but de cette campagne est de faire en sorte que les citoyens pensent à la vaccination, qu'ils en parlent, qu'ils s'interrogent et qu'ils posent les questions aux professionnels de la santé qui peuvent les aider à trouver les réponses. L'ambition d'une campagne de communication générale n'est jamais d'aborder chaque cas singulier mais bien de diffuser un message d'intérêt général. La campagne de sensibilisation à la vaccination a reçu l'avis favorable de la Commission d'avis sur les campagnes radiodiffusées de promotion de la santé constituée par le Conseil supérieur de promotion de la santé.

Les propos du JEP relatifs au manque de rigueur scientifique dans l'élaboration de cette campagne sont dès lors dépourvus de fondement. La Commission précitée a procédé à un examen minutieux tant du fond que de la forme de la communication télévisuelle. Elle a vérifié l'éthique du projet, sa rigueur scientifique et sa cohérence au regard du Programme quinquennal de promotion de la santé applicable au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les membres du JEP auraient, à cet égard, pu prendre la précaution de se renseigner quant



aux procédures préalables qui entourent la réalisation des campagnes de promotion de la santé soutenues par la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les informations recueillies auraient dû suffire au JEP pour s'abstenir d'émettre la moindre remarque à la suite des plaintes. Qui plus est, le Jury, émanation d'une association sans but lucratif de droit privé, ne s'est pas assigné la mission de donner des avis juridiques et n'a au demeurant nullement la compétence de trancher un différend entre la Fédération Wallonie-Bruxelles et les détracteurs de la vaccination, alors que telle semble être la portée des plaintes dont il a été saisi.

Dans ces conditions, la Ministre de la Santé, Fadila Laanan, déclare le JEP incompétent



pour connaître des griefs des personnes qui ont entendu dénoncer cette campagne auprès de lui.

Le message véhiculé par la campagne et faisant l'objet de la plainte consiste à rappeler que la vaccination permet d'« éviter les maladies ». Ce message est strictement vrai et ne signifie pas qu'elle donne une garantie absolue de ne jamais contracter les maladies concernées.

Par ailleurs, mentionner les « risques éventuels » des vaccins dans un message visant à encourager le public à se faire vacciner n'est pas envisageable dans un spot de trente secondes. C'est évidemment le rôle et la responsabilité du médecin d'évaluer au cas par cas le rapport bénéfices/risques et les éventuelles raisons de ne pas vacciner. Évoquer ces risques est inadéquat. Les risques sont en effet soit assez fréquents mais parfaitement bénins (il s'agit d'inconforts passagers), soit plus sérieux mais extrêmement rares (moins d'un cas sur 10.000), soit même encore non démontrés scientifiquement.

Enfin, recommander d'en parler à son médecin est inutile dans la mesure où il n'est possible ni de se procurer ni de se faire administrer les vaccins autrement qu'en consultant un médecin.

Notre commentaire

Les adversaires de la vaccination ont depuis quelques années repris du poil de la bête, et les excès de l'alerte à la pandémie mondiale de grippe AH1N1 en 2009, avec des commandes massives par les pouvoirs publics de vaccins jamais utilisés, y ont sans doute peu ou prou contribué, jetant une ombre sur l'ensemble de la vaccination. Dans ce contexte, on peut comprendre la volonté des pouvoirs publics francophones de rappeler le bien-fondé de bonnes couvertures vaccinales pour éviter nombre de maladies infectieuses. On ne s'étonnera pas non plus de la réaction d'Initiative citoyenne, un collectif 'virulent' et bien organisé.

Le rôle du Jury d'éthique publicitaire dans cette affaire est plus contestable. En effet, décider qu'il aurait fallu mettre en garde contre les risques de la vaccination sans mettre en avant la balance (objectivement favorable) entre les avantages et les inconvénients n'est pas très sérieux. Imagine-t-on une seconde telle marque de voiture être forcée de rappeler dans ses pubs que l'automobile fait beaucoup plus de victimes que les effets secondaires des vaccins, ou le leader du marché des chocos à tartiner matinaux contraint de souligner qu'ils contribuent à creuser la tombe de leurs consommateurs petits ou grands avec leurs dents ?

Plus fort, c'est le même JEP qui, en mars 2009, 'déboutait' un plaignant à propos de la première diffusion de la campagne de sensibilisation sur la dysfonction érectile (voir mon éditorial de novembre), qui n'est en fait qu'une publicité à peine

masquée pour un médicament sur prescription, donc interdit de médias destinés au grand public. Tout cela n'est guère sérieux, et apporte de l'eau au moulin de ceux qui, comme nous, plaident en faveur d'un contrôle réel

des dérives publicitaires par un organe public, et non par l'émanation des parties prenantes du business renforcées de quelques représentants de la 'société civile' pour faire joli...

3^e Congrès Viasano

Comment promouvoir la santé auprès des populations fragilisées ?

Christian De Bock

Les inégalités socio-économiques engendrent des inégalités sociales de santé. La prévalence du surpoids et de l'obésité augmente dans toutes les couches de la population, mais il existe d'importantes différences en fonction du niveau socio-économique.

En Belgique, 48 % des personnes à faible revenu sont en surpoids contre 43 % de la population à haut revenu. En ce qui concerne l'obésité franche, il s'agit respectivement de 17 % et 12 %. Dès lors, les actions de prévention doivent cibler prioritairement les populations défavorisées en tenant compte de leurs caractéristiques particulières. Tel était le thème du 3^e congrès Viasano¹ qui s'est déroulé à Jette le 25 octobre dernier. La matinée était consacrée à trois exposés ne portant pas à proprement parler sur les activités et les partenaires de Viasano. Tout d'abord, **Stefaan Demarest**, collaborateur scientifique à l'Institut scientifique de santé publique, a présenté brillamment l'enquête de santé par interview, soulignant au passage qu'au fil des ans et des enquêtes (il y en a eu quatre depuis 1997, la suivante devrait être menée en 2013), la tendance à une plus mauvaise santé subjective des individus à faibles revenus se confirme.

Ensuite, **Michèle Lejeune**, chargée de projets à l'asbl Carolo Prévention Santé

décrit de façon concrète comment les principes à la base de la promotion de la santé peuvent se décliner en activités directement accessibles au public cible, comme par exemple le projet 'Mon corps et moi' qui sensibilise des femmes précarisées à leur image corporelle et les aide à améliorer leur estime d'elles-mêmes.

Dans un esprit proche, **Michel Demarteau**, directeur du Secteur prévention et promotion de la santé de l'Observatoire de la Santé du Hainaut, présenta avec une belle conviction l'action transfrontalière 'Obésité quartier nord Hainaut', un projet modeste mais pertinent d'intervention dans un quartier déshérité s'appuyant sur une analyse fouillée du 'système alimentaire' du quartier. Passionnant. L'après-midi permit à 5 communes 'Viasano' de présenter d'autres réalisations concrètes. Est-ce un pur hasard, les trois francophones (Jette et Woluwe St-Pierre à Bruxelles, Mouscron en Wallonie) étaient représentées par un ou une échevin(e), et les deux flamandes (Huldenberg près de Louvain et Hasselt) par des acteurs des projets, le premier relatif à des promenades en tandem pour faire bouger des personnes aveugles, le second centré sur des cours de cuisine 'santé pour allochtones. Leurs interventions nous ont semblé plus intéressantes...

De ces multiples présentations, les responsables de Viasano ont pu extraire

quelques 'clés' de réussite : faire du micro-local, rencontrer la population dans ses lieux de vie ; recueillir les besoins des habitants ; travailler en réseau, la dynamique des partenariats locaux étant essentielle ; être positif, festif et valorisant, sans stigmatiser ni les personnes, ni les comportements, ni les produits ; s'inscrire dans la durée ; enfin, créer du lien entre les générations et les diverses classes de la population, sortir les gens de leur isolement.

Après ces exposés au cœur du thème du jour, le congrès se termina par une table ronde avec les trois partenaires privés du programme, qui eurent l'occasion d'exprimer les motifs de leur engagement en répondant à quelques questions préparées par la salle, et relayées par un **Frédéric Deborsu** plutôt insolent. Ce plaidoyer angélique en faveur de la responsabilité sociale d'acteurs importants du secteur alimentaire nous a semblé franchement hors propos, et a d'ailleurs énervé très fort nos voisins, toutes trois issues du secteur socio-éducatif il est vrai ! Entendre la représentante du leader mondial du marché de la pâte à tartiner au cacao et aux noisettes affirmer que 'tout le monde a le devoir de lutter contre l'obésité', c'est un peu difficile à avaler, non ?

¹ Pour une présentation détaillée de Viasano, nous renvoyons le lecteur à l'article 'Viasano, vitalité en ville', publié dans le numéro 221 d'Éducation Santé en mars 2007 à l'occasion du démarrage du programme en Belgique.

Prévenir les maladies non-transmissibles à partir des approches de promotion de la santé

Un appel à l'action de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), et du Réseau francophone international de promotion de la santé (RÉFIPS)

« On sait que les maladies non-transmissibles sont la résultante de facteurs de risque, de causes, et de causes de ces causes, associés, qui surviennent dans des contextes sociaux extrêmement variés et compliqués à comprendre. Elles présentent un ensemble de caractéristiques que le champ de la promotion de la santé a depuis longtemps identifiées, comprises et essayé d'aborder, avec peu de ressources, des moyens limités et peu de soutien de la part des autorités gouvernementales et des agences internationales, partout dans le monde. » (Mc Queen, 2011)¹

Pour faire face à la crise mondiale des maladies non-transmissibles, l'UIPES et le RÉFIPS demandent

1. Un rôle élargi et renforcé de la promotion de la santé.

Une approche globale de promotion de la santé comprend des actions qui visent à renforcer les compétences et capacités des individus à améliorer leur santé à côté d'actions visant à changer les conditions économiques, environnementales et sociales qui ont un impact sur la santé. Cela est particulièrement important dans les pays à faible et moyen revenu où la promotion de la santé peut contribuer à la fois à améliorer la santé mais aussi le développement durable, l'équité et la justice sociale. Cela est valable bien sûr dans les pays à haut revenu où le fossé des inégalités est en train de s'élargir.

2. Des actions coordonnées ayant un impact sur les déterminants de l'épidémie des maladies non-transmissibles dans toutes les populations.

