



**Quel impact
de la 6^e réforme
institutionnelle
sur la prévention ?**

**O. Gillis, N. Regueras
et C. De Bock**

Ne paraît pas en août
Bureau de dépôt : Bruxelles X - ISSN 0776-2623
Numéro d'agrégation : P401139
Éditeur responsable : Jean Hermesse,
chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40,
1031 Bruxelles.
Crédit photo : Fotolia

Initiatives

Des indicateurs de performance en promotion de la santé

Propos de **Françoise Renard** et **France Vrijens** recueillis par **Christian De Bock**

Quand on évoque la mesure de l'efficacité en promotion de la santé, c'est souvent de façon stéréotypée, par exemple en présentant quelques chiffres de comportements individuels tels que la consommation de tabac ou d'alcool. Ce sont évidemment des données intéressantes, mais elles sont loin de refléter la réalité complexe des multiples déterminants de la santé et des moyens (souvent non-médicaux) de peser sur eux dans un sens favorable à la santé publique.

En 2010, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) avait mené à bien un travail ambitieux sur des indicateurs de performance du système de santé belge¹. Il a remis l'ouvrage sur le métier l'an dernier et publié voici quelques mois son deuxième rapport sur ce sujet². Dans sa démarche, le KCE a souhaité aller un peu plus loin et examiner la faisabilité d'intégrer au rapport final un plus grand nombre d'indicateurs spécifiques de performance en promotion de la santé. Nous avons rencontré les deux chevilles ouvrières de ce projet, **Françoise Renard** (Institut scientifique de santé publique) et **France Vrijens** (KCE).
Éducation Santé : *Tout d'abord, pouvez-vous nous présenter les domaines que vous avez retenus pour mesurer la performance*

générale de notre système de santé ?

France Vrijens : Nous avons travaillé à partir d'un cadre conceptuel (voir figure ci-dessous) développé lors de la première phase du projet et qui avait pour but d'évaluer quatre domaines du système de santé : les soins préventifs (vaccination, dépistage, etc.), les soins curatifs (par exemple les soins dans les hôpitaux), les soins de longue durée (qui comprennent les soins aux personnes âgées dépendantes et aussi le secteur des soins de santé mentale) et enfin les soins aux personnes en fin de vie (principalement les soins palliatifs).
Françoise Renard : À ces quatre domaines de soins s'ajoute le domaine plus large de la promotion de la santé, processus qui vise comme vos lecteurs ne l'ignorent pas à

« donner aux populations et aux individus les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé, et d'améliorer celle-ci ».

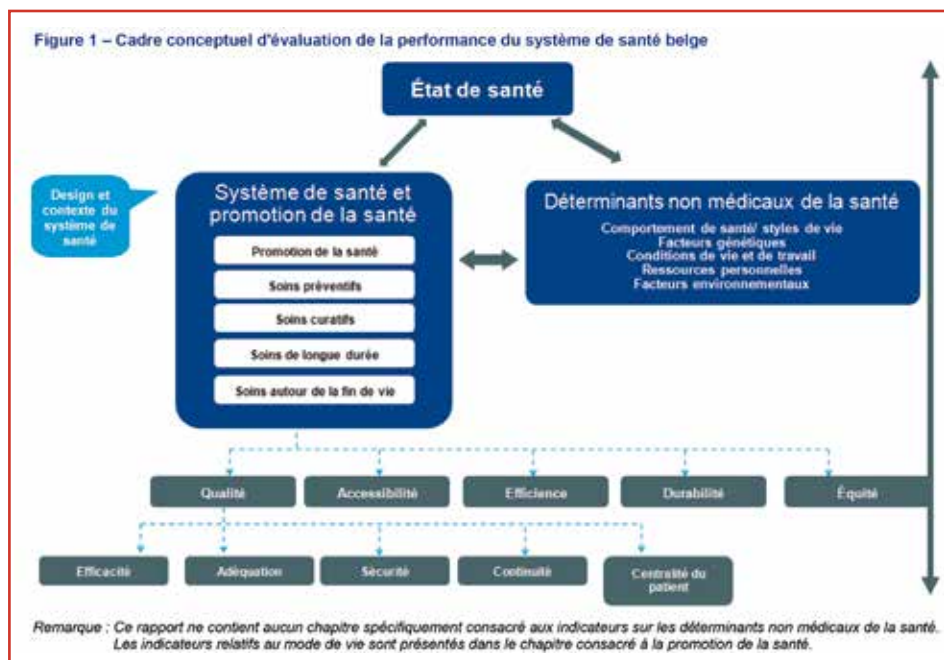
Les stratégies sont variées, et les effets des actions se mesurent avec des indicateurs très diversifiés. Il peut s'agir d'effets proches des actions, tels que la mise en place de politiques favorisant la santé publique ou l'acquisition de compétences individuelles, ou d'effets plus éloignés comme l'amélioration de styles de vie liés à la santé ou encore, en bout de chaîne, l'amélioration de la santé.

E.S. : *Combien d'indicateurs avez-vous retenus pour rendre cette mesure opérationnelle, et combien d'entre eux concernent-ils la promotion de la santé ?*

F.R. : Au total 74 indicateurs ont été retenus, pour lesquels nous avons réussi à trouver des données. La promotion de la santé est bien représentée avec pas moins de 15 indicateurs, auxquels il faut ajouter 4 indicateurs globaux de l'état de santé tels que l'espérance de vie ou l'espérance de vie en bonne santé.

E.S. : *La promotion de la santé est une compétence des communautés, et vos deux institutions ont un profil plutôt 'fédéral'. Comment avez-vous fait pour obtenir la collaboration de la Vlaamse Gemeenschap et de la Fédération Wallonie-Bruxelles ?*

F.V. : Le projet performance est en effet un projet réalisé par des instituts fédéraux (KCE, ISP, INAMI), mais une partie importante des domaines évalués relève des compétences des entités fédérées. Afin de garantir une bonne communication entre les différentes administrations, des réunions de suivi de



¹ Vlayen J., Vanthomme K., Camberlin C., Piérart J., Walckiers D., Kohn L., Vinck I., Denis A., Meeus P., Van Oyen H., Leonard C. Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé, (KCE). 2010. KCE Reports 128B.

² Voir l'article 'Un check-up du système de santé belge', *Éducation Santé* n° 287, mars 2013, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1563>

projet ont été régulièrement organisées par l'INAMI tout au long du projet. Autour de la table étaient présents d'une part des représentants des institutions fédérales (le SPF Santé Publique, le SPF Sécurité Sociale, l'ISP, l'INAMI, le KCE ainsi qu'un membre du cabinet de **Laurette Onkelinx**) ainsi que des représentants des entités fédérées (la Région wallonne, la Région de Bruxelles-Capitale, La Fédération Wallonie-Bruxelles, La Flandre et la Communauté Germanophone).

F.R. : Ces réunions ont pour but, entre autres, de favoriser l'appropriation des résultats de recherche au niveau politique. En effet, trop souvent, les résultats d'une recherche en santé publique restent dans les tiroirs par défaut d'un effort de communication vers les décideurs politiques.

E.S. : Déterminer 15 indicateurs de performance dans une matière par définition aussi vaste que la promotion de la santé, qui vise à prendre en compte un grand nombre de déterminants échappant au système de santé au sens commun du terme ressemble à une gageure, voire une mission impossible. J'imagine que le nombre d'indicateurs

éligibles au départ était considérable.

Comment vous y êtes-vous pris(e)s ?

F.R. : Nous avons effectué une recherche de littérature, partant de rapports nationaux ou internationaux sur la thématique, et en l'élargissant à une recherche de littérature indexée, le tout en étroite collaboration avec un groupe d'experts belges en promotion de la santé. Le résultat de cette recherche d'indicateurs a produit une longue liste de plus de 200 indicateurs, parmi lesquels il a fallu choisir...

Ensuite, nous avons suivi un processus en plusieurs étapes. Dans un premier temps, le panel d'experts et les chercheurs ont attribué un score de pertinence à chaque indicateur, dont les 36 plus intéressants ont été retenus. Nous avons gardé des indicateurs issus des différentes catégories du modèle de **Don Nutbeam**, afin de ne pas nous limiter aux indicateurs de styles de vie ou d'état de santé (voir encadré ci-dessous). Dans l'étape suivante, nous avons poursuivi la sélection en attribuant un score pour d'autres critères : la validité, la fiabilité, l'interprétabilité des résultats et le potentiel d'action. La disponibilité des données a

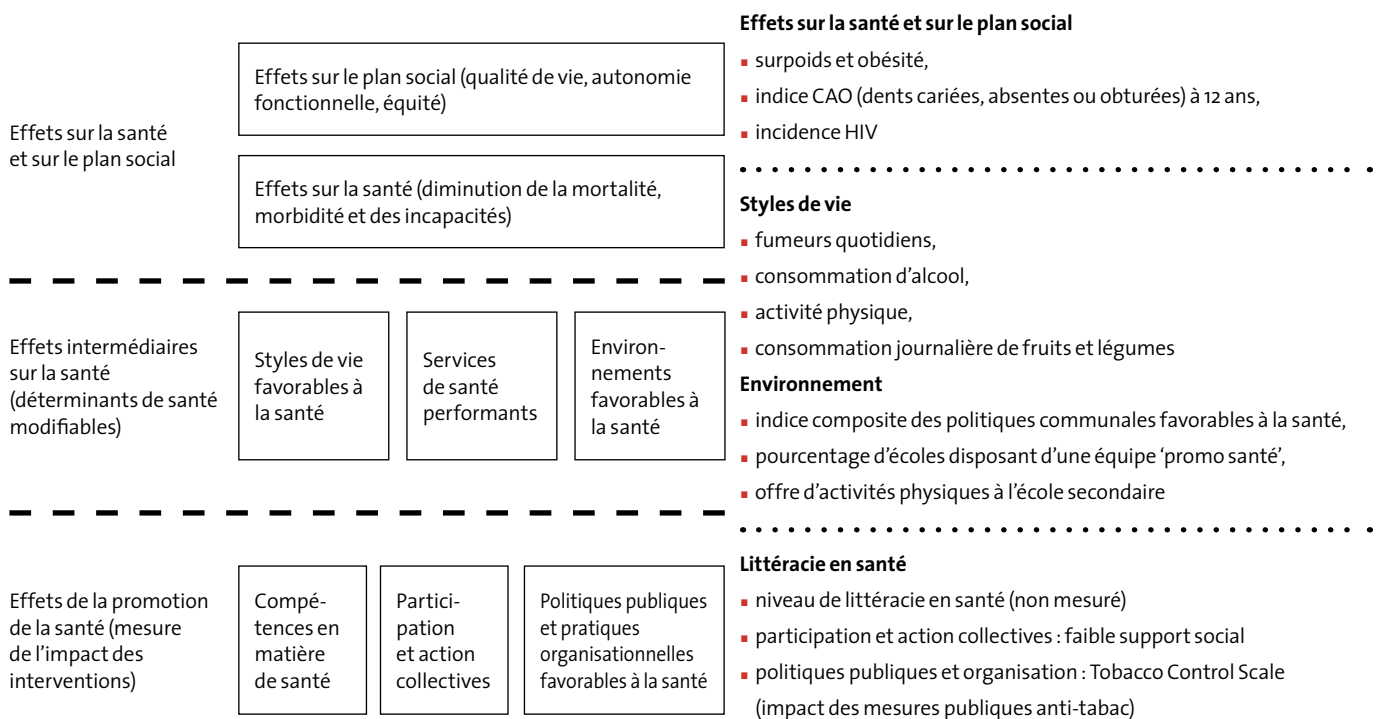
ensuite été prise en compte pour identifier des besoins en nouvelles données. Les 15 meilleurs indicateurs ont finalement été sélectionnés lors d'une réunion de consensus entre experts et équipe de recherche.

F.V. : Ce processus de sélection a été plus ou moins identique pour sélectionner des indicateurs dans les autres domaines. Ensuite, il a fallu enlever ou modifier certains indicateurs pour assurer la cohérence globale de l'ensemble du set d'indicateurs.

E.S. : Une fois les indicateurs définis, encore faut-il les confronter à des données pertinentes pour qu'ils soient vraiment utiles. Avez-vous eu la possibilité de vous livrer à des mesures pour tous les indicateurs retenus ?