Toutes les stratégies de lutte contre les maladies non-transmissibles, pour être efficaces, doivent aller au-delà des approches par les modes de vie et aborder les déterminants comme l'éducation, l'emploi, le logement, le revenu, l'accès aux soins, et le manque d'accès à des approches de promotion de la santé qui ont fait la preuve de leur efficacité. Nous demandons que des actions sur les leviers structurels de la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources, et des droits humains, et en soutien aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, soient mises en place.

3. Des systèmes de santé qui redirigent les ressources en faveur de la promotion de la santé et de la prévention des maladies non-transmissibles et fassent de la promotion de la santé une priorité et une fonction essentielle des départements ou ministères de la santé.

La promotion de la santé a besoin pour se développer d'un financement explicite et solide. Dans cet engagement, les systèmes de santé doivent investir dans la recherche sur les preuves de l'efficacité et du coût-efficacité des politiques et interventions de promotion de la santé, et faciliter l'émergence d'un nouveau paradigme qui conjugue et articule recherche-politique-pratique permettant l'échange et l'application des connaissances.

4. Un engagement accru avec les secteurs qui ne font pas directement partie du champ de la santé et avec lesquels on pourrait beaucoup mieux faire avancer des politiques économiques, sociales et environnementales comme solutions aux maladies non-transmissibles.

« Le système de santé hérite des problèmes résultant de l'épidémie des

maladies chroniques et doit les traiter. Cela étant, il n'a pas les moyens d'aborder les causes de ces problèmes car les réponses ne sont pas d'ordre médical ou clinique mais d'ordre social et environnemental. » (Kickbush, 2010)²

5. Un investissement accru dans la formation de ressources humaines en promotion de la santé, placées à des postes importants et dotées de compétences essentielles pour mettre en œuvre les connaissances, les politiques et les pratiques dont on dispose actuellement.

L'UIPES a développé un consensus autour des domaines de compétences essentielles en promotion de la santé. Ces compétences doivent façonner une offre accrue de spécialistes en promotion de la santé.

6. La prise en considération de trois domaines essentiels, à savoir la nutrition, l'activité physique et le contrôle du tabac et un accord sur des indicateurs solides dans ces trois domaines. Une véritable action de promotion de la santé sur la nutrition, l'activité physique et le contrôle du tabac peut avoir un énorme impact sur la réduction du fardeau des maladies non-transmissibles dans l'ensemble de la population.

L'UIPES et le RÉFIPS reconnaissent que la réduction des maladies non-transmissibles demande de se concentrer sur plusieurs domaines. Cela comprend le contrôle du tabac, l'amélioration de l'approvisionnement et du système alimentaires, des environnements favorables à l'activité physique, la réduction de l'abus d'alcool, et la distribution de technologies et de médicaments essentiels à un coût abordable. Toutes ces composantes sont importantes, mais si les principaux facteurs de risque (tabac,

suite de l'article en page 15

¹ McQueen D. (2011) Un défi pour la promotion de la santé. Global Health Promotion, 18 (2)

² Kickbush I. (2010) L'intégration de la santé dans toutes les politiques : Adelaïde 2010, Ministère de la Santé d'Australie méridionale

LA SANTÉ PARTOUT ET PAR TOUS !

Le Collectif des acteurs de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Introduction

Ne le cachons pas : depuis ce printemps 2011, en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), le monde des acteurs liés de près ou de loin à la promotion de la santé est inquiet quant à ses perspectives d'évolution et à la possibilité de maîtrise de son développement.

Un projet ministériel envisage d'ici juin 2012 la rédaction d'un nouveau « Code de la santé » et la mise en place d'un organisme d'intérêt public (OIP). Cet organisme de pilotage rassemblerait les différentes fonctions opérationnelles de la santé aujourd'hui assurées par divers opérateurs : observation, recherche, documentation, communication, coordination, animation, organisation des dépistages et de la vaccination et évaluation. Les services communautaires de promotion de la santé, les centres de référence pour le dépistage, les observatoires thématiques ainsi que certaines asbl sont concernés par cette réorganisation. Au départ de ce projet : une « *Évaluation des dispositifs de politique de santé* », confiée à deux bureaux externes de consultance. Depuis juin dernier ce document a été passé au crible de la critique, ferme mais constructive, tant dans une instance officielle comme le Conseil supérieur de promotion de la santé que dans des assemblées ayant mobilisé cet été nombre de représentants dits « du secteur » (essentiellement les organismes subventionnés mais aussi divers intervenants œuvrant dans d'autres cadres budgétaires, tout en se réclamant de la promotion de la santé ou en se situant de fait dans son orbite).

Le présent plaidoyer sert à rappeler aux autorités politiques compétentes les principes incontournables sur lesquels nous souhaitons fonder la réforme de la promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles pour qu'elle apporte une réelle plus-value en termes de qualité des services offerts.

Notre document rend compte sous une forme compacte des enjeux essentiels de ce débat crucial, que l'« *Évaluation* » commanditée par la ministre de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles permet utilement de relancer vers les citoyens dans leur ensemble (élus inclus). Une vraie opportunité s'ouvre ici pour les acteurs concernés de faire entendre leur voix et leurs revendications, les principes et les objectifs profonds de la promotion de la santé étant jusqu'ici restés confinés dans une sphère de spécialistes fort compétents mais peu compris. Cela notamment sous l'influence des représentations dominantes souvent très simplistes, partagées et véhiculées par toutes les strates de la société, concernant les mécanismes fondamentaux de protection et de renforcement de la santé des populations. Ceux et celles qui veulent en savoir plus trouveront plus loin des renvois à une documentation plus complète sur les points de vue en présence. À ce stade en tout cas, malgré quelques paroles rassurantes des autorités, le pouls du secteur oscille entre le mode « dubitatif » et le mode « alerte ».

En bref, les lacunes de l'Évaluation

Le malaise domine :

- 1° pourquoi avoir baptisé « concertation » une méthodologie non homogène et très partielle de consultation de certains organismes, le plus souvent via de simples questionnaires écrits ?
- 2° comment éviter une vision managériale à court terme des projets de santé et une logique verticale (« top-down »), au risque de brider l'autonomie et la créativité des acteurs ?
- 3° quid de la brusque incertitude sur les budgets de la santé et l'avenir des travailleurs ?
- 4° que penser des dysfonctionnements épinglés mais peu articulés aux expertises et bonnes pratiques existantes, qui sont pourtant des clés pour une réforme de qualité ?
- 5° quelle place pour une « démocratie sanitaire » où soit valorisé le rôle de vigie des professionnels confrontés aux inégalités et périls croissants de santé (voir l'encadré suivant) ?

Témoigner, plaider, se démarquer, décrypter

En 2003, **Jean-Pierre Deschamps**, professeur français de santé publique et infatigable héraut-militant du secteur livrait avec le recul et l'émergence de la mondialisation une puissante « relecture de la charte d'Ottawa » : *« L'interpellation est salutaire car les professionnels sont aussi des citoyens comme les autres, et surtout parce qu'ils savent. Ce sont eux qui, mieux que d'autres, savent à quel point l'insécurité – la vraie, pas celle que fabriquent les médias et quelques politiques pour mieux rogner la démocratie –, la pauvreté, le chômage génèrent des atteintes terrifiantes au bien-être et à la santé. Les professionnels voient les situations, en identifient les causes. (...) En témoignant, (...) ils peuvent aussi être avocats, plaider pour les personnes et les groupes écrasés par leurs conditions d'existence, et constamment rappeler aux décideurs, personnellement ou plus probablement par leurs associations professionnelles, leur responsabilité directe dans la santé des populations. Il ne s'agit pas d'agresser, mais d'expliquer, car beaucoup de responsables, imprégnés du modèle biomédical de gestion de la santé, imaginent de bonne foi que tout est un problème de médecine... Tout n'est justement pas un problème de médecine et les professionnels de santé pourraient même refuser d'intervenir si leur action ne devait être qu'un alibi à la perpétuation de situations dramatiques, une façon de donner bonne conscience aux responsables. (...) N'oublions pas que ce qui est en jeu est le contrôle exercé par les gens sur leur santé. Peut-on contrôler ce que l'on ne connaît pas ou ce que l'on ne comprend pas ? Qui peut décrypter avec les personnes et les groupes, les mécanismes en cause dans l'altération de la santé, sinon les éducateurs de santé ? ».*

La santé : une ressource et un droit

Toutes les cultures ont élaboré des visions singulières et développé des actes signifiants autour de la souffrance et de son relatif antipode : l'état de confort physique, social, mental. Parmi les définitions les plus modernes, épinglons-en deux : celle du prof **René Leriche** « *La santé c'est la vie dans le silence des organes* ». On notera néanmoins que dans une évolution de la santé publique marquée par la prédominance des maladies dégénératives multifactorielles ou à éclosion lente, ce poétique « silence des organes » peut s'avérer redoutablement trompeur quant à leur état paisible. Et celle de **René Dubos** : « *La santé, c'est la situation dans laquelle l'organisme réagit par une adaptation tout en préservant son intégrité individuelle. (...) La santé, c'est un état qui permet à celui qui en jouit de se consacrer pleinement à son ou à ses projets et qui met donc toujours en jeu des forces socioculturelles, non inscrites dans le code génétique* ». Reste la classique définition de la santé élaborée au lendemain de la deuxième guerre mondiale en perspective de la création de l'OMS (cf. encadré).

Bien peu savent qu'elle a été essentiellement « *le fait de diplomates de grande envergure et de personnes venant d'horizons très divers. (...) La santé était considérée comme un problème central de société et non un problème médical* »¹. C'est sensiblement l'inverse aujourd'hui ! Où est la faille ? Sans doute en partie dans l'expansion galopante du marché des métiers, des infrastructures et des technologies médicales de pointe en matière de diagnostic et de soins, si précieux soient-ils. Mais sans doute aussi dans la constance médiatique et politique avec laquelle on n'a cessé de mettre en avant la seule première phrase de la définition de la santé par l'OMS, au détriment des huit suivantes, dont l'ensemble constitue une charpente solide et lucide quant aux mesures à prendre contre les facteurs de maladies et, plus prioritairement encore, contre les causes fondamentales d'emballlement de ces facteurs pathogènes. En suivant ce cadre juridique normatif, il semble que nous pouvons tenir la Fédération Wallonie-Bruxelles responsable de la mise en œuvre, dans un cadre fédéral de santé publique, d'un plan d'action sur les déterminants fon-

¹ Selon un article d'Iлона Kickbush paru dans le très riche dossier 'La santé : usages et enjeux d'une définition', revue Prévenir n° 30, 1^{er} semestre 1996, Ed. CVM (Coopérative d'édition de la vie mutualiste, Marseille)

40 ans avant la Charte d'Ottawa, tout était quasi dit !