F.R. : Non en effet, nous avons pris le parti de ne garder dans le set final que des indicateurs mesurables actuellement, et de faire des recommandations sur les données manquantes en promotion de la santé. Un exemple, la 'littéracie en santé' (health literacy), qui est la 'capacité de trouver de l'information sur la santé, de la comprendre, l'évaluer et l'utiliser' est un élément considéré comme de plus en plus fondamental pour la promotion de

Le modèle de Nutbeam et les indicateurs retenus pour mesurer la performance en promotion de la santé (d'après une traduction de **Barbara Conrad** pour sa thèse 'Les politiques du développement durable en Suisse', Université de Fribourg, 2005)³



NB : la quatrième catégorie de Nutbeam, Actions de promotion de la santé, n'est pas reprise ici.

³ Merci à l'APES ULg pour son aide!

Les indicateurs de performance en promotion de la santé

Voici les 15 indicateurs retenus :

- pourcentage d'adultes en surpoids ou obèses;
- pourcentage d'adultes obèses;
- moyenne de dents cariées, manquantes et obturées à l'âge de 12-14 ans;
- taux de diagnostic du VIH dans la population belge;
- pourcentage de fumeurs quotidiens âgés de plus de 15 ans;
- consommation d'alcool problématique chez les plus de 15 ans;
- surconsommation d'alcool chez les plus de 15 ans;
- consommation d'alcool ponctuelle immodérée chez les plus de 15 ans;
- pourcentage de gens consommant au moins 200 g de légumes et 2 fruits par jour;
- pourcentage de gens faisant au moins 30 minutes d'activité physique par jour;
- pourcentage dans la population des personnes bénéficiant d'un support social insuffisant;
- position de la Belgique sur une échelle d'évaluation des mesures anti-tabac (*Tobacco Control Scale*);
- volume d'activité physique à l'école;
- communes développant des politiques de promotion de la santé;
- pourcentage d'établissements scolaires dotés d'une 'équipe santé'.

Selon les auteurs eux-mêmes, ces 15 indicateurs ne donnent qu'une idée fragmentaire de la performance belge (niveau fédéral et entités fédérées) en promotion de la santé. Ils n'en constituent pas moins une étape intéressante pour un monitoring plus fin de l'efficacité de notre système de santé au sens large.

la santé. Il n'y a ce jour aucune donnée belge sur cet indicateur, alors que plusieurs de nos voisins européens en ont déjà récolté. Nous avons donc recommandé de commencer une collecte de données en Belgique pour cet indicateur.

E.S. : Et maintenant, que va-t-il se passer ? Les Communautés se sont-elles engagées à mesurer régulièrement les indicateurs pour permettre un monitoring inédit de la promotion de la santé dans notre pays ?

F.V. : En ce qui concerne la collecte des

données, en Flandre, beaucoup de données sont récoltées par le VIGEZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie) dans les milieux de vie (entreprises, écoles, communes). Ces enquêtes demandent beaucoup d'investissement, et actuellement il n'est pas prévu de les réaliser dans les deux autres régions. **F.R. :** Pour l'indicateur 'health literacy', rien n'est prévu actuellement mais nous espérons que cette collecte verra bientôt le jour. D'autre part, nous sommes aussi réalistes en ce qui concerne la collecte de nouvelles données, c'est rarement une priorité en période de crise et d'ajustement budgétaire !

Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, Walckiers D, Dubois C, Camberlin C, Vlayen J, Van Oyen H, Léonard C, Meeus P. La performance du système de santé Belge Rapport 2012. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2012.

KCE Report 196B. D/2012/10.273/111.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site du KCE, <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/la-performance-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-belge-rapport-2012>

Les défis de 'Se mettre à table'

Les impératifs de la cohérence en promotion de la santé à l'école

Virginie Vandermeersch, Cristine Deliens, Claire Berthet, asbl Cordes

Pour cette rentrée scolaire, 'Se mettre à table', un outil de concertation, est mis à la disposition des écoles qui souhaitent se lancer dans une réflexion collective et systémique pour améliorer l'alimentation à l'école. En effet après avoir enquêté sur la santé à l'école¹ et plus particulièrement la manière dont l'alimentation est abordée en classe et concrétisée dans les boîtes à tartines, les menus des cantines ou les distributeurs... une évidence s'imposait : il faut soutenir ceux qui, dans leur pratique quotidienne, se préoccupent d'assurer une meilleure alimentation pour tous à l'école, sans toujours y parvenir.

'Se mettre à table' propose donc de réunir différents acteurs scolaires autour d'une table pour mener une concertation

collective. Partant des situations insatisfaisantes vécues dans l'école, l'outil présente une démarche découpée en

huit étapes pour aboutir à la mise sur pied d'actions collectives, concertées et cohérentes en matière d'alimentation.

¹ Lire à ce sujet 'La santé à l'école au travers des pratiques éducatives', V. Vandermeersch, Éducation Santé n° 261, novembre 2010, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1311>

Un processus mis en abîme

Au regard des principes de la promotion de la santé, cet outil s'est construit autour de deux axes complémentaires : le premier concerne le nécessaire travail en intersectoriel incontournable quand on s'attaque aux déterminants de la santé et en particulier à l'alimentation. Le deuxième concerne la préoccupation pour la réduction des inégalités sociales de santé au travers de l'utilisation de l'outil et ses contenus : ce qui sur le plan scolaire peut se concrétiser par plus de travail collectif et de travail en équipe et plus d'exercice de la citoyenneté et de la capacité à être acteur de changement en faveur de la santé. Cette déclaration de principes faite, la mise au travail a démarré pour Cordes par l'identification des différentes asbl intervenant dans cet esprit dans les écoles, que ce soit de manière directe ou non. Ainsi, une collaboration s'est tissée entre neuf associations² pendant presque 3 ans pour co-construire un outil transdisciplinaire, qui aborde le thème de l'alimentation à l'école dans toutes ses dimensions et se fonde sur la concertation pour décider collectivement de changements en la matière. Cet exercice fut l'occasion de croiser les regards, mutualiser les expériences mais surtout, pour être cohérent avec ces principes de promotion de la santé, il se devait de les appliquer dans le processus de construction de l'outil aussi bien que dans les propositions de fonctionnement qu'il allait offrir.

Vers l'intersectorialité

En amont, lors de la création de l'outil, les partenariats se sont concrétisés entre asbl issues de secteurs différents : la promotion de la santé, l'éducation à l'environnement et au développement durable, l'écologie politique et la citoyenneté, l'action interculturelle, l'alimentation... Chaque asbl ayant sa propre expérience de travail avec le milieu scolaire, nous avons pu ébaucher un état des lieux de la situation et mettre en avant les problèmes majeurs en matière d'alimentation à l'école : l'aspect financier souvent utilisé comme unique argument pour faire des



Photo : Jean Pourcet

choix (traiteur, produits mis en vente dans les distributeurs et les petits magasins etc.); la multiplicité de projets parfois sans lien les uns avec les autres et le peu de changements structurels; le manque de corrélation entre les injonctions apprises en classe (pyramide alimentaire par exemple) et la réalité des menus, des repas, des boîtes à tartines, des collations; un grand nombre de projets avortés faute de moyens et de soutien; le focus didactique sur l'équilibre alimentaire et non sur les autres dimensions de l'alimentation... Ce croisement de regards a donné une vision systémique et complexe de ce qui constitue l'alimentation. En effet, manger et faire à manger n'est pas un acte neutre. Pour s'attaquer à cette problématique, il fallait ouvrir le champ de réflexion, ne pas réduire l'alimentation à l'un ou l'autre de ses aspects mais au contraire, exploiter le thème sous toutes ses coutures, faire émerger les enjeux, analyser les pratiques, qu'elles soient environnementales, économiques, sanitaires, éducatives, écologiques, culturelles dans leurs dimensions individuelles et collectives. Au vu des différents constats et de l'analyse des situations insatisfaisantes, il est évident que les améliorations ne peuvent pas être réglées par des solutions clés sur porte mais doivent être accompagnées d'une manière originale, particulière pour chaque école. L'objectif s'est donc centré sur la construction d'un outil s'adressant

aux adultes éducateurs qui puisse accompagner les désirs de mieux être et mieux faire en matière d'alimentation à l'école... sans pour autant trop diriger, ni fournir de solutions préfabriquées, tout en suscitant des prises de décision collective pour faire participer chacun des acteurs concernés. Fameux programme !

Vers le collectif

Si l'intersectorialité et la transdisciplinarité se retrouvent dans l'analyse complexe de la situation, elles se retrouvent aussi par la diversité des acteurs mis en présence autour de la table tant pour l'étape de construction de l'outil (les associations) que dans la démarche de concertation qu'il propose. Et là encore deuxième mise en abîme, l'outil devait répondre au deuxième principe : favoriser la participation et soutenir un processus de prise de décision collective pour faire de chacun, quel que soit son rôle en lien avec l'alimentation à l'école, un facteur de réduction des inégalités. La construction de l'outil a constitué une application de ce principe : dans un premier temps, nous avons donné à chacun l'occasion d'expliquer les constats qu'il avait été amené à faire, les lacunes, les manques qu'il avait pu observer dans le milieu scolaire en matière d'alimentation. Assurant la coordination, Cordes a déployé une énergie certaine pour valoriser l'apport de ses partenaires. Au cours des trois années de collaboration, l'asbl n'a pas sollicité tout le monde de manière identique et égale mais plutôt de manière complémentaire... Un défi de taille que de donner une place à chacun, en fonction de ses envies, de ses attentes et de ses compétences... Un défi d'autant plus important à relever que c'est une valeur que nous voulions transmettre par et dans l'outil. L'intérêt de soutenir la parole de tous est fondamental. En effet, nous posons un regard qui nous est propre sur le monde. Permettre à chacun de s'exprimer, c'est permettre de construire ensemble une réalité commune, forte des points de vue qui s'enrichissent mutuellement. Cela mène à construire ensemble une vision du monde qui soit au plus près de la réalité : complexe et nuancée.

² Le CBAI, Cordes, COREN, Cultures et Santé, le Début des Haricots, Empreintes, Good Planet, Rencontre des Continents, le Réseau Idée.

De même, en aval, au niveau de la démarche proposée dans l'outil 'Se mettre à table', on retrouve le même souci de donner aux personnes concernées l'occasion de prendre leur place autour de la table, d'assurer par des moyens simples que tous aient la possibilité de s'exprimer avec leurs visions de la réalité et leurs souhaits en rapport avec l'alimentation à l'école. En invitant autour de la table les enseignants, les parents, la direction, le pouvoir organisateur, le cuisinier, les encadrantes, les PMS-PSE, le personnel éducatif, administratif, technique et des représentants des élèves et autres invités par le groupe qui se met à table, l'outil cherche à valoriser chacun dans son rôle à partir de la place qu'il occupe dans l'école et de son lien avec l'alimentation des élèves au sens large; il soutient et légitime l'expression de ceux qui généralement ne sont pas sollicités et leur donne une place importante dans le processus de décision collective. Dans ce sens, la démarche proposée dans l'outil participe à la réduction des inégalités car celles-ci se font ressentir déjà au niveau de la parole et de l'écoute. En effet, les questions présentes à toutes les étapes du processus de concertation proposé par l'outil garantissent l'expression de points de vue différents, la prise en compte des nombreux aspects qui peuvent régir et influencer une situation. Les questions adressées aux acteurs ont été pensées pour valoriser les participants : elles sont simples, accessibles et incitatives... Ce sont majoritairement des questions ouvertes pour démarrer les échanges et mieux connaître le rôle de chacun en lien avec l'alimentation et la situation que le groupe choisira de traiter en priorité pour arriver à une décision collective susceptible d'améliorer l'alimentation.

Dès le début, les différents acteurs présents autour de la table sont donc invités à s'exprimer... et cela jusqu'à la fin du processus de concertation proposé dans l'outil. Chaque étape, chaque moment est une invitation à échanger, à dire et à reformuler. Si cet outil s'adresse principalement aux adultes, c'est par l'intermédiaire des enseignants et des pistes pédagogiques proposées que les élèves sont impliqués dans le processus.

'Se mettre à table' en 8 étapes

1. Chacun prend place autour de la table, se présente et découvre les autres convives. Les membres du groupe partagent leurs préoccupations et les informations en lien avec la question de l'alimentation à l'école.
 2. Le groupe identifie une situation insatisfaisante à travailler en priorité.
 3. On cerne le problème, on creuse la situation, on tente d'en extraire les éléments clés, on élargit la problématique...
 4. Le groupe définit ensemble la finalité, le changement visé, les intentions du projet.
 5. Les participants imaginent, en sous-groupes, des activités et des actions possibles pour mettre en œuvre ces changements.
 6. Le groupe examine, en regard de la finalité, la pertinence de chaque proposition.
 7. Le groupe élabore un 'menu' en planifiant les actions dans le temps et communique ce programme à l'ensemble de l'école.
 8. Le groupe se cherche des alliés, des forces vives pour mettre en œuvre le programme d'action... et se lance!
- Pour chaque étape, l'outil propose un matériel et une procédure spécifique pour organiser les débats et faciliter la communication au sein du groupe engagé et vers la communauté éducative.

De même les propositions d'activités simples visent à amplifier la dynamique et faire participer davantage l'ensemble de l'école. Ces différents éléments contribuent selon nous à réduire les inégalités (de parole, d'information et de participation) en matière de santé à l'école qui peuvent avoir des retombées sur l'agir en société et au quotidien.

Permettre à chacun de s'exprimer, c'est permettre de construire ensemble une réalité commune, forte des points de vue qui s'enrichissent mutuellement.

Construire un outil qui se base sur un processus participatif, de prise de décision collective et qui se fonde sur une approche systémique de l'alimentation tout en expérimentant ces caractéristiques méthodologiques tout au long de sa construction, voilà un des défis de la promotion de la santé que nous avons relevé avec nos partenaires.

Reste à voir dans quelle mesure il sera expérimenté par les acteurs de l'école qui se mettront autour de la table pour améliorer l'alimentation des élèves. Et bien entendu, cela nécessite un ingrédient incontournable, le temps. Temps de se rencontrer, d'échanger, temps pour décortiquer, temps pour 'com-prendre' les insatisfactions et les désirs de mieux faire. Puis temps pour imaginer ce qui sera réalisable. Afin d'accompagner ces différents temps, 'Se mettre à table' propose une progression balisée en 8 étapes (voir encadré). Chacune à sa manière constitue un pas dans la prise de décision collective.

Si l'outil in fine valorise chacun dans son rôle, en amont, nous avons effectivement dû passer par là. Ce que l'outil promeut se devait d'être appliqué aussi lors de son élaboration... pour un minimum de cohérence et d'honnêteté.

Pour plus de renseignements sur les ateliers d'expérimentation que nous organisons en collaboration avec les CLPS :
 Coordination Éducation & Santé CORDES asbl, Avenue Maréchal Joffre 75
 1190 Bruxelles. Tél. : 02 538 23 73.
 Courriel : cordes@cordes-asbl.be.
 Site : www.cordesasbl.be

Les discriminations des personnes séropositives sont toujours une réalité !

Charlotte Pézeril, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis, Bruxelles)

Malgré les évolutions thérapeutiques et les discours sur la « banalisation du sida », la première enquête quantitative sur les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/sida en Belgique francophone montre que les discriminations et la stigmatisation perdurent. Sous quelles formes et dans quels secteurs sont-elles les plus fréquentes ? Comment estimer leur impact sur la qualité de vie des personnes séropositives ?

Présentation de l'enquête

L'idée de cette enquête vient d'un groupe de personnes séropositives, le GRECOS (Groupe de Réflexion et de Communication sur la Séropositivité) animé par la Plate-forme Prévention Sida, qui a constaté le manque criant de données quantitatives concernant leurs conditions de vie en Belgique. C'est pourquoi une enquête participative a été mise en place entre 2009 et 2012, sous la coordination de la Plate-forme Prévention Sida et de l'Observatoire du sida et des sexualités avec l'appui du Centre d'études sociologiques de l'Université Saint-Louis. Les premiers résultats ont été publiés fin 2012 et peuvent être consultés en ligne¹. Réunissant 18 partenaires (centres de référence sida, hôpitaux et associations de prévention)², l'enquête a été proposée aux personnes séropositives majeures se faisant soigner et/ou résidant à Bruxelles ou en Wallonie. Un questionnaire était rempli de manière anonyme avec un enquêteur et s'articulait autour de quatre thèmes : la santé et le milieu médical, la vie sociale et professionnelle, la vie affective et sexuelle et les données générales (situation familiale, économique et administrative). Au final, 343 questionnaires ont été complétés.



Caractéristiques des répondants

L'échantillon est majoritairement constitué d'hommes (près de 52 %), de personnes de plus de 40 ans (l'âge moyen est de 44 ans), ayant la nationalité belge (près de 54 %) et se déclarant hétérosexuelles (66 %). Signalons toutefois que plus de 47 % des répondants citent également une nationalité africaine³ et que plus d'un quart s'affirment homosexuels et 6 % bisexuels. Moins de la moitié d'entre eux (45 %) exerce une activité professionnelle et près de 30 % déclare des difficultés à assumer les soins de santé qui ne sont pas intégralement remboursés⁴. De façon générale, les données font état d'une population certes hétérogène au niveau socio-économique, mais globalement précaire.

Discriminations dans le milieu médical

Premier lieu de maintien des discriminations : le milieu médical. Si cela peut paraître à première vue surprenant, il faut bien prendre en compte le fait que c'est un lieu où le statut sérologique d'une personne est généralement connu. Il faut également contrebalancer les résultats avec le soutien que les répondants disent obtenir de leur médecin principal, dont ils sont très satisfaits en grande majorité. En fait, plus de 13 % des personnes interrogées ont déjà connu un refus de soin en Belgique du fait de leur séropositivité. Les professions ou lieux les plus cités sont les dentistes, les accueils des hôpitaux et particulièrement les urgences, les infirmiers, les gynécologues et les ORL. En outre, 15 % des répondants ont entendu des propos désobligeants de la part du personnel médical, plus de 21 % ont déjà ressenti de la gêne et presque 13 % ont appris que leur statut sérologique avait été révélé à leur insu à des tiers. Enfin, plus de 12 % ont déjà subi un dépistage VIH obligatoire (sans en être informés et/ou sans leur accord préalable) en Belgique. Cette pratique concerne près de 23 % des personnes sans ou peu diplômées. Si ces résultats montrent que seule une petite minorité déclare avoir été discriminée ou avoir vu ses droits

¹ http://centres.fusl.ac.be/OBSERVATOIRE/document/Nouveau_site/documents/pub/2012-enquete-conditionsdevie.pdf

² 4 Centres de référence sida (CHU Saint Pierre, CHU Liège, CHU Érasme, CHU Charleroi), 6 hôpitaux (CHIR Edith Cavell, CHR de Namur, CHU Ambroise Paré de Mons, CH Peltzer – La Tourelle de Verviers, CH Iris Sud – site d'Ixelles, Grands Hôpitaux de Charleroi), 8 associations (Coordination Provinciale Sida Assuétudes de Namur, Service Éducation pour la Santé de Huy-Waremme et Service des Soins de Santé Prisons du SPF-Justice, Topaz, Lhiving, Siréas/Sid'Aids-Migrants, Ex æquo, Nyampinga, Warning-Bruxelles).

³ Plusieurs nationalités pouvaient être citées.

⁴ Seul le traitement antirétroviral est remboursé à 100 %. Il arrive cependant que d'autres soins ou médicaments soient nécessaires, notamment pour pallier les effets secondaires des traitements.

bafoués, il n'empêche que ces pratiques demeurent contraires à la déontologie médicale, voire sont illégales au regard de la loi anti-discrimination, de la loi sur les droits des patients ou de la loi interdisant le dépistage du VIH dans le cadre des relations de travail ⁵.

Discriminations dans la vie sociale et professionnelle

Dans le milieu professionnel, 6,5 % des répondants ont connu des difficultés dans leur formation ou carrière professionnelle à cause de la révélation de leur séropositivité, sachant que plus de 58 % ne l'ont pas révélée sur leur lieu de travail. Par ailleurs, près de 28 % d'entre eux ont dû modifier, interrompre ou arrêter leur carrière à cause de leur état de santé.

15,7 % des personnes interrogées se sont vu refuser ou compliquer l'accès à des biens et services à cause de leur séropositivité, la majorité d'entre elles pour obtenir une assurance et le reste pour obtenir un prêt bancaire.

Les chiffres sont encore plus alarmants concernant l'accès aux biens et services et, particulièrement, les assurances. 15,7 % se sont vu refuser ou compliquer l'accès à des biens et services à cause de leur séropositivité, la majorité d'entre eux pour obtenir une assurance et le reste pour obtenir un prêt bancaire. En comptabilisant uniquement les répondants ayant révélé leur séropositivité en faisant leur demande, plus de 72 % ont connu un accès refusé ou compliqué à ces assurances et prêts et seuls 27 % ont pu y accéder sans encombre. La question délicate de l'accès aux contrats privés d'assurance maladie a fait l'objet d'une mobilisation du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et a donné lieu à des lois provisoires

protégeant l'ensemble des personnes atteintes de maladie chronique, lois faisant aujourd'hui l'objet de négociations. L'un des problèmes majeurs auquel se confronte la lutte contre les discriminations (quel que soit le motif invoqué) est le manque de connaissance de la loi. L'enquête le confirme amplement puisque plus de 85 % des répondants ne connaissent pas de loi pouvant les protéger. En outre, parmi ceux ayant été discriminés dans leur vie sociale ou professionnelle du fait de leur séropositivité, 85,7 % n'ont rien fait et seuls 14 % se sont renseignés sur leurs droits et/ou ont contacté le Centre pour l'égalité des chances.

Impact sur la vie privée et l'estime de soi

Même les personnes n'ayant pas été discriminées ont intériorisé le risque de pouvoir l'être et anticipent donc ce traitement différentiel en se mettant elles-mêmes à l'écart. Ainsi, presque la moitié des répondants a déjà renoncé à quelque chose par peur d'être discriminée du fait de sa séropositivité. Parmi eux, un tiers a renoncé à une relation affective et/ou sexuelle, presque 15 % à souscrire à une assurance ou à un prêt et presque 14 % à postuler un emploi ou une formation. Concernant les relations affectives et sexuelles, un quart des répondants dit avoir connu une rupture de relation avec un partenaire à cause de la séropositivité. De plus, presque 30 % ont connu une situation où leur statut sérologique a été révélé sans leur accord dans leur milieu social, familial et professionnel en Belgique. Ce taux monte à plus de 67 % chez les personnes déclarant d'importantes difficultés financières ! Certains préfèrent alors renoncer définitivement à leur vie sexuelle à cause de leur diagnostic : cette situation concerne 18 % des répondants et plus d'un quart des femmes... Enfin, le stigmate ressenti est encore fort puisque presque la moitié des personnes interrogées s'est déjà sentie honteuse d'avoir le VIH et un tiers dit se sentir coupable. Il faut toutefois souligner qu'une partie (certes minoritaire) des répondants

échappe à ce poids du stigmate, déclare un excellent moral et réussit à assumer son statut dans son entourage.

Et donc ? Faire respecter les droits !

En conclusion, bien qu'une majorité de répondants dit ne pas avoir été discriminée, les différences de traitement et la stigmatisation perdurent. D'une part, les discriminations semblent prendre des formes indirectes, voilées ou euphémisées : on constate davantage de gêne ressentie que des refus de soins dans le milieu médical, plus de blocages de carrière que de licenciements dans le milieu du travail, plus de propos désobligeants ou maladroits que d'exclusions dans la vie sociale. D'autre part, plusieurs répondants anticipent ces discriminations et cette stigmatisation et mettent en place des stratégies de révélation de leur statut uniquement aux personnes estimées de confiance et/ou des stratégies d'auto-exclusion.

Par ailleurs, l'enquête rend compte d'une très forte corrélation entre la situation socio-économique (diplôme, niveau de revenu, difficultés financières) et son impact sur la vie avec le VIH.

Les répondants en situation précaire sont davantage que les autres exposés aux discriminations, déclarent plus un mauvais moral ou encore le sentiment de honte d'être séropositif.