Prologue aux articles de la « Constitution de l'Organisation mondiale de la santé » (signée le 22 juillet 1946 à New-York par les représentants de 61 États, entrée en vigueur le 7 avril 1948).

« *LES ÉTATS parties à cette Constitution déclarent, en accord avec la Charte des Nations Unies, que les principes suivants sont à la base du bonheur des peuples, de leurs relations harmonieuses et de leur sécurité : La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.*

La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États.

Les résultats atteints par chaque État dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous.

L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.

Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.

L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé.

Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.

Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.

ACCEPTANT CES PRINCIPES, dans le but de coopérer entre elles et avec tous autres pour améliorer et protéger la santé de tous les peuples, les Parties contractantes acquiescent à ladite Constitution et établissent par les présentes l'Organisation mondiale de la Santé comme une institution spécialisée aux termes de l'article 57 de la Charte des Nations Unies ».

En 2003, à Genève, devant la Commission des droits de l'homme des Nations Unies, le rapporteur spécial **Paul Hunt** soulignait ainsi notamment que le droit à la santé : « *est un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement les prestations de soins de santé appropriées en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génétique* », mais aussi qu'il « *impose diverses obligations avec effet immédiat. Ces obligations immédiates comportent les garanties de non-discrimination et d'égalité de traitement, ainsi que l'obligation de prendre des mesures délibérées, concrètes et ciblées pour la réalisation intégrale du droit à la santé, notamment en élaborant une stratégie nationale et un plan d'action national dans le domaine de la santé publique. La réalisation progressive signifie que les États ont une obligation spécifique et permanente d'avancer aussi rapidement et efficacement que possible vers le plein exercice du droit à la santé* ». Et encore qu'il engage d'abord les États mais aussi la responsabilité de tous : particuliers, collectivités locales, organisations intergouvernementales, ONG, entreprises privées, etc. Pour conclure sur l'interdépendance juridique : « *le droit à la santé est étroitement lié à l'exercice d'un certain nombre d'autres droits de l'homme et d'autres libertés fondamentales énoncés dans les principaux traités internationaux relatifs aux droits de l'homme. Il s'agit notamment du droit à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la vie, à la non-discrimination et à l'égalité, du droit de ne pas être soumis à la torture, du droit au respect de la vie privée, du droit de participer, du droit d'accès à l'information, et des droits à la liberté d'association, de réunion et de circulation* ».

damentaux de la santé. Ce qui renvoie à de nombreuses compétences : politiques d'éducation, d'aide aux parents (crèches, écoles de devoirs), d'emploi, de logement, de sport à bon marché, d'accès à la culture, d'environnement, de mobilité, d'animation de quartier, de jeunesse (notamment le soutien précoce à l'estime de soi). Ce qui renvoie aussi à traquer les facteurs de stress délétères (dont une des dimensions les plus pernicieuses est celle de l'aliénation qui consiste à être habité par le sentiment de ne plus pouvoir contrôler sa vie). Voir à ce propos le remarquable ouvrage transdisciplinaire édité par Evans, R., Barer, M., Marmor, T., *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Montréal : PUM, 1996.

Ces déterminants fournissent le cadre pour une action multifocale sur la réduction des inégalités sociales de santé.

Promeut-on adéquatement la santé chez nous ?

Sur le papier (du *Moniteur belge*), la formule est nette et entraînant. À l'article 1^{er} du décret du 14/07/1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, il est dit : « *Par promotion de la santé au sens du présent décret, il faut entendre le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques* ». Et dans les faits ? Ce décret semble avoir amené plus d'évolutions concrètes dans les pratiques des acteurs de proximité et des professionnels (de promotion de la santé, de santé communautaire, etc.) que dans celles des politiques publiques et de la concertation des acteurs institutionnels. Ainsi les budgets réellement dédiés à la prévention et à la promotion de la santé sont déjà bien maigres (cf. encadré ci-dessous). Sans compter que l'importance accrue accordée aux démarches de prévention médicalisée entame à sa manière l'action

sur les déterminants non médicaux de la santé. Piètre consolation : selon **D. McQueen**, le phénomène de minimisation de l'intérêt des démarches menées en promotion de la santé et des savoirs thésaurisés dans ce domaine est une tendance qui domine quasi partout dans le monde !

Pour une approche complexe du réel

Travailler sur la complexité, en matière d'évaluation de l'efficacité des pratiques de terrain par exemple, c'est s'interdire de s'alarmer intempestivement face à des indicateurs d'augmentation de certains problèmes (de société, de santé, de délinquance...). Le premier réflexe est généralement de se dire : mais que font donc les acteurs attirés censés veiller au grain ? Il vient rarement à l'idée de se demander si la croissance choquante du problème « x » n'aurait pas été encore bien plus élevée en l'absence des énergies mobilisées. Comme si seuls un statu quo ou une baisse des chiffres pouvait attester une réelle « efficacité » ! Alors que des facteurs tiers liés à la crise globale ou des paramètres inédits non encore identifiés peuvent tout aussi bien expliquer le mauvais score, non synonyme d'échec pour autant. Travailler la complexité c'est aussi éviter de prendre pour seuls indicateurs la *quantification des résultats obtenus en matière de comportements de santé, de production d'outils d'information, de nombre de séances d'animation*, important ainsi un « modèle » d'évaluation à l'œuvre dans le secteur marchand. C'est, par contre, reconnaître la valeur pour l'évaluation d'éléments *qualitatifs* tels que les mises en réseaux, le travail sur l'intégration de pratiques de divers professionnels, le travail d'appropriation des actions par la population concernée, le travail de plaidoyer pour faire évoluer les politiques. Travailler la complexité c'est encore évaluer les raisons d'une non-conformité aux protocoles et bonnes pratiques pour en faire surgir le potentiel d'amélioration et les nécessaires remises en question.

La promotion de la santé tend de plus en plus à faire la preuve de sa pertinence pour appréhender les enjeux et problématiques de santé de manière complexe (cf. encadré page suivante). À ce titre, elle s'avère particulièrement appropriée

Soigner les conditions de vie, raboter les inégalités

(Brefs extraits d'une opinion du **D^r Luc Berghmans**, publiée dans *La Libre Belgique* le 28 septembre 2011 et reproduite intégralement dans *Éducation Santé* n° 272, novembre 2011).

Les inégalités sociales de santé sont des réalités bien documentées en Belgique. L'absence de plans ambitieux de l'action publique pour les réduire significativement est préoccupante dans une société où l'égalité des chances est une valeur de référence. On dispose pourtant de multiples études, à l'image des tableaux de bord de la santé en Wallonie, de l'Enquête nationale de santé ou encore des études des mutualités et de la Fondation Roi Baudouin qui quantifient le problème et avancent des pistes de solutions.

Quelques chiffres donnent à réfléchir : un écart d'espérance de vie de 7 ans entre classes sociales défavorisées et aisées ; pour l'espérance de vie en bonne santé, cet écart monte à 18 ans ; 50 % de sur-incidence des maladies cardiovasculaires chez les plus défavorisées, etc. (...).

Le constat est clair : les politiques sociales des dernières décennies ont permis un accès relativement équitable aux soins de santé mais pas à la santé ! (...).

Un scénario, à étudier sérieusement, serait de convaincre les

gestionnaires sociaux et professionnels de l'INAMI de consacrer 1 % du budget soins de santé à un investissement en « bons pères de famille » dans la promotion de la santé. Un impressionnant panel d'experts internationaux rappelait récemment dans le *Lancet* que 2/3 des maladies chroniques (maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, diabète, hypertension, cancers, troubles mentaux...) ont pour facteurs favorisants communs le tabagisme, une alimentation déséquilibrée, le manque d'activité physique, la consommation excessive de sel et d'alcool. La promotion de la santé est un moyen efficace de lutter contre ces facteurs. Ne pas la prendre en compte spécifiquement dans les réflexions en cours sur le budget INAMI et l'impact du vieillissement serait une erreur de gouvernance.

L'opérationnalisation de cet investissement devrait être confiée aux Communautés / Régions parce que très logiquement c'est en décentralisation et en proximité avec la population que cet investissement structurel a le plus de chance d'être productif. Les communes et provinces devraient être impliquées dans ce dispositif parce que leur proximité avec les citoyens et leur capacité d'action sur le cadre de vie en font des niveaux de responsabilité publique incontournables pour intégrer sur le terrain promotion de la santé, développement durable et cohésion sociale.

L'oxygène de la complexité

« Nous demandons légitimement à la pensée qu'elle dissipe les brouillards et les obscurités, qu'elle mette de l'ordre et de la clarté dans le réel, qu'elle révèle les lois qui le gouvernent », dit le sociologue et philosophe **Edgar Morin**. Ajoutant en substance que « la connaissance scientifique fut longtemps et demeure encore souvent conçue comme ayant (ce type de) mission ». Mais sachant que les disciplines scientifiques sont souvent cloisonnées, on observe qu'elles ont plutôt tendance à se débarrasser des autres grilles de lecture qui pourraient les gêner dans l'approche de leur objet principal. Bref, elles simplifient le réel. À l'inverse la démarche complexe entre en jeu lorsqu'on considère « ce qui ne peut se résumer en un maître mot, ce qui ne peut se ramener à une loi, ce qui ne peut se réduire à une idée simple » et lorsqu'on suspecte « les limites, les insuffisances et les carences de la pensée simplifiante ». Alors que cette dernière « désintègre la complexité du réel, la pensée complexe intègre le plus possible les modes simplifiants de penser, mais refuse (leurs) conséquences mutilantes (...) et finalement aveuglantes », dans la mesure où la pensée simplifiante « occulte tout ce qui relie, interagit, interfère »...

pour identifier des diagnostics élargis aux milieux de vie, à la société globale et à ses turbulences, en dépassant donc la seule question – surestimée – des modes de vie personnels. Ce travail de cadrage gagne aussi à s'appuyer sur des confrontations entre les vécus et expertises de santé des publics et ceux des professionnels de nombreux secteurs à vocation non marchande. Il doit fournir l'assise de toute politique de santé rationnelle bien comprise, au plus près des réalités quotidiennes des groupes les plus malmenés, qui sont actuellement les signaux d'alarme vivants les plus éloquents quant aux tendances délétères et aux responsabilités de remédiation.