Ainsi, bien que l'histoire de la lutte contre le sida ait mis en avant l'orientation sexuelle et la nationalité des personnes touchées, il ne faudrait surtout pas oublier ou sous-estimer la dimension socio-économique. En ce sens, le VIH ne fait qu'accentuer les inégalités sociales de santé.

Nous concluons donc en rappelant l'importance du soutien médical et social et de la lutte contre la 'sérophobie' et les discriminations pour véritablement arriver à une normalisation de l'infection à VIH. La politique de santé doit ainsi plus que jamais s'ancrer dans une politique respectueuse des droits humains et dans une politique d'égalité face à la santé, à l'emploi et aux droits sociaux.

⁵ Respectivement les lois du 10 mai 2007, du 22 août 2002 et du 28 janvier 2003.

Quel impact de la 6^e réforme institutionnelle sur la prévention ?

Olivier Gillis, Naïma Regueras, R&D Mutualité chrétienne et Christian De Bock¹

L'accord institutionnel pour la sixième réforme de l'État du 1^{er} décembre 2011 prévoit le transfert de pans importants de la sécurité sociale vers les entités fédérées. Pour le secteur de la santé, 16 % du budget de l'assurance soins de santé (soit 4,2 milliards au moment de l'accord) vont être transférés en 2014. C'est énorme.

Les compétences suivantes sont visées par ces bouleversements :

- l'accueil résidentiel en maisons de repos, maisons de repos et de soins, en hôpital gériatrique isolé ou spécialisé en soins de longue durée isolé ;
- les travaux de construction, de rénovation et de gros entretien des infrastructures hospitalières ;
- certaines conventions entre l'INAMI et des établissements de revalidation ;
- les aides à la mobilité (par exemple voitures) ;
- l'allocation d'aide aux personnes âgées (APA) ;
- les maisons de soins psychiatriques et les habitations protégées ;
- des éléments importants d'organisation des soins de première ligne ;
- la **politique de prévention et de dépistage**.

Notre article porte sur cette dernière compétence, dont l'impact en termes budgétaires est assez faible. Quand il y a lieu, les informations ont été actualisées à la date du 31 juillet 2013.

Contenu de l'accord institutionnel

Seules les entités fédérées peuvent prendre des initiatives en matière de prévention.

Si ces actions de prévention supposent la participation des prestataires de soins par l'intermédiaire d'actes remboursables (par exemple des honoraires de dépistage

ou les honoraires pour l'administration d'un vaccin), ces prestations pourront être honorées par l'INAMI. Ces accords peuvent être conclus avec l'INAMI de manière asymétrique, il n'est donc pas nécessaires que les Communautés appliquent les mêmes politiques de santé publique.

Les moyens, pour un total d'un peu plus de 80 millions d'euros², que le fédéral affecte actuellement à la prévention seront transférés et concernent les éléments suivants :

- programmes de vaccination (28,9 millions) ;
- vaccination HPV (1,3 million) ;
- sevrage tabac (2,5 millions) ;
- fonds de lutte contre les assuétudes (5 millions) ;
- dépistage du cancer du sein (30,2 millions) ;
- dépistage du cancer du colorectal (1,6 million) ;
- dépistage du cancer du col de l'utérus (10,1 millions) ;
- soins dentaires aux enfants (1 million) ;
- plan national nutrition santé (1 million).

Ces moyens seront répartis entre les Communautés selon leurs populations respectives et non selon leur niveau de dépenses actuel. Ils évolueront ensuite, chaque année, en fonction du taux de croissance de la population de l'entité concernée, de l'inflation et de 82,5 % de la croissance réelle du Produit intérieur brut. À noter que l'accord prévoit un mécanisme de transition qui devra garantir que l'année de départ aucune entité ne soit gagnante ou

perdante. Le montant d'égalisation restera constant pendant 10 ans en valeur nominale puis diminuera progressivement pendant les 10 années suivantes, avant de disparaître.

Situation actuelle des compétences dans les domaines concernés

La politique de prévention relève déjà essentiellement des Communautés.

Les entités fédérées qui le souhaitent peuvent conclure des accords bilatéraux avec le fédéral leur permettant de bénéficier d'une intervention de l'INAMI couvrant les honoraires des prestataires de soins dans le cadre d'initiatives en matière de prévention.

Vaccination

Les programmes de vaccination sont organisés par les Communautés mais le financement des schémas vaccinaux, décrits dans le calendrier vaccinal établi par le Conseil Supérieur de la Santé, est supporté à raison de maximum deux tiers par l'État fédéral via l'INAMI. Les 12 vaccinations des 0-16 ans sont visées, mais pas celles des adultes^{3,4}.

Le paiement de cette quote-part se fait selon un schéma d'acompte et de décompte. L'acompte constitue 75 % du montant alloué à la Communauté concernée et le solde, soit maximum les 25 % restants, est établi sur base des factures envoyées par les Communautés à l'INAMI. Via un système de marchés publics,

¹ Merci à **Serge Carabin** pour sa relecture.

² Il s'agit des montants de l'année 2011, au cours de laquelle la Communauté flamande offrait déjà aux jeunes filles la vaccination HPV et la Communauté française aux personnes âgées de 50 à 74 ans son programme organisé de dépistage du cancer colorectal. La situation a évolué depuis, la Fédération Wallonie-Bruxelles ayant ajouté la vaccination HPV à son calendrier et la Communauté flamande s'appropriant à généraliser le dépistage du cancer colorectal l'an prochain. Cela dit, rapportés aux 26 milliards du budget annuel des soins de santé (2011), ces chiffres sont au mieux anecdotiques !

³ Le vaccin contre le rotavirus est recommandé à tous, remboursé mais pas gratuit.

⁴ Pour la vaccination HPV, voir l'article de Marie-Christine Miermans, Béatrice Swennen et Axelle Vermeeren, L'implantation de la vaccination contre le papillomavirus en PSE, Éducation Santé n° 289, mai 2013, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1580>

les Communautés et l'INAMI cofinancent l'achat en gros des vaccins auprès des firmes pharmaceutiques. Cela veut dire que chaque Communauté négocie pour son compte (par exemple les jeunes filles flamandes et francophones ne reçoivent pas le même vaccin contre le HPV).

La Fédération Wallonie-Bruxelles peut se targuer de très bons résultats en termes de couvertures vaccinales, en particulier pour la petite enfance (0 à 5 ans). Ainsi par exemple, pour la vaccination contre le pneumocoque, entre 2006 (vaccin recommandé mais payant) et 2012 (vaccin recommandé et gratuit), la couverture a été multipliée par dix, tant en Wallonie qu'à Bruxelles!

Sevrage tabac

En 2004, le Ministre de la Santé publique a lancé un Plan fédéral de lutte contre le tabagisme. Dans ce cadre, différentes mesures ont été prises, dont les consultations de sevrage tabagique et la mise en place d'un Fonds de lutte contre les assuétudes (voir plus bas).

L'aide au sevrage tabagique a d'abord été proposée aux femmes enceintes et leur partenaire, et a été depuis octobre 2009 élargie à toute la population, dans le cadre du Plan Cancer 2008-2010.

Il s'agit d'une intervention forfaitaire par consultation (30 € pour la première et 20 € pour les suivantes, avec un maximum de 7 consultations sur une période de deux années calendrier) couvrant les coûts d'accompagnement et de soutien par un médecin ou un tabacologue reconnu. Pour les femmes enceintes, l'intervention forfaitaire est de 30 €, pour toutes les consultations.

À noter, alors que 34 % des fumeurs résident en Wallonie, 49 % des bénéficiaires de cette intervention sont wallons, avec une surreprésentation des femmes et des 50-60 ans.

Fonds de lutte contre les assuétudes

Érigé en 2003, il s'agissait initialement du **Fonds de lutte contre le tabagisme**. Il était financé pour mettre en place une série de projets de lutte contre le tabagisme. En 2006, le Fonds de lutte contre le

tabagisme a vu ses missions s'élargir à toutes les formes d'assuétudes (alcool, tabac, médicaments). Il a été rebaptisé **Fonds de lutte contre les assuétudes**. Les objectifs du Fonds sont assez larges : informer sur les dangers des produits pouvant entraîner une accoutumance, limiter leur consommation (surtout chez les jeunes) et soutenir l'accompagnement médical, social et psychologique des consommateurs.

41 projets ont bénéficié du Fonds en 2012, pour moitié en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le projet des partis francophones va beaucoup plus loin qu'une 'simple' répartition de nouvelles matières.

Dépistage du cancer du sein

Depuis 2001 en Flandre et 2002 en Wallonie et à Bruxelles, le programme organisé de dépistage du cancer du sein par mammothest offre à toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans une mammographie de qualité contrôlée et gratuite, et ce tous les deux ans. L'INAMI intervient pour le remboursement des tests de dépistage repris dans la nomenclature des prestations de soins de santé. En 2001, un code spécifique de la nomenclature a été prévu pour la mammographie de dépistage ou mammothest, en ajout à celui de la mammographie classique.

À noter qu'un avenant a été réalisé afin de permettre le prolongement pour 5 ans jusqu'à la fin 2013 du protocole d'accord du 25/10/2000 entre l'Autorité fédérale et les Communautés en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie.

Si le programme n'est organisé que depuis 2001, un dépistage *spontané* (nommé *dépistage opportuniste*) prescrit par les médecins traitants et les gynécologues

existait déjà, surtout dans le sud du pays et à Bruxelles. Ce 'dépistage opportuniste', en ayant recours au code de prestation de mammographie diagnostique clinique, continue à exister parallèlement au programme de dépistage organisé. À l'avenir, il est prévu qu'un seul code de nomenclature soit créé pour les deux types de dépistage. Le programme est géré par le Centre de référence communautaire pour le dépistage des cancers pour la Wallonie et par l'asbl Brumammo (bilingue) à Bruxelles. *Éducation Santé* vous a fréquemment parlé de ce programme et de l'évolution décevante de la couverture à Bruxelles et en Wallonie. Les dernières données disponibles concernent les années 2006-2007 et datent de 2010⁵. Des données plus récentes ont été annoncées pour le début 2013, mais nous n'avons malheureusement rien vu venir à ce jour...

Dépistage du cancer colorectal

Depuis le 1^{er} mars 2009, la Communauté française organise un programme de dépistage du cancer colorectal pour les personnes âgées de 50 à 74 ans. Il se fait sur invitation du Centre de référence pour le dépistage des cancers ou sur prescription du médecin généraliste, via un test de recherche de sang occulte dans les selles à répéter tous les deux ans. C'est le Centre de référence qui se charge de l'analyse des tests.

Le programme a un faible succès jusqu'ici, ses responsables espèrent une amélioration sensible de la couverture dans le futur grâce au remplacement du test actuel par un autre, plus facile à utiliser, qui devrait favoriser la participation du public visé.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est actuellement remboursé via la nomenclature. Sur base des recommandations européennes, la Conférence Interministérielle Santé publique a approuvé, en mars 2009, le principe de l'organisation d'une campagne de dépistage systématique du cancer du col de l'utérus pour les femmes de 25 à 64 ans par frottis du col tous les trois ans⁶.

⁵ Voir l'article 'Résultats de 6 ans de dépistage organisé du cancer du sein en Belgique', *Éducation Santé* n° 261, novembre 2010, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1309>
⁶ Depuis le 1^{er} janvier 2013, le remboursement est effectivement limité à une fois tous les trois ans.

Le protocole d'accord prévention signé le 28 septembre 2009 en Conférence interministérielle Santé offre un cadre permettant à l'autorité fédérale de cofinancer des campagnes de prévention organisées par les Communautés. Les Communautés étant actuellement dans la mise en œuvre d'autres programmes de prévention, un programme généralisé de dépistage du cancer du col de l'utérus n'a pas encore pu être développé.

Projet soins dentaires enfants

Depuis 2005, la Commission Nationale Dento-Mutualiste a pris diverses initiatives pour promouvoir la santé bucco-dentaire des jeunes. La nomenclature a progressivement été adaptée en ce sens et depuis 2009 les soins dentaires tant curatifs que préventifs pour les moins de 18 ans sont d'ailleurs tout à fait gratuits (à l'exception des soins d'orthodontie). Ce projet prévoit le financement de la VVT (Verbond der Vlaamse Tandartsen) du côté flamand et de la Société de médecine dentaire du côté francophone pour renforcer la sensibilisation des jeunes à la santé bucco-dentaire, mais également pour mesurer l'impact des campagnes. Les organisations disposent à cet effet de 'bus dentaires' et de personnel (dentistes, assistants). Ces bus sont présents dans les écoles, aux événements organisés pour les jeunes, etc. afin de les sensibiliser et éventuellement de les examiner.

Plan national nutrition santé (PNNS)

Lancé en avril 2006, le PNNS a pour objectif premier de veiller à ce que la population belge puisse bénéficier d'actions concrètes, visibles et coordonnées au niveau national, qui permettent, par l'amélioration des habitudes alimentaires et l'augmentation de l'activité physique, de réduire le risque de maladies, d'optimiser l'état de santé et d'accroître la qualité de vie de tous. Il intègre les recommandations proposées par les instances internationales (OMS, CE) et s'appuie entre autres sur les résultats de l'enquête sur la consommation alimentaire menée en 2004 par l'Institut scientifique de Santé publique (ISP) ainsi que sur les avis

du Conseil Supérieur de la Santé. Contrairement au PNNS français qui est déjà à mi-parcours de sa troisième déclinaison⁷, le PNNS belge n'a malheureusement pas répondu aux attentes qu'il avait suscitées lors de son lancement et est au point mort depuis près d'un an.

Que fera la Communauté française de ces nouvelles compétences ?

Le 19 octobre, les quatre partis francophones, PS, MR, Ecolo et cdH, présentaient leur 'Projet commun d'organisation des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales'⁷. Selon leur déclaration, ils '*fondent leur vision de l'organisation future des compétences transférées sur un certain nombre d'éléments essentiels qu'ils partagent :*

- *nécessité de maintenir et renforcer les liens privilégiés entre la Wallonie et Bruxelles pour faciliter la vie des bénéficiaires et prestataires, pour garantir la solidarité au niveau le plus haut possible et un accès aux prestations les plus larges pour l'ensemble des citoyens. Des liens seront également tissés avec la Flandre et la Communauté germanophone dans la mesure où elles le souhaitent, afin de ne pas entraver la mobilité des citoyens ni leur accès aux prestations et de favoriser la complémentarité de l'offre de soins ;*
- *maintien de l'implication, repensée, des interlocuteurs sociaux, des acteurs et des bénéficiaires des secteurs concernés, qui disposent d'une expertise permettant de reprendre efficacement la gestion des compétences visées ici au niveau des entités fédérées ;*
- *simplification des structures pour assurer l'efficacité et la transparence du modèle, la cohérence, la transversalité et la gestion intégrée des politiques visées, la rapidité des décisions et des économies d'échelle en matière de gestion administrative ;*
- *construction d'un modèle juridiquement sûr et cohérent, tenant compte le cas échéant des compétences connexes aux matières transférées qui sont déjà gérées par les entités fédérées ainsi que des compétences qui continuent à être gérées*

au niveau de l'Etat fédéral, et garantissant la continuité des prestations au bénéfice de l'ensemble des citoyens de Wallonie et de Bruxelles.'

Prévention : transferts en cascade

L'ensemble des compétences relatives à la santé, aux personnes âgées et aux personnes handicapées, à l'exception des compétences qui continuent à relever de l'Etat fédéral sont concernées par cet accord.

Le projet des partis francophones va beaucoup plus loin qu'une 'simple' répartition de nouvelles matières entre la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Wallonie et la Région de Bruxelles-Capitale. En effet, '*l'exercice des nouvelles compétences en santé et aide aux personnes sera transféré de la Communauté française à la Région wallonne et le cas échéant à la Cocof pour les compétences qui ne relèveront pas exclusivement de la Cocom à Bruxelles, considérant que ces entités, de même que la Cocom, gèrent déjà un certain nombre de compétences en ces matières, et considérant que les mécanismes essentiels de la solidarité (financement, nomenclature INAMI...) restent communs à travers la sécurité sociale fédérale. Afin de renforcer la cohérence globale, l'exercice des compétences actuelles de la Communauté française en santé sera transféré à la Région wallonne et à la Cocof, à l'exception des compétences de santé préventive pour les enfants et adolescents (compétences de l'ONE, médecine scolaire et vaccination jusqu'à 18 ans), du contrôle médico-sportif et des hôpitaux universitaires*⁸. Ce transfert de l'exercice de ces compétences sera envisagé dans le cadre d'une perspective Wallonie-Bruxelles, qui se concrétise à travers un socle de principes communs, une structure permanente de concertation et un pacte de simplification entre la Cocof et la Région wallonne. Ces dispositifs seront élargis à la Cocom et à la Communauté germanophone dans la mesure où elles le souhaitent.

⁷ Soit 90 députés sur 93...

⁸ Auxquelles la note ajoute encore l'hygiène dentaire dans les écoles et l'agrément et le contingentement des professions de santé.

Hainaut occidental : un apprentissage mutuel grâce à l'échange des pratiques

Colette Barbier

Chaque année, le Centre local de promotion de la santé du Hainaut occidental (CLPS Ho) organise une matinée d'échange destinée à analyser des initiatives de promotion de la santé sur le territoire du Hainaut occidental. L'occasion est ainsi donnée aux professionnels œuvrant dans les secteurs de la santé, de l'éducation et du social de discuter de leurs pratiques de terrain pour tirer des enseignements utiles à l'accomplissement de leurs missions.

Cette année, ce sont environ 70 acteurs qui sont venus échanger leurs pratiques et leurs expériences autour de trois ateliers : les assuétudes, l'alimentation et l'activité physique, la santé mentale.

À partir de la présentation de projets locaux, un débat a permis de dégager une série d'éléments essentiels contenus dans les expériences, notamment les facteurs qui favorisent et freinent la mise en place, le développement et la réussite des projets, le type de partenariat mobilisé, les manières d'évaluer les projets.

Un autre objectif, en partant d'initiatives locales et d'éclairages du terrain, était de pouvoir en retirer des enseignements féconds pour les actions de demain grâce à un apprentissage mutuel.

Tien Nguyen, directeur du CLPS Ho, nous a fait part du fruit de ces riches échanges entre professionnels.

Les obstacles rencontrés

Des contrats précaires

Les professionnels chargés de la réalisation de projets doivent parfois travailler avec des contrats précaires. « Par exemple, des acteurs disposent d'un an ou deux pour mettre sur pied un projet et le développer, constate Tien Nguyen. Ensuite, il n'y a plus de subsides et le projet disparaît. Si les acteurs veulent malgré tout réaliser le projet en question, ils doivent revenir à la case départ et procéder autrement. Il n'y a donc pas de continuité. »

L'essoufflement des partenaires

Même pour ceux qui ont la chance de travailler avec des budgets à long terme, on constate souvent un essoufflement

des partenaires. « Ainsi, après trois ans, on sent une démobilitation. Dans le cas d'un atelier cuisine, ça marche très bien pendant les deux, trois premières années. Ensuite, les partenaires tombent dans la routine et s'en vont. L'enjeu est donc de trouver un second souffle au projet. »

Des sources de financement limitées

Étant donné que les sources de financement des projets santé provenant de la Fédération Wallonie-Bruxelles sont à durée limitée, les acteurs essaient de faire des montages financiers. « Pour cela, ils sollicitent la commune, la Région wallonne, etc. Les montages deviennent de plus en plus compliqués, au point de constituer une tâche administrative qui mange une bonne partie de leur temps de travail au détriment de leur présence sur le terrain. »

Un temps de maturation trop court

Réaliser des projets de promotion de la santé demande un temps de maturation des activités. « Nous ne travaillons ni dans un service d'urgences ni en médecine curative, qui sont deux domaines de la santé où l'on donne un médicament destiné à soulager tout de suite la douleur. Nous n'avons pas ce genre de remède à notre disposition ! Nous menons des actions à long terme et avons besoin d'un temps de maturation pour obtenir des résultats. Cela décourage certains professionnels qui ont du mal à mobiliser leurs forces dans un projet dont ils ne verront parfois pas les résultats avant cinq ou dix ans. »

Par ailleurs, les pouvoirs publics, les communes, ou encore les ministères, qui subventionnent un projet, recherchent une visibilité immédiate. « Quand ces instances

paient, elles veulent que 'quelque chose' se passe l'année suivante, surtout en période électorale. Les travailleurs de terrain sont donc pris entre la nécessité de maturation des projets et le besoin de visibilité immédiate. Il y a ainsi des projets qui passent leur temps à montrer qu'ils existent sans avoir le temps de réaliser les objectifs pour lesquels ils ont été mis en place. »

Les atouts

L'expérience

Parmi les atouts, Tien Nguyen attire l'attention sur le fait que la promotion de la santé est une notion qui existe depuis plus de 25 ans et qui est régie par un décret depuis une quinzaine d'années, ce qui constitue un temps suffisamment long pour acquérir une certaine expérience, ainsi qu'un bon bagage. Il n'en reste pas moins vrai que ces acquis doivent être consolidés en permanence, surtout au niveau méthodologique.

La nécessité d'établir un diagnostic

Avant de lancer un projet, il est essentiel d'être en possession d'un bon diagnostic d'une situation donnée. « Ce diagnostic doit être réalisé de manière sereine avec les acteurs de terrain et la population. Pour cela, il est important de ne pas se laisser influencer par l'émotion médiatique. Par exemple, se trouver face à un étudiant qui fait une overdose dans une classe ne signifie pas que toutes les écoles vont connaître une telle situation. Dans ce cas, il n'y a pas d'épidémie ni de question de santé publique. Il est essentiel de se méfier des climats émotionnels et de s'appliquer à repérer les grandes tendances de santé publique sur lesquelles il est important et possible d'agir. »

L'importance de la méthodologie

Sur le plan méthodologique, la mise en place d'un partenariat à long terme, ainsi qu'une définition précise du rôle de chacun sont deux facteurs très favorables à la réussite d'un projet. *« Il faut vraiment éviter les situations dans lesquelles on trouve de nombreux partenaires qui ne savent pas exactement ce qu'ils doivent faire et quelles sont les limites de leur intervention. »*

La création de projets mobilisateurs

Dans le cadre de la réalisation d'objectifs à long terme, il est important de lancer, de temps en temps, des petits projets mobilisateurs. *« Le but est d'éviter que les acteurs qui investissent leur énergie en assistant à des réunions, en réalisant des actions, en faisant des animations ne soient démotivés par la perspective de récolter les fruits de leur travail après seulement plusieurs années. C'est pourquoi il est bon d'organiser de petits événements. À cet égard, la journée annuelle d'échange des pratiques est une bonne manière de garder la flamme. »*

La désignation d'une personne relais

Pour chaque projet mené en partenariat, il est important de désigner une personne de référence ou une personne identifiable. *« Ainsi, les CLPS représentent souvent cette personne de référence pour la mise en place de projets et leur développement. Malheureusement, il arrive qu'il y ait plusieurs personnes de référence, de sorte que les partenaires ne savent pas à qui s'adresser. »*

L'interpellation des usagers

Pour favoriser le développement des projets, il faut aussi veiller à encourager la participation de la population, des usagers en particulier, pour connaître leurs besoins réels. *« On se rend très bien compte que si on mène des actions pour les gens mais sans eux, cela ne marche pas. Nous ne devons pas tomber dans le piège de l'offre qui ne rencontre pas de demande. Or, dans notre secteur, il arrive que des acteurs offrent des initiatives d'actions, mais quand on prospecte sur le terrain, il n'y a pas de demande. Il est donc important d'avoir une demande des usagers, quitte à la négocier avec eux. »*



Photo © Fotolia

Mais il arrive aussi que, sur le terrain, les personnes interrogées quant à leurs besoins n'aient rien à dire, ou émettent des souhaits irréalisables, ou encore fassent état d'un besoin qui ne relève pas de la promotion de la santé. *« Comme nous vivons dans une période de précarité, les personnes sont souvent en demande d'un travail, d'un logement. Il s'agit là de besoins qui passent avant la santé. Aussi, pour essayer de les intéresser à la santé, il serait parfois utile de passer par le canal de la réflexion sur la précarité et le logement, même si au niveau de notre compétence, nous avons très peu de pouvoir, si ce n'est quand même un pouvoir d'interpellation des autorités par rapport à ces problématiques. »*