Principes auxquels tiennent les acteurs

1° **Globalité**. Il convient que la santé soit appréhendée dans toutes ses dimensions : physique, psychologique, sociale, économique, spirituelle, etc. Ce qui élargit la conception de la santé à la notion de *qualité de vie*. **Face à une vision individualiste et « segmentée » de la santé, la promotion de la santé propose donc une approche qui interroge les conditions de vie et modes d'organisation de la société².**

2° **Proximité**. Parce qu'ils la vivent au quotidien, à l'école, en famille, sur leur lieu de travail ou dans leur quartier, les citoyens peuvent énoncer des priorités d'action pour améliorer leur qualité de vie. Ils peuvent aussi identifier des ressources individuelles et collectives, activables dans leurs environnements respectifs. **Encore faut-il être à l'écoute des citoyens et leur reconnaître des ressources et des compétences.**

3° **Marier besoins et aspirations**. Si l'épidémiologie offre une contribution importante à l'établissement des besoins et priorités de santé, elle envisage a priori la santé de manière négative et parcellaire, à partir de la maladie et des facteurs de risque. Mais cela pourrait-il constituer tout l'enjeu de santé en Fédération Wallonie-Bruxelles, ou même sa part la plus significative ? Sans éluder l'intérêt des données de santé publique, il apparaît essentiel **d'impliquer et de concerter les publics sur l'une de leurs réalités les plus précieuses. Les acteurs de promotion de la santé veulent préserver cette capacité de**

médiation entre besoins et aspirations de santé des publics, pour garantir une offre de santé adéquate et dynamique en Fédération Wallonie-Bruxelles.

4° **Évaluer pour évoluer. La continuité des interventions, de même qu'un climat constructif distillant la confiance, sont des conditions sine qua non à la mise en œuvre et la diffusion de pratiques d'évaluation dont les acteurs de promotion de la santé se revendiquent.** Le nécessaire contrôle des ressources allouées par les fonds publics et la nécessaire coordination des actions en vue de l'atteinte d'objectifs prioritaires ne peuvent toutefois servir de prétexte à une normalisation des pratiques, antagoniste de la nécessaire adaptation à la diversité des besoins des populations et à la complexité des déterminants des phénomènes de santé.

Valoriser l'intelligence collective

Les principes exposés dans ce plaidoyer pourraient être mis à mal par la réforme de la promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles et les incertitudes qui l'accompagnent. **C'est pourquoi nous réclamons :**

- a) L'instauration d'un dialogue équitable et la réelle prise en compte de la parole et de l'expertise des acteurs concernés avant la mise en place de la réforme**, afin que celle-ci tienne compte de l'histoire d'un secteur, qu'elle valorise les ressources (compétences, expertises, réseaux) existantes et qu'elle s'inscrive réellement dans le respect des principes de la promotion de la santé.
- b) La reconnaissance de la nécessité d'investir en promotion de la santé pour favoriser le bien-être des populations et réduire les inégalités sociales de santé**, ce qui implique une nette augmentation des budgets alloués à ce domaine de compétences. Avant cela, le maintien des budgets existants, leur indexation et la garantie de la préservation des compétences professionnelles existantes constituent un socle minimum pour la pérennité d'une politique de qualité.
- c) Le maintien d'une culture de la qualité des interventions**, qui passe par la définition collective et négociée de critères de qualité et par le soutien aux acteurs pour intégrer ces critères.
- d) La remise en question d'une conception managériale centralisatrice qui semble voir dans la création d'un organisme de pilotage la solution à tous les problèmes**. Nous plaidons pour le développement d'une approche qui privilégie le principe de subsidiarité et qui identifie de manière *rigoureuse, systémique et participative* les besoins de santé et les réponses à y apporter. D'éventuelles nouvelles structures ne pourront être créées qu'à partir d'une telle analyse qui en montrera la pertinence et qui en guidera les modalités d'implémentation adéquates.

Si vous retrouvez vos préoccupations dans le plaidoyer ci-dessus, n'hésitez pas à marquer votre accord en envoyant un courriel à **collectifpromosante@gmail.com**, avec vos nom et prénom et le titre auquel vous adhérez à cette démarche.

Vous pouvez aussi réagir via le site mis en place par le Collectif, à l'adresse www.sites.google.com/site/collectifpromosante. Vous pourrez y consulter la liste des signataires régulièrement mise à jour. Vous y trouverez également l'article 'Évaluation des dispositifs de politique de santé' paru dans 'Éducation Santé' en juillet 2011 et plusieurs documents précisant la démarche du Collectif.

² Voir 'Les déterminants sociaux de la santé : les faits', OMS Europe, 2^e édition, 2004, 42 p. (www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf)

sédentarité, mauvaise alimentation) étaient éliminés, une large proportion des maladies cardiaques, des accidents vasculaires, des diabètes de type 2 et des cancers pourraient être prévenus, ce qui permettrait de sauver des millions de personnes d'une mort prématurée.

7. Que l'on se focalise sur l'équité entre les pays et à l'intérieur même de ceux-ci et que l'on fasse tout particulièrement attention aux besoins des groupes défavorisés.

Les facteurs de risque s'accumulent dans les populations et communautés défavorisées,

et ce sont souvent les personnes de ces communautés qui ont le plus mauvais accès aux services de santé, aux environnements favorables à la santé et aux programmes de promotion de la santé.

L'UIPES et le RéFIPS sont particulièrement intéressés à relever avec succès le défi et la problématique complexe des maladies non-transmissibles et désirent vivement soutenir le rôle important de la promotion de la santé à l'échelle mondiale pour changer l'environnement actuel de sorte qu'il soit favorable à la prévention de ces maladies. Ils ont un rôle et une responsabilité importants

pour conseiller et influencer des résultats. Ces deux organisations ont un réseau et des groupes de travail spécifiques d'experts et d'institutions reconnus, et une forte présence dans toutes les régions du monde. Elles sont désireuses et capables d'apporter leur contribution et une solide expérience et expertise unique en promotion de la santé, et de jouer un rôle essentiel en apportant des conseils sur l'efficacité de la promotion de la santé et en mobilisant leurs membres pour mettre en œuvre une stratégie de lutte contre les maladies non-transmissibles.

Évaluation des dispositifs de la politique de santé en Fédération Wallonie-Bruxelles

Chantal Leva, Présidente du Conseil supérieur de promotion de la santé

Le Conseil supérieur de promotion de la santé se réjouit qu'en application du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé, une évaluation du secteur ait été mise en œuvre comme il le souhaitait depuis plusieurs années.

Toutefois, le Conseil estime que le rapport d'évaluation ne représente qu'une première étape d'un processus plus large. Une réflexion devrait être poursuivie en vue de la construction d'un nouveau dispositif. Cette réflexion devrait précéder les changements législatifs et faire l'objet d'un investissement financier pour que des professionnels puissent y travailler en tenant compte du terrain.

Le Conseil rappelle qu'une réforme à enveloppe fermée ne suffira pas pour amener une amélioration notable de la qualité et de l'universalité des services. Pilotage, priorisation, coordination ne constituent pas des panacées là où le budget est nettement insuffisant par rapport aux besoins de la population et aux enjeux de la prévention qui visent la réduction des coûts des soins de santé. Il faut absolument investir dans la promotion de la santé pour couvrir

l'ensemble de la population. À ce sujet, la structure institutionnelle de la santé en Belgique représente un frein. Il faudrait en effet un changement structurel important pour laisser une meilleure place à la promotion de la santé dans les politiques et dans les financements.

Le critère ultime de la justesse d'une politique de santé sera l'universalité des services offerts à tous les niveaux (dépistage et prévention, éducation pour la santé et promotion de la santé).

À propos du rapport d'évaluation, il apparaît qu'il présente certaines lacunes, incohérences et contradictions internes au texte. Il manque de nuance, de finesse d'analyse, il contient parfois des erreurs factuelles importantes.

À titre exemplatif, le Conseil aurait souhaité :

- une meilleure prise en compte du cahier des charges formulé par le Conseil lui-même ainsi qu'une concertation plus régulière avec le Conseil afin de soutenir le pilotage de cette évaluation et l'analyse des résultats ;
- une référence au cadre réflexif de la réduction des inégalités sociales de santé. Celle-ci aurait été un atout pour l'analyse des pratiques en matière de services de santé, de médecine préventive et de promotion de la santé. En ce sens, le Conseil regrette aussi l'absence d'analyse des enjeux liés à l'intégration de la promotion de la santé dans les services de santé de première ligne tels que la médecine générale ;
- une meilleure prise en compte des références en matière de promotion de la santé ;
- que la promotion de la santé ne soit pas exclusivement envisagée au travers de textes de définition, voire d'un point de vue légal, mais aussi comme un corpus de bonnes pratiques, de compétences et de critères de qualité spécifiques ;

- un relevé de l'existant des « bonnes pratiques » et des processus de travail fructueux en matière de concertation, de partenariats, de participation et d'intersectorialité ;
- un échantillonnage plus large prenant en compte tous les acteurs du secteur, qu'ils soient subsidiés ou non ;
- en matière de programmes de médecine préventive, une analyse qui ne soit pas focalisée sur PROVAC en laissant de côté les programmes de dépistage des cancers, des maladies métaboliques, de la surdité et les structures qui y sont associées tels que les centres de référence pour le dépistage des cancers ;
- une analyse des politiques de la Région Wallonne dans un souci de complémentarité, par exemple une analyse du dispositif mis en place dans le cadre de la cohésion sociale et la lutte contre les inégalités sociales de santé, aurait pu être porteuse de pistes intéressantes pour les dispositifs de promotion de la santé ;
- une investigation plus avancée des niveaux politiques et institutionnels qui peuvent impacter le dispositif de promotion de la santé ;
- une analyse plus systémique de la mise en œuvre des missions par les divers acteurs ;
- un recoupement des informations (triangulation) qui aurait permis d'apporter une validation à certains constats. En particulier, le croisement entre les points de vue d'acteurs qui exercent des missions à différents niveaux (action locale, action communautaire, administration, acteur institutionnel ou de proximité, dédié ou non à la promotion de la santé) ;
- une analyse opérationnelle des informations collectées. Ainsi toute une série de missions, remplies par des organismes ou services agréés, sont présentées de manière théorique (observation, documentation, aide méthodologique, évaluation, communication,..) mais les services concernés n'ont pas été interrogés sur leur façon de les mettre en œuvre dans leur activité propre ;
- dans certains cas, une analyse présentant des résultats en rapport avec le référentiel

posé par les évaluateurs. Ainsi la PSE est parfois budgétairement complètement intégrée dans la promotion de la santé et à d'autres moments, elle est prise en considération dans la médecine préventive. Or, les services PSE assurent à la fois des missions de médecine préventive, d'observation et de promotion de la santé. Dans un autre domaine, la promotion de la santé dans le sport n'est abordée que sous l'angle de la surveillance (contrôle du dopage), conception étroite du sens du décret qui cadre ces missions ;

- voir mieux apparaître des commentaires, analyses ou réflexions des experts internationaux sur les informations récoltées par les évaluateurs.