La mise en place d'un contexte festif

Les acteurs de terrain attirent aussi l'attention sur la nécessité d'organiser des activités conviviales. *« Sur le terrain, les usagers n'apprécient pas trop les concepts compliqués, 'universitaires'. Ils recherchent plutôt un contexte festif. Dans le domaine de l'alimentation, par exemple, on constate qu'il ne faut pas dire 'Il est interdit de manger ceci ou de boire cela, sous peine de développer une maladie grave et d'en mourir', mais plutôt dire 'Tiens, si on essayait de découvrir le plaisir de manger tel aliment afin de tester son côté festif et convivial ?'. Cela revient à regarder le verre à moitié plein, ou autrement dit, à chercher comment faire pour maintenir une bonne santé ou la renforcer. »*

Les enseignements

Quand un facteur favorisant crée des blocages

Les échanges de la matinée ont aussi permis de constater que certains éléments peuvent constituer tantôt des facteurs favorisants, tantôt des blocages. *« En fait, tout dépend de la manière dont on utilise certains éléments. Ainsi, on dit souvent qu'il faut 'travailler en réseau'. C'est une expression très à la mode. Cependant, on se rend compte que le réseau peut être très favorisant comme il peut aussi bloquer la réalisation de projets. Lorsque le réseau et le rôle de chacun sont mal définis, qu'il n'y a pas de suivi, il tourne en rond et devient contre-productif. Par contre, si le rôle de chacun est bien défini, le travail du réseau apportera beaucoup de choses positives. Il y a donc des conditions et des modalités de travail au bon fonctionnement d'un réseau. »* De même, l'évaluation peut être un atout comme elle peut représenter un frein. *« Les évaluations permettent de mesurer de manière constante le travail accompli et les actions menées. D'un autre côté, elles peuvent aussi bloquer les acteurs qui ne sont pas habitués à cette culture de l'évaluation. On constate une résistance culturelle à l'évaluation. Les acteurs ont peur de se voir distribuer des bons et des mauvais points, comme à l'école, ce qui a parfois pour effet de les inhiber, de les démobiliser. Je remarque d'ailleurs souvent que des personnes ne viennent pas aux séances d'évaluation. Comme par hasard, elles ne*

sont pas libres pour ces séances-là, alors qu'elles sont libres pour d'autres séances, comme les animations par exemple. »

Le type de partenariat mobilisé

Il est ressorti des échanges que les partenariats doivent être créés sur des périodes à long terme. Le type de partenariat doit être défini en fonction des objectifs d'un projet. « Ainsi, quand on lance un projet, il faut commencer par se demander ce que l'on souhaite faire et à partir de là, construire le partenariat. Il ne sert à rien de mobiliser tout le monde. Si l'objectif est, par exemple, de monter un projet pour sensibiliser les pouvoirs communaux en matière d'alimentation, les

partenaires à mobiliser sont les échevins de la santé ou de la jeunesse. »

L'évaluation des projets

L'évaluation permanente est un bon outil car elle permet d'évaluer un projet de manière progressive en vue de corriger les erreurs éventuelles et de faire des réajustements si cela s'avère nécessaire. « L'évaluation ne doit pas être normative et culpabilisante dans le sens où elle juge ce qui a été bien fait et ce qui a été mal fait. Elle doit plutôt être formative afin d'analyser ce qui a bien fonctionné et ce qui a donné de moins bons résultats pour, au final, voir comment faire mieux et évoluer de manière positive. »

Le mois prochain, nous passerons à la pratique, nous vous présenterons la Table OMS Alcool à Mouscron, un projet concret auquel le CLPS du Hainaut occidental est associé.

Le CLPS du Hainaut occidental couvre la région de Ath, Tournai, Mouscron, Comines.
Adresse : Rue de Cordes 9, 7500 Tournai.
Tél. : 069 22 15 71. Fax : 069 23 52 50.
Courriel : clps.hainaut.occidental@skynet.be.
Site : www.clpsho.be.

Heures d'ouverture : lundi, mercredi et jeudi de 8 h 30 à 18 h, mardi de 8 h 30 à 16 h 30, vendredi sur rendez-vous. Il possède aussi une antenne à Bernissart, un Point-relais à Estaimpuis.

Lu pour vous

Santé en soi

Une nouvelle collection 'santé' belge

Propos recueillis par **Christian De Bock**

Les éditions Mardaga lancent aujourd'hui une collection 'pour poser les grandes questions qui traversent le domaine de la santé tant physique que mentale'. Un pari a priori audacieux dans un segment du marché de l'édition que l'on pourrait croire saturé.

Nous avons rencontré **Karin Rondia**, la responsable de ce nouveau projet éditorial.
Éducation Santé : Pourquoi les éditions Mardaga ont-elles fait appel à vous pour leur nouvelle collection santé ?

Karin Rondia : Mardaga a une tradition d'ouvrages réservés à des professionnels. Ils souhaitaient toucher un public plus large en faisant sortir leurs savoirs du carcan académique. Apparemment, ils appréciaient la ligne qui était la mienne à l'époque où je dirigeais 'Équilibre', et souhaitaient la retrouver dans leurs publications.

En d'autres termes, avec les auteurs, nous voulons aider les lecteurs à **comprendre une problématique**, nous ne cherchons pas à seulement transmettre un savoir aride ou à leur 'conseiller' tel ou tel comportement

à appliquer aveuglément. C'est sans doute aussi ce qui nous rapproche des valeurs défendues par votre revue !

E.S. : Quelle est plus précisément l'ambition de la collection, en quoi se distingue-t-elle de la 'concurrence', qui est vive dans le secteur ?

K.R. : Son objectif est de fournir un solide tour d'horizon d'un problème de santé, en faisant appel à des spécialistes capables de populariser leur savoir et leur expérience sans jargonner inutilement leur propos, mais aussi sans le simplifier à outrance.

E.S. : Le marché de ce genre d'ouvrages n'est-il pas déjà saturé ?

K.R. : C'est vrai que le rayon 'santé' est très bien fourni dans les librairies. Mais la plupart des titres destinés au grand public sont des livres de recettes au sens générique du terme, et aussi très souvent

au sens propre d'ailleurs, avec les recettes de cuisine santé et les innombrables livres de régimes, aussi inefficaces pour leurs acheteurs que rentables pour leurs auteurs. Je me suis rendu compte que le concept que nous souhaitions développer avec Mardaga pouvait se distinguer de l'offre dominante dans ce segment. Heureusement, il y a l'une ou l'autre exception, comme **Odile Jacob** par exemple, qui réussit à concilier rigueur et attractivité. C'est dans ce créneau-là que nous voulons nous inscrire.

E.S. : Comment s'est fait le choix des trois premiers titres ?

K.R. : Mes activités professionnelles passées m'ont mise en contact avec un grand nombre de spécialistes de la santé passionnés et passionnants. Ces nombreuses belles rencontres étaient

■ Voir notre article 'Ne dites plus Équilibre, zeg nu Bodytalk', *Éducation Santé* n° 281, septembre 2012. Avec une pointe d'ironie, Karin Rondia nous déclarait en interview 'devoir beaucoup à Roularta', car sans son licenciement, elle n'aurait sans doute pas tenté cette nouvelle aventure chez Mardaga...

évidemment idéales pour leur proposer d'écrire pour le grand public. En ayant travaillé avec eux auparavant, en assistant à leurs conférences, je crois pouvoir juger assez bien de leur capacité à toucher juste. *E.S. : Quel est votre rôle en tant que directrice de la collection ?*

K.R. : Nous avons mis au point un canevas commun à tous les titres : des ouvrages d'environ 200 pages, une dizaine de chapitres, un résumé 'en quelques lignes' à la fin de chaque chapitre, des mots-clés pour mieux appréhender le sujet abordé et enfin des conseils de lecture pour aller plus loin. Autre caractéristique à laquelle je tiens beaucoup : les auteurs s'expriment à la première personne, ils partagent donc leur expérience personnelle et leurs propres

convictions. Ils ne se retranchent pas derrière la pseudo-objectivité de l'expert. Je suis aussi très heureuse du soin apporté par Mardaga à la maquette des livres et du travail épatant de **Cécile Bertrand**, qui réalise les dessins de couverture.

E.S. : Quel est le tirage des premiers titres de la collection ? Visez-vous seulement le marché domestique ou espérez-vous toucher d'autres marchés francophones ?

K.R. : Nous prenons le risque calculé d'un tirage de 3000 exemplaires, ce qui peut sembler beaucoup. Nous visons clairement à dépasser la seule Belgique, et les auteurs en ont tenu compte dans leurs manuscrits. Pour la France, nous avons la chance de pouvoir nous appuyer sur Sodus, le diffuseur du groupe Gallimard. Une collaboration

très précieuse, facilitée d'ailleurs par la personnalité de ceux qui ont accepté de préfacer nos premiers ouvrages : **ZEP**, le papa de 'Titeuf' pour 'Mon enfant est insupportable !' d'**Isabelle Roskam** ; **Martin Winckler** pour 'La mort choisie' de **François Damas**. Difficile de trouver meilleurs parrains pour baptiser une collection ! *E.S. : Les auteurs et les thèmes suivants sont-ils déjà connus ?*

K.R. : Je peux vous annoncer un livre sur le dépistage des cancers, un autre sur les pratiques alternatives et le cancer, un essai critique sur le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*² et un quatrième sur la fragilité du grand âge. Mais cela, c'est pour l'année prochaine !

² Plus connu sous le sigle DSM, abréviation de l'anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, il s'agit d'un ouvrage de référence publié par la Société américaine de psychiatrie qui classifie et catégorise des critères diagnostiques et des recherches statistiques de troubles mentaux spécifiques. Le DSM-V vient de sortir cette année sur fond de controverse, de nombreux spécialistes lui reprochant de 'fabriquer' massivement des maladies mentales pour plaire à l'industrie pharmaceutique.

Les trois premiers titres

La mort choisie, comprendre l'euthanasie et ses enjeux, par François Damas

En Belgique, l'euthanasie est dépénalisée depuis 2002. Elle est aujourd'hui considérée comme un acte de soins qui peut être pratiqué exclusivement par un médecin, à condition que le malade en fasse la demande expresse et répétée. Ce livre constitue le témoignage nuancé d'un médecin en soins intensifs engagé dans la pratique de l'euthanasie. C'est à la fois un plaidoyer pour une meilleure compréhension de ce qu'est réellement cet acte ultime et une réflexion sur la fin de vie dans une société de plus en plus médicalisée. À côté de l'euthanasie, l'ouvrage aborde également les autres décisions médicales relatives à la vie finissante, telles que la sédation ou les soins palliatifs.

Vivre avec Alzheimer, comprendre la maladie au quotidien, par Valentine Charlot

« Si on me dit que je suis personnellement atteint ou qu'un de mes proches est atteint

de la maladie d'Alzheimer, qu'est-ce que je souhaiterais qu'on m'explique ? »

Cet ouvrage concret et pratique s'adresse en premier lieu aux malades eux-mêmes et décrit leur quotidien, leur donnant des repères sur le mal dont ils sont atteints, sans généralisation ni angélisme ni dramatisation excessive.

L'auteure, psychologue, neuropsychologue et gérontologue, y explique les symptômes de la maladie à la lumière de ce que l'on sait du fonctionnement du cerveau.

Le livre propose aussi des conseils pour accompagner les patients, sans les infantiliser, dans le respect de leurs particularités, en s'appuyant sur ce qu'ils sont capables de faire et en mobilisant leurs ressources pour continuer à communiquer.

Mon enfant est insupportable ! Comprendre les enfants difficiles, par Isabelle Roskam

Les comportements d'agressivité, de provocation et de désobéissance sont fréquents chez les petits. En tant que parent, comment faire face à ces situations ? L'enfant 'difficile' est-il

foncièrement insupportable ? L'éducation doit-elle être mise en cause ? Quand faut-il consulter ?

L'auteure, psychologue clinicienne spécialiste de la petite enfance, apporte de nombreuses informations permettant de mieux comprendre ces enfants et situations difficiles. Elle fournit aussi des conseils pour les parents débordés tout en aidant les professionnels à remettre à sa 'juste place' le questionnement des parents.

Collection Santé en soi, Éditions Mardaga, 18 euros chaque titre.



Données

Plein feu sur les inégalités de santé dans le primaire et le secondaire

Les résultats de l'enquête HBSC 2010

Colette Barbier

Les résultats de l'enquête HBSC 2010 (Health Behaviour in School-aged Children) 'Santé et bien-être des jeunes en Fédération Wallonie-Bruxelles' sont disponibles depuis février dernier. Également réalisée au niveau international, l'enquête met fortement l'accent sur les inégalités et les déterminants sociaux de santé. Cette fois encore, les données recueillies constituent une mine de renseignements utiles à tous les professionnels de la santé qui encadrent les jeunes. Les auteurs de l'enquête invitent les instances politiques des pays participants à utiliser ces données pour mettre en place, dans chaque pays, des mesures destinées à offrir les mêmes chances à tous les citoyens et cela, dès le plus jeune âge.

Cette enquête est menée tous les quatre ans auprès des élèves de la 5^e primaire à la 6^e secondaire. Elle est le versant francophone belge – elle existe aussi en Flandre – de l'étude internationale 'Health Behaviour in School-aged Children' (HBSC) patronnée par le Bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé. En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'enquête est réalisée depuis 1986 par l'Unité de Promotion et d'Éducation Santé (PROMES). Elle en est à sa 9^e édition. Depuis 2002, elle est coordonnée par le Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES) de l'École de Santé Publique de l'ULB.

« Nous participons tous les quatre ans au protocole international de la recherche HBSC », explique **Isabelle Godin**, directrice du SIPES et professeur à l'école de Santé publique de l'ULB. « Dans ce cadre, un même questionnaire est soumis à tous les pays, avec la possibilité pour chacun de développer éventuellement un module – comme les traumatismes liés aux accidents, l'alimentation ou encore l'activité physique – et d'insérer l'une ou l'autre question qui serait particulière à la situation d'un pays. Ainsi, lors de la dernière enquête, nous avons demandé

si les jeunes filles étaient vaccinées contre le papillomavirus puisque ce programme a démarré en Fédération Wallonie-Bruxelles. »

Le nombre d'écoles qui ont participé à l'enquête de 2010 s'élève à 147 dont 84 écoles primaires et 63 écoles secondaires. Les élèves interrogés proviennent de 157 classes de 5^e et 6^e primaires, et de 513 classes de la 1^{re} à la 6^e secondaire. Au total, 10 533 questionnaires étaient exploitables pour l'analyse des données. L'échantillon utilisé est représentatif des élèves scolarisés dans l'enseignement de plein exercice – excepté l'enseignement spécial – de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

« Le questionnaire est auto-administré de manière anonyme et confidentielle », poursuit Isabelle Godin. « Les données recueillies sont analysées au niveau international pour les élèves âgés de 11, 13 et 15 ans. De notre côté, nous étudions les données de l'ensemble des élèves qui ont complété le questionnaire. L'analyse est réalisée en fonction de divers paramètres : le temps est un très intéressant de ces paramètres, puisque les mêmes questionnaires sont utilisés tous les quatre ans, ce qui nous permet de voir les tendances

au fil des ans et éventuellement l'évolution de certains comportements de santé ou de certains indicateurs de santé. Nous étudions également les données en fonction du sexe, de la filière d'enseignement dans le secondaire, des milieux de vie (deux parents biologiques, famille monoparentale, recomposée, orphelinat, familles d'accueil, homes...) et du niveau socio-économique qui est basé sur le niveau d'aisance matérielle ¹. »

Les résultats de l'enquête de 2010 ont été exploités dans deux brochures : la première, intitulée 'La santé des élèves de 5^e et 6^e années primaires' traite de la santé et du bien-être dans l'enseignement primaire ; la seconde, 'La santé des élèves de l'enseignement secondaire' aborde ces mêmes thématiques ainsi que la vie affective et sexuelle, l'usage de psychotropes et des multimédias parmi les jeunes du secondaire ².

Mise en évidence des inégalités de santé

L'analyse du sentiment de bonheur, du bien-être et de la satisfaction à l'égard de sa vie occupe une place importante dans l'enquête. En primaire, 88 % des jeunes de

¹ Le niveau d'aisance matérielle est un score construit sur base de trois variables : le fait de posséder une voiture, le nombre de fois où la famille est partie en vacances l'année précédant l'enquête et le nombre d'ordinateurs dans la famille.

² Première brochure : Decant P., de Smet P., Favresse D., Godin I. La santé des élèves de 5^e et 6^e primaires : résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES), ESP-ULB, Bruxelles, février 2013.
Seconde brochure, partie I : Moreau N., de Smet P., Godin I. La santé des élèves de l'enseignement secondaire : résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES), ESP-ULB, Bruxelles, février 2013.
Seconde brochure, partie II : Favresse D., de Smet P., Godin I. La santé des élèves de l'enseignement secondaire : résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES), ESP-ULB, Bruxelles, février 2013.
Les deux brochures peuvent être téléchargées sur le site du SIPES : <http://sipes.ulb.ac.be>

11 ans se disent satisfaits de leur vie. Cette proportion est pratiquement la même dans l'enseignement secondaire, pour les ados de 13 et 15 ans, ce qui est proche de la moyenne internationale.

Lorsque l'on creuse, on constate que des inégalités de santé interviennent dans le sentiment de bien-être. Ainsi, tant chez les filles que chez les garçons, la proportion de jeunes très satisfaits de leur vie est plus élevée parmi les élèves de l'enseignement général, parmi les jeunes qui vivent avec leurs deux parents et parmi ceux issus d'une famille dont le niveau d'aisance matérielle est élevé. La satisfaction que les jeunes éprouvent à l'égard de leur vie est également fortement associée à la manière dont ceux-ci perçoivent leur santé. En outre, la proportion de jeunes qui rapportent un niveau élevé de satisfaction est plus importante parmi les jeunes qui se perçoivent en excellente ou en bonne santé. Comme c'est le cas pour d'autres observateurs, Isabelle Godin se dit interpellée par les différences entre les filles et les garçons quant à leur bien-être. *« Les filles se sentent toujours en moins bonne santé que les garçons. Elles ont plus de plaintes physiques et psychosomatiques. C'est également le cas à l'âge adulte. Elles aiment beaucoup plus l'école que les garçons, mais elles sont bien plus stressées par le travail scolaire, alors qu'elles réussissent mieux. Les inégalités de genre commencent donc très tôt. »*

On constate par ailleurs que la plupart des indicateurs sont meilleurs chez les Flamands que chez nous. *« Cela s'explique, en partie, par le fait que la situation économique est meilleure en Flandre. La santé est clairement marquée par l'appartenance ou l'origine sociale, d'une part. D'autre part, les inégalités socio-économiques se traduisent aussi par des inégalités sociales de santé. Les enquêtes HBSC peuvent mettre en évidence le fait que les inégalités sociales de santé sont reflétées dans les comportements liés à la santé, mais aussi somatiquement, c'est-à-dire dans le corps des élèves, dans la manière dont ils se sentent en bonne ou en moins bonne santé. »*

Perception de la santé

La proportion de jeunes qui évaluent négativement leur santé reste stable depuis



Photo © Fotolia

2002 (4,9 % en 2002 contre 5,2 % en 2010). Toutefois, en comparaison avec les autres pays participant à l'étude, cette proportion est plus élevée en Fédération Wallonie-Bruxelles que la moyenne internationale parmi les jeunes de 11, 13 et 15 ans. Le genre, l'âge, l'orientation scolaire et l'environnement familial (niveau d'aisance matérielle et structure familiale) sont étroitement associés à la perception négative de la santé. Les filles sont deux fois plus nombreuses que les garçons à percevoir que leur santé n'est pas très bonne (6,9 % contre 3,4 %). La proportion de jeunes qui évaluent de façon négative leur santé augmente avec l'âge (12-14 ans : 3,9 % ; 15-17 ans : 5,2 % ; 18-22 ans : 7,8 %). La proportion de jeunes qui évaluent de façon négative leur santé est plus faible parmi les élèves de l'enseignement général (4,0 %) par rapport à ceux de l'enseignement technique (6,4 %) et ceux de l'enseignement professionnel (9,2 %). Elle est aussi plus faible parmi ceux qui vivent avec leurs deux parents et parmi ceux qui évoluent dans une famille dont le niveau d'aisance matérielle est élevé. *« Cela montre qu'il y a énormément à faire dans le domaine de la promotion de la santé pour réduire les inégalités de santé. On parle beaucoup des inégalités de santé à l'âge adulte, mais il faut savoir qu'une mauvaise santé à l'âge adulte est souvent la conséquence d'inégalités de santé commencées très tôt dans la vie. Il est important de pouvoir donner à chaque enfant les mêmes chances et opportunités. »*

Configurations familiales

De grosses différences apparaissent pour la plupart des indicateurs selon le type de configuration familiale. *« Une attention particulière est nécessaire envers les enfants qui ne vivent pas avec leurs deux parents ou qui vivent en famille monoparentale. Il ne s'agit pas du tout de stigmatiser ces familles, mais de veiller à ce que les enseignants, les professionnels de la santé, de l'enfance et de l'adolescence soient bien conscients de la vulnérabilité que vivent ces familles car tout repose, ne fût-ce que du point de vue socio-économique, sur un seul salaire pour payer le logement, les charges... »*

« D'autre part, ne sous-estimons pas l'importance de la communication entre les parents et les ados. Même si l'ado est en rébellion, la communication avec les parents reste importante pour lui. On voit clairement que la qualité du bien-être, le sentiment de bonheur, la capacité de s'en sortir, etc. sont bien plus élevés lorsque l'enfant estime qu'il peut bien communiquer avec ses parents. Or, les jeunes qui vivent en famille recomposée, ont peut-être plus de mal à rester en communication avec le papa ou la maman qu'ils voient moins souvent. De même, avoir un enfant en garde alternée rend plus difficile la prise en charge de sa santé, l'organisation de certaines activités comme les activités sportives si les parents vivent éloignés l'un de l'autre. De plus, on constate que la consommation de médicaments est plus faible chez les ados vivant avec leurs deux parents. Bien évidemment, le niveau socio-économique joue aussi un rôle

important. Les comportements de santé et de bien-être sont également fonction du milieu d'origine, de l'ambiance en classe : plus l'ambiance en classe est positive, meilleur sera le bien-être de l'enfant. »

Les plus grands mangeurs de fruits et légumes !

La majorité des élèves de fin de primaire (70 %) prennent un petit déjeuner tous les jours avant d'aller à l'école. Un jeune sur dix prend un petit déjeuner trois ou quatre fois par semaine. Un jeune sur dix en prend un ou deux jours par semaine et un jeune sur dix ne mange pas du tout avant d'aller à l'école. Parmi les jeunes qui ne prennent jamais de petit déjeuner, il n'y a pas de différence entre garçons et filles, ni entre les 5^e et 6^e années du primaire. Ne jamais déjeuner le matin est plus souvent rencontré parmi les préadolescents qui ressentent de la nervosité et parmi ceux qui ont peu confiance en eux. Au niveau familial, l'absence de petit déjeuner est une habitude plus fréquente dans les familles peu aisées et parmi les jeunes qui ont des difficultés à parler avec leur mère quand quelque chose les préoccupe. Les consommations de fruits et légumes sont en augmentation chez les élèves du secondaire. Les jeunes en Fédération Wallonie-Bruxelles font d'ailleurs partie des plus grands consommateurs de fruits et légumes sur le plan international ! En 2010, la consommation quotidienne de légumes reste plus fréquente que la consommation quotidienne de fruits. Depuis 2002, la consommation quotidienne de fruits affiche néanmoins une augmentation significative (34,5 % en 2002, 41,2 % en 2006 et 45,6 % en 2010). La consommation quotidienne de légumes augmente également mais de façon plus modérée. La proportion de jeunes qui consomment des légumes chaque jour est significativement plus élevée en 2010 par rapport à 2002 (52,3 % vs 47,7 %) mais pas par rapport à 2006 (49,7 %). Différentes études ont montré que les consommations quotidiennes de fruits et de légumes sont généralement plus fréquentes parmi les filles que les garçons. Elles tendent à diminuer avec l'âge et sont plus fréquentes dans les familles

d'un niveau socio-économique plus élevé. Ces constats se retrouvent également en Fédération Wallonie-Bruxelles. Tant pour les légumes que pour les fruits, les proportions de jeunes qui en consomment au quotidien sont moins élevées parmi les garçons, les élèves plus âgés, ceux des enseignements technique ou professionnel et les jeunes issus d'une famille socio-économiquement moins favorisée.