Le Conseil souhaite également pointer l'intérêt des éléments suivants ressortant du rapport :

- le rapport d'évaluation met en lumière l'intersectorialité et le partenariat comme des éléments-clés du concept de promotion de la santé. Il propose la promotion de la santé comme un référentiel commun qui tisserait des liens entre les compétences en s'inscrivant dans les agendas politiques des entités fédérées, des provinces et des communes, au même titre que le développement durable ;
- en conséquence, le rapport propose que le cadre légal de la promotion de la santé en Communauté française prévoie différents niveaux d'action : une action au niveau des politiques de santé spécifiques à la Communauté française ; une action par voie de protocoles d'accord avec les autres politiques gérées par la Communauté française (ONE, enseignement, culture, sport, éducation permanente, etc.). À ces deux niveaux, le Conseil suggérerait d'ailleurs d'ajouter la nécessité de protocoles de collaboration avec l'autorité fédérale et les autres entités fédérées pour l'action sur les déterminants de santé qui dépendent de celles-ci ;
- le rapport propose que l'implémentation de la promotion de la santé dans les différentes compétences de la Communauté française soit à charge d'une cellule plurisectorielle dépendant directement du Secrétariat général du Ministère de la Communauté française ;

- le rapport souligne que les opérateurs financés par le secteur investissent la question de l'évaluation, mais que les évaluations et rapports d'activités réalisés ne sont pas toujours exploités pour un meilleur pilotage de la politique. Il suggère des pistes pour capitaliser sur cette habitude d'autoévaluation en vue d'un meilleur pilotage de la politique. Pourquoi ne pas donner plus de moyens pour utiliser les évaluations ?
- le rapport insiste sur la nécessité de préserver l'autonomie des acteurs et sur la nécessité d'associer les acteurs de proximité à la définition des plans et programmes ;
- en particulier, le rapport insiste sur l'importance de s'adapter à la spécificité locale des structures et des offres en promotion de la santé, grâce notamment aux CLPS, tout en assurant un cadre d'action commun. Le CSPS suggère en outre d'accorder une attention particulière aux mécanismes qui assurent un juste équilibre entre cadre commun et possibilités d'adaptation aux spécificités locales. Une analyse de la manière de mobiliser les autres niveaux territoriaux (province, communes) devrait aussi être réalisée.

Les réflexions et analyses préalables à une réforme du cadre décentral

Les réflexions ci-dessous portent sur les deux grandes propositions du Cabinet de la Ministre de la santé que sont la rédaction d'un « Code de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles » et la mise sur pied d'un organisme de « pilotage opérationnel et de coordination de la santé ».

Réflexions à propos du « Code de la santé de la Fédération Wallonie Bruxelles »

Comme signalé dans les préalables, il semble prématuré de créer un Code de la santé pour la Fédération Wallonie-Bruxelles notamment dans le contexte de la future réforme de l'État. Il s'agit tout d'abord de fixer à quel niveau opère le concept de promotion de la santé. *Fournir une référence intégrative pour servir de toile de fond à un décret, en*

accord avec les recommandations des organismes internationaux (OMS). Ces recommandations montrent l'importance d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé, instaurent l'accès à la santé comme un droit fondamental et transcendent nos normes juridiques parce qu'elles prennent racines dans la Déclaration universelle des droits de l'homme.

Dans cette optique, le critère ultime de la justesse d'une politique de santé sera l'universalité des services offerts à tous les niveaux (dépistage et prévention, éducation pour la santé et promotion de la santé). Cependant il faut avoir conscience que l'étranglement des ressources et des compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles reste le premier frein à l'universalité dans l'offre et/ou la qualité des services proposés.

Définir un corpus de pratiques et de compétences spécifiques qui s'exercent, en première et en deuxième ligne. Pratiques et compétences s'exercent en première ligne, au niveau de l'interaction individuelle (éducation, information, dépistage et protection) et au niveau de la mobilisation des communautés (empowerment et action sur les milieux de vie). Elles s'exercent en deuxième ligne, dans le domaine du plaidoyer auprès des institutions et dans celui des partenariats intersectoriels pour veiller à faire bouger les déterminants collectifs de la santé.

Au cours des dernières années, le CSPS a émis plusieurs avis très documentés qui montrent l'absolue nécessité de combiner ces niveaux d'interventions pour atteindre l'efficacité des politiques publiques en matière de santé. (Consulter notamment l'avis sur les bonnes pratiques de dépistage, l'avis sur la réduction des inégalités sociales de santé).

Le soutien de ce corpus de compétences et de pratiques spécifiques représenterait le champ d'application du « code de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles ». Au sens institutionnel du terme, cette « compétence technique » constituerait ainsi la spécificité et l'exclusivité de la FWB, lui permettant de marquer de manière visible son utilité au service de la santé des citoyens.

En conséquence, il importera aussi de **clarifier quelle est la place (l'impact) de**

la promotion de la santé vis-à-vis des autres compétences notamment les compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles (culture et audiovisuel, sport, enseignement, éducation permanente, enfance et jeunesse...). La seule mention de « passerelles » semble trop faible pour définir ces liens. Il importe en effet d'assurer une meilleure pénétration des outils et du soutien que peut apporter la promotion de la santé dans d'autres domaines de compétences et à d'autres niveaux de pouvoir. Pour ce faire, des accords formalisés, ayant une base juridique, sont incontournables.

Réflexions à propos de l'organisme de « pilotage opérationnel et de coordination de la santé »

La conception de l'organisme de pilotage opérationnel et de coordination relève d'une analyse managériale des données d'évaluation, empreinte de technicité. L'emphase est mise sur une planification descendante, négligeant souvent une vision plus « organique » centrée sur la mobilisation, l'adhésion, l'amélioration coopérative de la qualité des services rendus et l'exercice de la responsabilité. Cette grille de lecture est-elle adaptée pour affronter les tensions qui traversent un secteur d'activité dans lequel la fonction publique communautaire ou régionale doit impulser des politiques, être garante du fonctionnement d'un dispositif, d'un choix judicieux de priorités, de l'universalité et de la qualité des services, alors que les activités sont essentiellement déployées par le monde associatif ou par des partenaires publics locaux ? Il est important que le mode de pilotage et de coordination soit en cohérence avec le pacte associatif qui préserve une large part de liberté et d'initiative aux acteurs associatifs. En outre, le mode de pilotage proposé ne prend pas suffisamment en compte le principe de subsidiarité. Ainsi, le partenariat entre les structures publiques sur le terrain local est le point de convergence des politiques de tous les niveaux territoriaux. Malheureusement, ces politiques sont souvent trop peu cohérentes entre elles. Un pilotage descendant à partir d'un seul niveau de pouvoir ne permet pas

l'implication du pouvoir local et ne favorise pas la complémentarité et l'harmonisation entre les multiples dispositifs coexistant sur un territoire local.

Si un organisme de pilotage opérationnel et de coordination devait voir le jour, il devrait rester dans une logique de service public. Il s'agirait de bien clarifier les relations entre le service public et le secteur associatif ; ne pas mélanger contrôle, évaluation et soutien et bien définir ces termes. Le rôle de cette structure ne serait pas de mener à bien ses propres projets. Les subsides resteraient pour les projets mis en œuvre par le secteur associatif.

Historiquement le secteur de l'éducation pour la santé, puis de la promotion de la santé avait trouvé un équilibre entre contrôle public et initiatives associatives en mettant en place des processus de soutien de la qualité des projets et des pratiques à divers niveaux : outils de dépôt de projet et d'examen des demandes de subvention, appui méthodologique et logistique mis gracieusement à disposition des acteurs, etc. À enveloppe fermée, suffira-t-il d'installer un pilotage central pour améliorer la qualité des services actuellement rendus en termes de médecine préventive et de promotion de la santé ?

Des outils de pilotage stratégiques existent actuellement au travers du programme quinquennal et des plans communautaires opérationnels, mais aussi par l'intermédiaire des PACP des CLPS et des avis du Conseil et encore, par l'obligation à tout opérateur de prévoir une évaluation pour solliciter une subvention. Il est donc faux de penser que le secteur de la promotion de la santé évolue actuellement sans pilotage. Certains secteurs ont développé, en sus, leurs propres outils de pilotage spécifiques, par exemple les stratégies concertées de prévention du SIDA et des IST, le comité de concertation intersectoriel de la vaccination, etc.

Dans l'organisation projetée, la concertation des acteurs est située au niveau de « l'organisme de pilotage et de coordination » qui aura pour rôle « de faciliter la déclinaison opérationnelle des priorités et stratégies définies par le Gouvernement et ses services » (extrait de la présentation du Cabinet de la Ministre). Le Conseil considère qu'il est important de maintenir un organe

représentatif de consultation stratégique, tel que le Conseil supérieur de promotion de la santé, en dehors de la structure de pilotage. Le Conseil estimerait adéquat d'aborder la nécessaire amélioration du pilotage de la politique de santé de la Communauté française au départ des atouts et des outils existants, notamment en accroissant les moyens consentis aux partenariats susceptibles de favoriser l'application de tels outils. Le Conseil estime que la plus-value potentielle d'un organisme central pour le pilotage de la politique de santé devrait être solidement argumentée sur base d'une analyse de faisabilité et des scénarios opérationnels, avant d'être actée par décret. Enfin, le Conseil insiste sur l'absolue nécessité que cette réforme non seulement préserve le volume d'emplois au sein des différentes structures et l'expérience acquise par les

professionnels en place. Au-delà, il souhaite surtout qu'elle apporte des améliorations en termes de stabilité et de valorisation des emplois dans le secteur de la promotion de la santé et de la médecine préventive. Stabilité et valorisation des emplois sont les conditions incontournables d'une professionnalisation et d'une amélioration de la qualité des pratiques et des services rendus à la population dans le cadre des politiques de santé de la Communauté française.

En conclusion, le Conseil reprend une ligne de force proposée dans le rapport d'évaluation : « que ce nouveau décret nous aide à bien faire l'essentiel ». Pour le Conseil, l'essentiel reste le développement d'un soutien pour une amélioration continue de la qualité des pratiques, aussi bien parmi les professionnels de première et de deuxième ligne que parmi

les bénévoles, les acteurs institutionnels et les décideurs. Cette amélioration devrait s'articuler sur une mutualisation des expériences des acteurs de la Communauté française, qui intègre aussi les acquis des expériences internationales et qui soit diffusable au sein d'autres secteurs d'activité. Les missions d'un éventuel organisme de pilotage opérationnel et de coordination devraient prendre pour objectif principal cette mutualisation au service d'une réduction des inégalités sociales de santé. Au vu des nombreuses remarques émises, le Conseil propose que soit mis en place un groupe de travail et le financement d'une équipe pour réfléchir à une réforme de fond autre que juridique.

Avis d'initiative du Conseil supérieur de promotion de la santé du 19 août 2011



Photo © Isopix

Locale Assuétudes : et les jeunes, ils en pensent quoi ?

Philippe Mouyart et Natacha Vandevelde, Centre local de promotion de la santé de Charleroi Thuin

Réaliser une analyse des besoins en matière de prévention des assuétudes en milieu scolaire est une des missions des « Points d'Appui aux écoles en matière de prévention des Assuétudes » (PAA, dispositifs intégrés au sein des Centres locaux de promotion de la santé). À Charleroi, un groupe de travail¹ du PAA a choisi de privilégier une approche globale et positive de la santé et de mettre en place une méthode de collecte de données qualitatives. Le choix s'est porté sur le recueil de la parole des jeunes en milieu de vie scolaire.

Les résultats de cette enquête sont destinés aux acteurs de l'Enseignement, de

l'Éducation, de la Santé scolaire (directions, enseignants, éducateurs, agents SPSE et CPMS, etc.) ainsi qu'aux acteurs de la Jeunesse et de la Promotion de la Santé. Son contenu, à considérer comme le résultat d'un coup de sonde auprès de jeunes, ne prétend pas à l'exhaustivité, et n'est pas non plus représentatif du territoire de Charleroi-Thuin. Il veut inspirer ou nourrir les interventions et pratiques des professionnels côtoyant les jeunes en milieu scolaire ou autour de l'école. Cette enquête auprès des jeunes vise à savoir comment ils définissent les notions de bien-être, de risque ou encore de consommation. Donner la parole aux jeunes nous permet de mieux connaître leurs besoins en matière de prévention

et leurs représentations de la santé. La démarche s'est articulée autour de trois grands axes, servant de guide durant les groupes focalisés : comment les jeunes se représentent-ils leur santé et le bien-être ? Existe-t-il un lien entre « être jeune » et « prendre des risques » ? Consommations et jeunes, quels liens peut-on et ne peut-on pas faire ? Au-delà du matériel attendu ou de certaines hypothèses de travail, nous avons également été sensibles à certains éléments de « surprise ». Par exemple, nous n'avions pas forcément imaginé que les jeunes soient demandeurs ou en attente d'une rencontre et d'un échange avec des adultes concernés par la question de la santé et du bien-être. Autre exemple,

¹ AJMO Charleroi, Carolo Contact Drogues, Centre local de promotion de la santé de Charleroi -Thuin, Centre PMS de la Communauté française de Charleroi, Service de Prévention / Promotion Santé du Service de Santé Mentale du CPAS de Charleroi

un effet non attendu a été le plaisir authentique que la plupart des jeunes ont pris dans la rencontre, jusqu'à en oublier la notion de temps ou de contrainte scolaire... N'est-ce pas ici que commence une démarche de promotion de la santé ?

Donner la parole aux jeunes : une évidence ?

La plupart du temps, les demandes d'intervention en milieu scolaire sur les consommations ou les assuétudes proviennent des enseignants et des directions d'écoles. Mais finalement, ce qui est généralement posé comme un « problème » par l'école et ses intervenants est-il vécu de la même manière par les jeunes ? Comment envisagent-ils et comprennent-ils la question des consommations ? Qu'en savent-ils ? Aller chercher la parole des jeunes est, pour les partenaires de l'enquête, une manière de pouvoir recueillir leurs avis sur la question, dans la poursuite des objectifs suivants :

- mieux comprendre les motivations des jeunes à adopter certains comportements en matière de consommations ;
- avoir une meilleure connaissance des facteurs qui vont inciter les jeunes à adopter des comportements ayant un impact – positif ou négatif – sur leur bien-être ;
- mieux connaître d'une part les ressources que les jeunes identifient dans leur environnement en matière de prévention des assuétudes, de promotion de la santé, et, d'autre part, les ressources manquantes ;
- connaître leurs attentes dans le domaine des consommations ou assuétudes, et plus spécifiquement, connaître l'impact de certains cadres, règles ou interdictions sur leur décision d'adopter ou non un comportement.

Le choix d'une méthode : les groupes focalisés

Les partenaires de cette enquête ont choisi une démarche participative qui permet de collecter des opinions, des croyances et des attitudes concernant un sujet. De ce point de vue, la méthode d'enquête des



Photo © Isopix

groupes focalisés propose un cadre dans lequel les participants ont la possibilité de confronter leurs opinions à celles des autres et de réagir en qualité de membres du groupe. En fait, cette technique est basée sur l'idée de départ selon laquelle l'être humain, ses idées, ses préférences, ses valeurs et ses intérêts résultent de son interaction avec son environnement et que ses représentations du monde sont en partie influencées par ses relations avec les autres individus.

Ce qui est généralement posé comme un « problème » par l'école et ses intervenants est-il vécu de la même manière par les jeunes ?

Nous avons effectivement constaté, lors de chaque rencontre, qu'une « réserve » première (timidité ou aimables provocations) cédait systématiquement le pas au naturel et à la spontanéité, voire à une forme de générosité dans les échanges. Progressivement, les jeunes étaient en situation d'être un peu plus eux-mêmes, et pas ceux qu'ils s'imaginaient « devoir être »... Les jeunes interrogés étaient âgés de 14 à 18 ans issus de neuf classes du second degré de trois établissements de l'arrondissement de Charleroi-Thuin, élèves tant de l'enseignement général que professionnel avec un équilibre entre le nombre de filles et de garçons.

Quels objectifs

Au travers de ces discussions notre objectif est de mettre en lumière les éléments suivants :

- les facteurs favorisant ou freinant le bien-être des jeunes ;
- leurs besoins actuels et comment ils les énoncent ;
- les ressources identifiées par les jeunes (ou celles qui leur manquent), dans ou en dehors de l'école ;
- leurs motivations à adopter un comportement ;
- l'impact de certaines règles, cadres ou interdictions sur le comportement ou la décision d'adopter un comportement.

Quels résultats

Nous vous livrons ici quelques éléments importants exprimés par les jeunes. L'ensemble des résultats sont accessibles en téléchargeant l'enquête via le lien suivant : <http://paa.clpsct.org/analysebesoins.php>.

Jeunes et bien-être

Les facteurs influençant le bien-être peuvent être sociaux, psychologiques ou financiers. Les facteurs de bien-être sont : avoir des amis, de l'argent de poche, etc. Les facteurs de mal-être sont : l'isolement, un cadre de vie insécurisant, etc.

En cas de problème, le jeune se tourne d'abord vers la sphère familiale (généralement sa mère ou sa fratrie). La famille reste un appui essentiel du jeune quel que soit son âge. Les professionnels sont évoqués pour les cas graves (danger de mort).

Jeunes et risques

Une majorité des jeunes sont conscients de prendre des risques mais mesurent mal les conséquences auxquelles ils pourraient être confrontés lors de cette prise de risque.

Même si la transgression de la règle reste un motif fort de prise de risque, pour les jeunes que nous avons rencontrés, le cadre, la règle ou les interdictions peuvent avoir un impact positif sur la régulation des comportements à risque. L'absence de cadre, de règles ou d'interdictions est perçue par les jeunes comme ayant un impact négatif sur leur bien-être.

Jeunes et consommations

« Tout ce que l'on achète et utilise »...
« Tout ce à quoi on prend goût »...
« Licites et illicites »... « L'excès »...
« L'argent »... « L'alimentation » ...
« Les médicaments » ...
« Le mazout de chauffage » ...
« Les trafics d'armes »

Quand on évoque avec eux le terme « consommation », les jeunes rencontrés nous parlent de ce qui les entoure. Pour les jeunes interrogés, on pourrait résumer leur point de vue comme suit : « Toutes les consommations ne mènent pas à la dépendance mais tout le monde consomme... C'est l'excès qui rend une consommation néfaste pour la santé et non la consommation en elle-même. »

Perspectives et recommandations

À partir de cette expérience, certains éléments nous sont apparus importants à prendre en compte quand on souhaite entamer une démarche avec des jeunes sur la question de la consommation de produit.

Garantir les conditions de l'échange avec un groupe de jeunes

Avant l'intervention, s'interroger sur les vécus individuels des jeunes du groupe, en relation avec les consommations (qu'en sait-on ?) et leur annoncer le sujet, les objectifs et les thèmes-clés qui seront abordés. Pendant l'intervention, être attentif au « climat » dans lequel se déroulent les échanges (organiser l'espace pour permettre l'interactivité, poser des règles d'écoute et de non jugement et garantir leur respect, veiller à l'équilibre de la prise de parole tout en respectant le fait que chacun n'a pas la même aisance dans les débats de groupe...).

Recueillir les représentations – ajuster les connaissances

Qu'il s'agisse du « bien-être/de la santé » ou des « consommations », il est important de laisser prioritairement les jeunes

s'exprimer sur ce qu'ils entendent par ces notions, sur leurs vécus et expériences, etc. Les méthodes projectives (décrire une personne qui se sent bien ; « si la santé était un animal ») et les questions ouvertes (« consommations » à quoi cela fait-il penser ?) permettent l'expression des représentations, et plus loin, un phasage avec la réalité des jeunes, leur langage et les connaissances qu'ils possèdent déjà. Les jeunes ont également des représentations à propos des qualités nécessaires à une personne-ressource en matière de bien-être ou de consommations : son savoir-être et son vécu sont plus importants que son identité, son rôle, sa fonction ou son âge (cela peut être un pair de confiance). C'est également quelqu'un qui peut garder un secret. Certains professionnels n'échappent pas aux étiquettes, les psychologues ou psychiatres restent bien souvent perçus comme « les personnes qui s'occupent des fous »... L'ajustement des connaissances s'opérera en confrontant les représentations des uns et des autres, et se réalisera progressivement. Les informations sont distillées lors des échanges en groupe, quitte à faire l'objet de rappels et d'une synthèse co-construite avec le groupe : qu'a-t-on découvert/appris de neuf, qu'est-ce qui m'a surpris(e) dans les échanges, etc. ?