La proportion de jeunes en surcharge pondérale en Fédération Wallonie-Bruxelles est inférieure à la moyenne internationale, alors que la proportion de jeunes qui se considèrent 'trop gros' est quant à elle supérieure.

D'autre part, bien qu'elle affiche une légère diminution par rapport à 2006, la fréquence de la consommation quotidienne de boissons sucrées reste supérieure à la moyenne internationale. En 2010, environ un jeune sur trois consomme quotidiennement des sucreries (34,7 %) et des boissons sucrées (32 %). Un jeune sur quatre (24,8 %) mange chaque jour des pâtisseries ou des biscuits. En 2010, trois jeunes sur dix présentent une alimentation 'équilibrée'. Un jeune sur deux a une alimentation 'moyennement équilibrée' et près d'un jeune sur cinq une alimentation 'non équilibrée'. La proportion de jeunes ayant une alimentation 'non équilibrée' est plus élevée parmi les

garçons et elle augmente avec l'âge. Cette proportion est moins élevée parmi les jeunes de l'enseignement général, parmi ceux vivant avec leurs deux parents et parmi ceux issus d'une famille dont le niveau d'aisance matérielle est élevé. Les comportements alimentaires n'échappent pas aux différences de genre. Si les filles ont tendance à adopter un mode de consommation plus sain que les garçons et si elles font plus attention à l'équilibre de leur alimentation, elles sont par contre plus enclines à sauter le petit déjeuner. Les résultats montrent également que l'équilibre alimentaire tend à se dégrader avec l'âge et qu'il persiste un gradient social (type d'enseignement, configuration familiale, niveau d'aisance matérielle) pour les consommations de fruits et de légumes, et plus globalement pour l'équilibre alimentaire. Les comportements alimentaires adoptés durant l'enfance et l'adolescence ont tendance à se maintenir à l'âge adulte. Or, l'alimentation joue un rôle important sur la santé et notamment dans la prévention des maladies chroniques. Intervenir auprès des jeunes revêt dès lors un intérêt majeur en termes de santé publique. Les résultats de l'étude HBSC en Fédération Wallonie-Bruxelles montrent qu'un intérêt accru devrait être accordé aux garçons, aux aînés et aux élèves issus de familles socio-économiquement moins favorisées.

Activité physique : peut mieux faire

En 2010, un peu moins d'un quart des élèves de 5^e et 6^e primaires déclarent pratiquer chaque jour une activité

Gare aux écrans dans les chambres à coucher !

Presque un tiers des jeunes de 10-13 ans (28,2 %) se sentent fatigués quand ils se lèvent le matin les jours d'école et ce au moins quatre fois par semaine. C'est plus qu'en 1994 (22,8 %). Cette fatigue matinale est associée aux dimensions subjectives du bien-être : nervosité, déprime, confiance en soi, santé,

sentiment de bonheur, communication avec les parents, préadolescence... Isabelle Godin met également l'augmentation de la fatigue matinale en lien avec les jeux électroniques, Internet, la télé, etc. de plus en plus présents dans les chambres d'enfants.

physique. Ce constat n'a pas varié significativement depuis 2006. 18,6 % des élèves de 10-13 ans s'adonnent à une activité physique 5 à 6 jours par semaine, tandis que 42,3 % font du sport entre 2 et 4 jours par semaine.

Concernant les élèves qui font peu d'activité physique (un jour ou moins par semaine), on observe une différence entre garçons et filles : les filles sont plus représentées parmi les jeunes très peu actifs physiquement ; les élèves de 5^e primaire également.

Les élèves trop peu actifs physiquement sont plus nombreux parmi les préadolescents qui ont peu confiance en eux et parmi ceux qui évaluent leur sentiment de bonheur et leur santé moins positivement que les autres. Sur le plan des caractéristiques familiales, le manque d'activité physique en primaire est associé significativement à la faible aisance matérielle familiale.

Quant aux élèves du secondaire, ils étaient moins nombreux en 2010 à pratiquer une activité physique (un jeune sur dix) au quotidien par rapport à 2006. La pratique du sport en dehors de l'école reste, quant à elle, stable depuis 2002. Les garçons sont deux fois plus nombreux à pratiquer une activité physique quotidienne (15,5 %) par rapport aux filles (8,5 %). La télévision demeure l'activité sédentaire la plus répandue tant chez les garçons que chez les filles. Si on peut se réjouir de constater que les jeunes passent moins de temps devant la télévision par rapport à 2002, il faut néanmoins souligner qu'ils jouent plus avec des jeux électroniques.

Au niveau international, si la fréquence de l'activité physique parmi les filles rejoint la moyenne de l'étude, la fréquence parmi les garçons est inférieure à cette moyenne. Par contre, en ce qui concerne le temps passé devant la télévision ou Internet, les jeunes en Fédération Wallonie-Bruxelles font figure de très bons élèves puisque le nombre d'entre eux qui passent au moins deux heures par jour devant la télévision ou Internet est parmi les plus faibles. L'activité physique et le sport sont plus fréquents parmi les garçons mais ces derniers sont également de plus grands consommateurs de jeux électroniques

que les filles. La situation tend également à se dégrader avec l'âge. Les élèves plus âgés sont moins nombreux à pratiquer une activité physique ou un sport alors que l'utilisation des jeux électroniques et d'Internet s'intensifie avec l'âge.

Comme pour l'alimentation, on observe un important gradient social. Les jeunes issus de familles socio-économiquement moins favorisées sont moins nombreux à pratiquer une activité physique ou un sport alors qu'ils sont plus nombreux à utiliser de manière intensive les différents multimédias.

Faible surcharge pondérale par rapport à la moyenne internationale

En ce qui concerne le poids, la grande majorité des jeunes (80,3 %) présente un poids recommandé ; 5,3 % des jeunes présente un déficit pondéral et la surcharge pondérale touche 14,4 % des jeunes, parmi lesquels 35,4 % sont obèses. La proportion de jeunes en surcharge pondérale reste stable depuis 1994. Par contre, seul un jeune sur deux estime que son corps est 'juste comme il faut', quatre jeunes sur dix se considèrent 'trop gros' et près d'un jeune sur cinq déclare suivre un régime aminçissant. La proportion d'adolescentes qui suivent un régime ne varie pas de manière statistiquement significative depuis 1994, mais celle des garçons a significativement augmenté. La proportion de jeunes en surcharge pondérale en Fédération Wallonie-Bruxelles est inférieure à la moyenne

internationale, alors que la proportion de jeunes qui se considèrent 'trop gros' est supérieure à la moyenne internationale. La surcharge pondérale diminue avec l'âge, alors que les proportions de jeunes qui se considèrent 'trop gros' et de ceux qui suivent un régime aminçissant augmentent avec l'âge. Tant la proportion de jeunes en surpoids que celle des jeunes qui se trouvent 'trop gros' et de ceux qui suivent un régime aminçissant sont plus élevées dans les familles socio-économiquement moins favorisées. Lorsqu'on constate que l'activité physique et le sport sont associés de façon positive à l'équilibre alimentaire et au bien-être des jeunes, alors que la sédentarité est associée à la surcharge pondérale, il est essentiel de renforcer les interventions visant à encourager les jeunes à se dépenser physiquement et de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour rendre ces activités plus accessibles sur de nombreux plans (financier, aménagement des espaces publics favorisant la mobilité en vélo par exemple...). Enfin, force est de constater que les filles restent plus exposées et semblent plus sensibles aux pressions des normes physiques véhiculées par notre société, notamment au travers du monde de la mode. Cette information est importante à intégrer dans les stratégies visant la promotion des comportements favorables à la santé, dont l'alimentation saine et la pratique d'un sport.

Sida : cent fois sur le métier remettre son ouvrage...

Globalement, le niveau de connaissance des ados de 15-18 ans en Fédération Wallonie-Bruxelles quant aux modes de transmission du sida est bon, mais certaines méconnaissances ou fausses croyances persistent. Plus de neuf jeunes sur dix connaissent le risque de transmission du sida « en faisant l'amour sans préservatif avec quelqu'un qui a le virus du sida » (95,5 %) ou « en utilisant la seringue ou l'aiguille utilisée de quelqu'un

qui a le virus du sida » (90,9 %). Par contre, seuls trois jeunes sur quatre (75,5 %) identifient correctement le risque de contracter la maladie « en faisant l'amour sans préservatif avec une personne qui a l'air en bonne santé et qui dit ne pas être malade » et un jeune sur six (17,2 %) n'identifie pas ce risque. Les centres d'information et de prévention du sida ont encore du pain sur la planche...



Sommaire

Initiatives

- 2 Des indicateurs de performance en promotion de la santé, propos de *Françoise Renard* et *France Vrijens* recueillis par *Christian De Bock*
- Quand on évoque la mesure de l'efficacité en promotion de la santé, c'est souvent de façon stéréotypée, par exemple en présentant quelques chiffres de comportements individuels.
- 4 Les défis de 'Se mettre à table', les impératifs de la cohérence en promotion de la santé à l'école, par *Virginie Vandermeersch*, *Cristine Deliens* et *Claire Berthet*
- Pour cette rentrée scolaire, un outil de concertation est mis à la disposition des écoles qui souhaitent se lancer dans une réflexion collective et systémique pour améliorer l'alimentation à l'école...
- 7 Les discriminations des personnes séropositives sont toujours une réalité !, par *Charlotte Pézeril*
- Malgré les évolutions thérapeutiques et les discours sur la « banalisation du sida », les discriminations et la stigmatisation perdurent.

Stratégies

- 9 Quel impact de la 6^e réforme institutionnelle sur la prévention ?, par *Olivier Gillis*, *Naima Regueras* et *Christian De Bock*
- L'accord institutionnel pour la sixième réforme de l'État du 1^{er} décembre 2011 prévoit le transfert de pans importants de la sécurité sociale vers les entités fédérées.

Locale

- 12 Hainaut occidental : un apprentissage mutuel grâce à l'échange des pratiques, par *Colette Barbier*
- Chaque année, le Centre local de promotion de la santé du Hainaut occidental organise une matinée d'échange destinée à analyser des initiatives de promotion de la santé sur son territoire.

Lu pour vous

- 14 Santé en soi, une nouvelle collection 'santé' belge, propos de *Karin Rondia* recueillis par *Christian De Bock*
- Les éditions Mardaga lancent aujourd'hui une collection 'pour poser les grandes questions qui traversent le domaine de la santé tant physique que mentale'.

Données

- 16 Plein feu sur les inégalités de santé dans le primaire et le secondaire, par *Colette Barbier*
- Les résultats de l'enquête HBSC 2010 'Santé et bien-être des jeunes en Fédération Wallonie-Bruxelles' sont disponibles depuis février dernier.

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 : Colette Barbier, Claire Berthet, Cristine Deliens, Olivier Gillis, Charlotte Pézeril, Naima Regueras, Françoise Renard, Karin Rondia, Virginie Vandermeersch, France Vrijens.

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

Relectures : Danielle Beeldens, Carole Feulien.

Recherches iconographiques : Danielle Beeldens.

Site internet : Jacques Henkinbrant (design et développement), Carole Feulien (animation).

Réseaux sociaux : Carole Feulien (carole.feulien@gmail.com).

Lettre d'information : Carole Feulien (bravo Carole !)

Contact abonnés : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Martin de Duve, Damien Favresse, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Carole Feulien, Jacques Henkinbrant, Julien Nève, Tatiana Pereira, Thierry Poucet.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2 100 exemplaires.

Diffusion : 2 000 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Éducation 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 Fédération Wallonie-
Bruxelles finance cette revue



La solidarité, c'est bon pour la santé.



L'accès à la santé pour tous

La Mutualité Socialiste



Imprimé sur papier
blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