L'émergence des représentations et des vécus relatifs au bien-être ou aux consommations nécessite également une attention à l'expression éventuelle, par certains jeunes, d'expériences plus douloureuses ou problématiques. L'approche globale et positive préconisée ci-après constitue une première garantie pour éviter les approches « psychologisantes » et l'exposition de vécus (usages problématiques d'alcool dans la famille par exemple) qui mettraient à mal le groupe et les adultes-relais, se sentant impuissants face à la situation...

Inscrire l'intervention sur les consommations dans une approche globale du bien-être

Lier la consommation et l'attachement au paraître peut être une piste de travail,

de même que questionner la nécessité de consommer pour appartenir à un groupe. L'idée n'est pas de remettre en question l'importance du groupe, mais peut-être d'inviter les jeunes à le mettre en balance avec leur libre-arbitre et avec le respect d'un collectif plus large (régé par des règles, des lois...).

Le bien-être relationnel est également un moteur pour les jeunes. Il faudrait programmer des activités et des ateliers qui permettent de développer des liens et des compétences sociales. Cela évitera ou diminuera les consommations liées au besoin de « se donner du courage », de se sentir fort, maître de soi, l'effet désinhibant de l'alcool... On sait que les vertus « entactogènes » (se dit d'une substance qui favorise la communication, l'introspection, les contacts sociaux, l'empathie et la sensation de pouvoir s'exprimer) de certains psychotropes motivent leur consommation chez les jeunes et les adultes.

Il faut veiller à impliquer les jeunes dans des démarches en vue d'améliorer la qualité de leur environnement, leur sentiment de sécurité et de bien-être. Car la qualité de l'environnement (c'est-à-dire le fait qu'on s'y sente en sécurité, sa convivialité...) est un élément-clé pour le bien-être des jeunes, y compris quand il est question des consommations. Il faut prendre garde à la banalisation de certains usages (du genre *Tout le monde fume même à l'école alors pourquoi pas moi...*).

Aborder les consommations de manière large

Nous entendons par là « avec » ou « sans psychotrope ». Les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont par exemple des « consommations » qui concernent particulièrement les jeunes et qui interrogent pas mal les adultes en contact avec ces jeunes ! Ce sujet nécessite cependant une certaine connaissance de la part de ces adultes, de même qu'une approche « ouverte » à nouveau. Il serait dommage, voire contre-productif, de n'aborder les TIC que sous l'angle problématique ou en assimilant

² Voir à ce sujet : Minotte P., Donnay J.-Y., *Les usages problématiques d'internet et des jeux vidéo. Synthèse, regard critique et recommandations*, Institut Wallon pour la Santé Mentale, septembre 2009 (http://www.iwsm.be/pdf_dir/UPTIC.pdf). Voir aussi les différents écrits du psychiatre français Serge Tisseron, de même que ses interventions filmées sur <http://www.yapaka.be/professionnels/voir>

leurs usages à une forme de dépendance². Dans ce cadre, le rôle des parents pour poser les limites et le cadre d'utilisation est important. Les jeunes sont en demande de sécurité et de contrôle autour des nouveaux médias.

GSM, jeux, Internet sont des consommations que les jeunes connaissent sans qu'ils en fassent un usage spécialement problématique ou compulsif, et sans qu'ils les situent a priori comme des assuétudes. Par conséquent l'adulte proche du jeune devra aborder la consommation des TIC :

- d'une manière ouverte (aspects positifs et négatifs);
- en tenant compte de leur diversité et de leur fonctionnement : jeux, « chats », réseaux sociaux, etc. et par conséquent, en tenant compte de la diversité des usages qui en découlent;
- au sein de la sphère familiale (principal lieu d'utilisation des médias), en veillant à éviter le PC/la TV dans la chambre, en limitant l'abonnement ou l'accès, en installant un système de contrôle parental, en s'intéressant de manière bienveillante à l'usage qui est fait par le jeune, à ses motivations et centres d'intérêt;
- au sein de la communauté éducative, en cherchant des modalités cohérentes et adaptées de régulation de l'usage du téléphone portable dans l'enceinte de l'école, ce qui implique également une sensibilisation des parents.



Photo © Isopix

Explorer la question de la prise de risques

Au-delà de l'expression des motivations et du sens que les jeunes donnent à la prise de risques, il est important de les sensibiliser aux conséquences possibles de prises de risques spécifiques, si elles sont abordées :

- avoir des rapports sexuels non protégés n'entraîne pas seulement un risque de grossesse, mais aussi des risques de contracter une infection sexuellement transmissible ;
- passer beaucoup de temps devant son écran réduit l'activité physique et n'améliore pas les compétences sociales situationnelles (en face à face, au sein d'un groupe);
- les consommations d'alcool ou de cannabis réduisent la concentration, avec un impact sur les performances scolaires.

Inviter à la concertation

Enfin, notre dernière recommandation sera d'inviter l'ensemble des professionnels, d'une part, à travailler en concertation, pour s'enrichir de leurs expériences mutuelles et, d'autre part, à impliquer les jeunes concernés dans la construction des projets.

Le nouveau dispositif pilote de « Cellules bien-être à l'école » est sans aucun doute une manière de construire ce lieu de concertation.

Et maintenant...

Notre souhait en réalisant ce travail d'enquête était de rassembler des informations utiles aux intervenants du monde scolaire. Nous espérons que les pistes de travail, formulées sous forme de recommandations, pourront nourrir les projets d'interventions et les pratiques des professionnels en contact avec les jeunes.

L'étape suivante pour le Point d'Appui Assuétudes est maintenant de travailler à la diffusion des résultats de cette enquête, de soutenir la mise en œuvre des recommandations, et enfin, de stimuler les liens nécessaires avec les dispositifs existants et les acteurs impliqués. Tout cela au service du bien-être des jeunes qui, comme le montrent les résultats de cette enquête, ont beaucoup à nous dire...



Lu pour vous

Regards croisés sur le cannabis

Philippe Bastin, Directeur honoraire d'Infor-Drogues

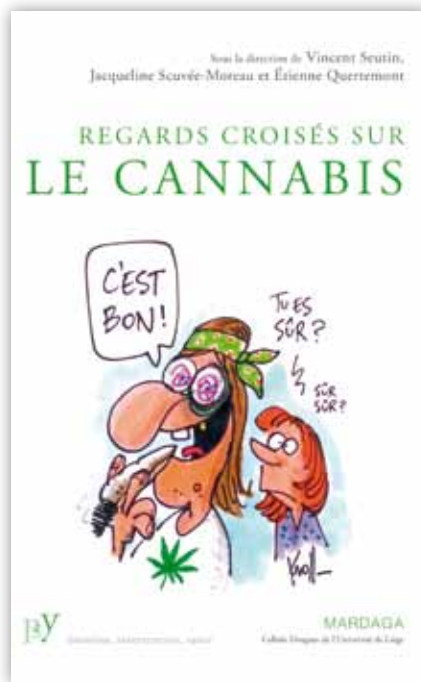
Le cannabis se porte bien. Il fait régulièrement la une des journaux. Après plus de cinq décennies, il reste toujours la drogue illicite la plus prisée (qui ne se prise pas !) en Europe et dans certaines autres régions du monde.

Il demeure mystérieux sur de nombreux plans et objet de polémiques et de débats passionnés incessants. Un vrai *pipole* ! Si beaucoup de questions continuent de se poser à son sujet en dépit de l'accroissement des connaissances scientifiques, le devant de la scène est

le plus souvent occupé par des querelles idéologiques se réclamant de données objectives dont la rigueur scientifique n'est pas toujours au rendez-vous. Elles opposent les courants qui tendent à exagérer les risques liés à l'usage du cannabis à ceux qui tendent à les banaliser.

Dans ce contexte, l'ouvrage conduit sous la direction des trois membres de la Cellule Drogues de l'Université de Liège, **Seutin, Scuvée-Moreau et Quertemont**, est d'importance. Un pur moment d'intelligence qui ramène la raison (et non l'oraison !) au milieu du village. Dans une démarche dépassionnée et une présentation objective des éléments abordés et qui font l'objet d'un consensus, l'ouvrage croise différents points de vue (épidémiologique, clinique, psychologique, somatique et juridique) qui dressent un état des lieux de ce sujet complexe. Cerise sur le gâteau, les propos tenus par les différents auteurs ne restent jamais à distance de la réalité.

Ainsi, des sujets qui sont l'objet de polémiques depuis nombre d'années tels que, par exemple, la tolérance et la « sensibilisation » aux effets du cannabis, la dépendance physique et le sevrage, la question du risque d'escalade vers d'autres drogues (la « gateway theory » ou théorie de la porte d'entrée et la théorie du facteur commun), sont abordés avec la rigueur scientifique requise, accompagnés des interrogations qui subsistent tout en évitant la prise de position idéologique. Citons pour exemple un passage sur le risque d'escalade. « Il faut toutefois noter que le choix de l'un ou l'autre de ces modèles explicatifs n'est pas innocent, puisqu'il entraîne des conséquences considérables pour l'adoption d'une politique sanitaire et criminelle sur les drogues, ce qui explique en grande partie la virulence de la controverse et la contamination idéologique du débat. La théorie de la porte d'entrée surtout dans sa version biologique (et psychologique) a servi d'argument important pour soutenir la politique de prohibition du cannabis. En effet, si le cannabis constitue effectivement une porte d'entrée vers les drogues dures, la prohibition de son usage devrait réduire les risques de consommation de cocaïne et d'héroïne dans la population. Ce type de politique est celle qui est défendue aux États-Unis mais aussi dans un certain nombre de pays occidentaux avec plus ou moins de rigueur.



À l'opposé, la théorie de la porte d'entrée dans sa version « sociale » devrait au contraire plutôt encourager la décriminalisation de l'usage du cannabis dans le but de scinder les marchés du cannabis des fournisseurs d'héroïne ou de cocaïne. C'est cette stratégie qui a été résolument adoptée par les Pays-Bas, avec des résultats mitigés.

Enfin, si la relation entre l'usage de cannabis et celui des drogues dures est surtout expliquée par l'existence de facteurs étiologiques communs, alors la politique de prohibition du cannabis devrait être sans grand effet sur la consommation de drogues dures, sauf dans la mesure où elle se combine avec des mesures préventives destinées à combattre les facteurs généraux de prédisposition à la consommation de drogue. » pp.83-84

De même, et c'est un autre exemple, le chapitre consacré aux effets du cannabis sur la santé psychologique et, notamment le thème « cannabis et psychose » qui fait régulièrement la une des médias, reprend l'ensemble des questions posées avec toujours le même souci d'objectivité, de rigueur, de clarté et de reflet concret de la réalité.

Citons : « Au total, l'ensemble des données actuellement disponibles montre que l'utilisation de cannabis durant

l'adolescence constitue un facteur de risque d'évolution psychotique et notamment de schizophrénie. Cependant, l'utilisation de cannabis ne constitue que l'un des très nombreux facteurs pathogéniques qui peuvent jouer un rôle dans l'apparition de la schizophrénie. Une vulnérabilité individuelle de la réponse au cannabis, notamment liée à des facteurs génétiques et neurodéveloppementaux pourrait jouer un rôle. » p.115

Les dix chapitres de l'ouvrage couvrent l'ensemble des aspects relatifs à la question du cannabis, y compris celui consacré à « l'autogouvernement de soi » co-titré « À propos de l'actualité de quelques bonnes raisons de consommer des psychotropes » qui resitue le phénomène dans l'évolution de notre société depuis la fin de la seconde guerre mondiale.

C'est donc un ouvrage à recommander vivement à tous ceux qui se sentent concernés par la question du cannabis et qui souhaitent une approche raisonnée des questions qu'il suscite. Ils y trouveront des réponses (ou des éléments de réponse) nuancées prenant en compte toute la complexité du sujet et de ses énigmes. Même si la lecture de l'ouvrage nécessite par moment une certaine familiarité avec le discours scientifique, il devrait intéresser au premier chef les consommateurs et leur entourage. Il sera aussi d'une grande aide aux professionnels de terrain, travailleurs sociaux, éducateurs, médecins et personnel psycho-médical, scientifiques, hommes de loi et bien sûr décideurs politiques dont la lecture de l'ouvrage devrait être un devoir citoyen. Le même souhait devrait s'adresser aux médias et plus particulièrement au devoir de rigueur dans l'information diffusée, mais est-il encore permis de rêver ?

Regards croisés sur le cannabis, sous la direction de Vincent Seutin, Jacqueline Scuvée-Moreau et Étienne Quertemont, Éditions Mardaga – Cellule Drogues de l'Université de Liège, 2010, 25 euros.

■ Alors que la tolérance se caractérise par le fait que « la même dose de drogue provoque des effets de moins en moins intenses à mesure de sa consommation répétée » (p.69), la sensibilisation est le phénomène inverse, à savoir « une augmentation progressive des effets d'une même quantité de drogue à mesure de sa consommation répétée » (p.70).



Brèves

« Le savant n'est pas l'homme qui fournit les vraies réponses, c'est celui qui pose les vraies questions »
Claude Lévi-Strauss

Bons vœux

L'équipe d'Éducation Santé présente à ses abonnés ses meilleurs vœux pour une année pleine de santé sûrement, mais aussi riche de promotion de la santé ! Et la revue aura un jour de plus que de coutume pour y contribuer modestement...

Vaccination contre la grippe

L'arrivée de l'automne amène chaque année une nouvelle saison de grippe. Combien de Belges se font vacciner contre cette maladie saisonnière ? Dans son troisième rapport, l'Agence Intermutualiste (AIM) passe au crible les chiffres des campagnes de vaccination 2007-2008 et 2008-2009. En voici quelques résultats.

Les plus de 65 ans, les personnes résidant dans une institution, les femmes enceintes, les diabétiques... figurent parmi les groupes à risque pour lesquels le Conseil supérieur de la santé recommande une vaccination annuelle contre la grippe. Pour les plus de 65 ans, l'Organisation mondiale de la santé avance comme objectif un taux de vaccination de 75 %. Quels sont les chiffres en Belgique ? L'AIM a analysé les données de l'échantillon permanent (EPS)¹, un instrument fiable pour les études de santé, pour les hivers 2007-2008 et 2008-2009 et les a compilées dans son troisième rapport.

Légère amélioration chez les plus de 65 ans

Dans l'ensemble de la population, le taux de vaccination s'élève à 15,5 % pour l'hiver 2008-2009. Ce chiffre est toutefois légèrement sous-estimé, l'AIM ne disposant pas des données relatives aux vaccinations des services de médecine du travail. Pour les plus de 65 ans, l'agence dispose par contre de données complètes : 63 % ont été vaccinés au cours de l'hiver 2008-2009. Cela représente une légère amélioration par rapport aux deux études précédentes pour lesquelles les taux étaient de 60 % durant l'hiver 2006-2007 et de 59 % durant l'hiver 2003-2004. Autre constatation intéressante : le dossier médical global (DMG) a visiblement un impact positif sur le taux de vaccination. 70 % des plus de 65 ans résidant à

domicile et disposant d'un DMG sont vaccinés, contre 49 % pour les plus de 65 ans sans DMG.

Et les autres groupes à risque ?

Vaccination systématique des résidents de maisons de repos : environ 82 % des résidents de maisons de repos ont été vaccinés durant l'hiver 2008-2009.
Taux de vaccination plus élevé des patients diabétiques : les personnes diabétiques de plus de 65 ans et reprises dans la convention du diabète atteignent la norme OMS de 75 %. Les patients diabétiques qui ne prennent que des médicaments oraux n'atteignent quant à eux pas la norme (72 %).
Taux de vaccination plus faible des femmes enceintes : l'AIM n'a constaté aucune différence entre les femmes n'ayant pas accouché et celles ayant accouché durant la première moitié de 2009. Les deux groupes ont en effet atteint un taux de vaccination de 2 %. Il semble donc clair que ce groupe cible doit être davantage et mieux sensibilisé aux avantages de la vaccination contre la grippe.

Meilleure sensibilisation

Certains groupes spécifiques atteignent donc l'objectif de vaccination de l'OMS de 75 %, mais ce n'est pas le cas pour les personnes de plus de 65 ans résidant à domicile. L'AIM plaide dès lors pour une meilleure sensibilisation à la vaccination contre la grippe chez les malades chroniques et autres personnes vulnérables. L'importance de la vaccination doit également être mise en avant pour les femmes enceintes. *Le rapport de l'AIM est disponible sur le site www.nic-ima/be, rubrique 'Projets'*

Publication

Le Comité de concertation des centres locaux de promotion de la santé a publié l'an dernier une petite brochure de 12 pages intitulée 'La promotion de la santé, vous connaissez ?', qui éclaire en quelques lignes le concept, les valeurs et stratégies de promotion de la santé. Simple, utile et efficace. *Disponible sur simple demande au CLPS situé sur votre territoire*

(www.sante.cfwb.be/index.php?id=clpso), et téléchargeable sur le même site.



Revue

Dans le numéro de septembre – octobre de *Santé publique*, on pointera en particulier les articles 'Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique', de **Frédéric Merson** et **Jean Perriot**, ainsi que 'Attitudes des acteurs vis-à-vis des recommandations de prévention', de **Nathalie Le Garjean**, **Christine Ferron**, **Jeanine Pommier**. Il ressort du second que les recommandations en matière de prévention de l'abus d'alcool chez les jeunes sont très largement ignorées par les acteurs de proximité qui sont censés les mettre en pratique. Les auteurs soulignent aussi qu'il serait pertinent d'associer les acteurs à la mise au point des référentiels, ce qui ne semble pas être le cas. Ils décrivent aussi brièvement de 'bons' exemples en la matière, avec l'Agence de santé publique au Québec et les dossiers techniques du RESO UCL en Belgique francophone...

Santé publique, revue bimestrielle, 1 rue de la forêt, 54520 Laxou, France. Site : www.sfsp.fr. Abonnements 2011 à 90 euros, majorés de 18 euros pour les envois hors Union européenne. Courriel abonnements : pn@sfsp.info. La revue *Santé Publique* est diffusée en ligne en texte intégral depuis le numéro 1 de 2001 sur www.cairn.info (résumés gratuits, articles récents à 5 euros pièce).

¹ C'est un échantillon anonyme de 300.000 personnes, représentatif de la population belge, composé des données qui sont disponibles au niveau administratif au sein des mutualités dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire. Il concerne tant les données de population que les données de facturation soins de santé et les données Pharmanet (médicaments).



Sommaire

Édito

- 2 L'année de toutes les réformes, par *Christian De Bock*

Initiatives

- 2 Santé et habitat : initiatives à tous les étages, par *Anne Le Pennec*
- 5 Dépistage néonatal de la surdité : bilan après 5 ans, par *Bénédicte Vos* et *Serge Carabin*
- 7 Le Jury d' thique Publicitaire tente de censurer la Fédération Wallonie-Bruxelles, par *Christian De Bock*
- 9 3^e Congrès Viasano : comment promouvoir la santé auprès des populations fragilisées, par *Christian De Bock*

Stratégie

- 10 Prévenir les maladies non-transmissibles à partir des approches de la promotion de la santé

Plaidoyer

- 11 La santé partout et par tous !, plaidoyer pour une politique exigeante, par le *Collectif des acteurs de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles*

Stratégie

- 15  valuation des dispositifs de la politique de santé en Fédération Wallonie-Bruxelles, par *Chantal Leva*

Locale

- 18 Assuétudes : et les jeunes, ils en pensent quoi ?, par *Philippe Mouyart* et *Natacha Vandeveldel*

Lu pour vous

- 21 Regards croisés sur le cannabis, par *Philippe Bastin*

Brèves

Ce numéro contient le programme de la Deuxième Université de Printemps francophone en santé publique (Bruxelles, du 2 au 6 avril 2012).

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

Ont collaboré à ce numéro : Philippe Bastin, Serge Carabin, Collectif des acteurs de promotion de la santé, Anne Le Pennec, Chantal Leva, Philippe Mouyart, Natacha Vandeveldel et Bénédicte Vos.

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

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

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

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

Comité stratégique : Ga tan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Marie-Noëlle Paris, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Carole Feulien, Jacques Henkinbrant, Tatiana Pereira, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 1.900 exemplaires.

Diffusion : 1.800 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par  ducation 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  ducation Santé peuvent être reproduits après accord préalable de l'auteur et de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

 ducation Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02-246 48 51. Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC- ducation 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 sont disponibles sur notre site www.educationsante.be (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est **certifié HON**

(Health on the Net – 06/2011).

Notre site adhère à la Plate-forme

www.promosante.net.

Education Santé



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

La revue  ducation Santé est réalisée avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles Département de la Santé



L'accès à la santé pour tous



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

