



**La prévention
du suicide
en Fédération
Wallonie-
Bruxelles
et au Québec**

**Colette Barbier
et Pascale Dupuis**

Initiatives

« www.preventionsuicide.info » est né. Allez vite le découvrir !

Colette Barbier

Le portail de la prévention du suicide de la Fédération Wallonie-Bruxelles, que vous pouvez désormais découvrir sur le site web www.preventionsuicide.info, a été réalisé par l'asbl Éduca Santé, en collaboration avec le Centre de Prévention du Suicide et *Un Pass dans l'Impasse*. Il est le fruit de longues années de réflexion et a pu être conçu après un combat difficile mené pour faire mieux connaître la problématique du suicide afin de mieux le prévenir. Martine Bantuelle, directrice d'Éduca Santé, retrace pour nous ces années de gestation...

Tout est parti d'un rapport de recherche réalisé en 2006 par Éduca Santé et l'École de Santé Publique de l'ULB¹. Ce document reprenait la partie conceptuelle liée au suicide, les initiatives qui existaient au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) et les programmes qui avaient été développés ailleurs.

« Dans ce rapport, nous avons mis en évidence le fait que le phénomène du suicide ne peut pas être réduit à l'acte suicidaire, mais qu'il s'agit d'un 'processus suicidaire' qui peut parfois être rapide ou au contraire très lent », raconte **Martine Bantuelle**. « En effet, pour qu'un individu, qui se trouve dans un état de relatif bien-être, en arrive à envisager le suicide comme une solution possible, c'est qu'il a franchi plusieurs étapes qui s'enchaînent dans ce que l'on appelle le 'processus suicidaire'. Ainsi, la plupart des personnes qui entrent dans un état de mal-être parce qu'elles sont confrontées à une situation stressante, ont la capacité d'y faire face grâce à des mécanismes d'adaptation (le 'coping'), ce qui leur permet de retrouver un état de relatif bien-être. Mais il arrive que des individus ne parviennent pas à surmonter certaines difficultés de la vie car ils ne possèdent pas ces mécanismes d'adaptation dans leurs ressources personnelles ou parce que ces mécanismes ne sont pas assez développés. Cette incapacité à faire face met l'individu dans une situation de faiblesse au cours de laquelle il développe un sentiment d'inutilité et d'échec. L'image qu'il a de lui-même est mauvaise et son estime de soi se dégrade.

Surviennent alors de l'anxiété, des tensions internes qui vont provoquer, à leur tour, des comportements violents et agressifs. C'est à ce moment-là que l'on peut voir apparaître, dans un premier temps, des comportements suicidaires indirects et inconscients (il s'agit de conduites à risque excessives et répétées) et/ou des idéations suicidaires.

Le modèle traditionnel d'approche du phénomène suicidaire fait place aujourd'hui à un concept mieux adapté qui est celui de 'prévention universelle, sélective et indiquée' car il se réfère aux groupes sur lesquels on peut agir plutôt que sur l'événement à prévenir.

Lorsqu'une personne en est au stade des idéations suicidaires, le suicide est réellement entrevu comme une solution possible pour s'en sortir. Ces idéations se transforment, ensuite, petit à petit, en intentions suicidaires au cours desquelles l'individu commence à élaborer un plan destiné à mettre un terme à sa vie. Le processus se poursuit jusqu'à l'acte suicidaire fatal (décès de la personne) ou non fatal (tentative de suicide). Ce processus peut prendre 20 ans d'une vie, comme il peut ne prendre que quelques semaines. »

Travailler en amont du processus suicidaire

Agir en promotion de la santé, c'est agir en amont du processus suicidaire sur les facteurs qui l'influencent, par le renforcement des facteurs de protection. En Fédération Wallonie-Bruxelles, des acteurs comme, par exemple, les centres PMS, l'ONE et les centres PSE agissent à ce niveau et mènent des actions visant les déterminants de la santé. « Cependant la plupart des interventions de prévention du suicide se situent au niveau de la détection des signes, de la prise en charge des personnes qui ont des idéations et des tentations suicidaires, ou qui ont des conduites à risque, ou encore qui ont fait une tentative de suicide. »

Par ailleurs, force a été de constater que les concepts traditionnels de prévention primaire, secondaire et tertiaire ne s'appliquaient pas à la problématique du suicide. « Il est effectivement difficile de préciser quand le problème s'installe : lorsque la personne est dans le mal-être ? Quand elle en est au stade de l'idéation ? Lorsqu'elle a pris la décision de se suicider ? Ou encore après son passage à l'acte ? D'autre part, dans le cadre du concept de prévention primaire, secondaire et tertiaire, on a pu mettre en évidence un décalage entre l'approche de santé publique et l'approche médicale. Ainsi, dans une perspective de santé publique, la prévention primaire commence déjà lorsque l'individu est encore en situation de bien-être, puisqu'elle vise à renforcer les facteurs

¹ Éduca Santé, l'OMS et l'École de Santé Publique de l'ULB collaborent depuis de nombreuses années sur la problématique de la prévention du suicide.

protecteurs. Dans une perspective médicale, la prévention primaire s'intéresse aux individus à risque, préférentiellement ceux qui souffrent d'une pathologie mentale. »

Prévention universelle, sélective et indiquée

Le modèle traditionnel fait place à un concept mieux adapté qui est celui de 'prévention universelle, sélective et indiquée' car il se réfère aux groupes sur lesquels on peut agir plutôt que sur l'événement à prévenir.

La **prévention universelle** vise la population générale ou certains groupes (une communauté, les écoles) sans tenir compte des risques individuels. Son but premier est de fournir à tous les individus d'une population de l'information et des compétences pour réduire l'importance du problème visé. Le programme 'Les Amis de Zippy' est un bel exemple puisqu'il s'agit d'un programme de promotion de la santé mentale destiné à tous les jeunes enfants âgés de 6 à 7 ans dans les classes de 1^{er} et 2^e primaire, qui est centré sur l'élargissement de leur répertoire de mécanismes d'adaptation (voir le site <http://www.zippy.uqam.ca/>).

La **prévention sélective** – ou prévention choisie – vise les individus que l'on considère comme les plus exposés au problème visé, c'est-à-dire qui présentent un ou plusieurs des facteurs de risque connus. On parle alors de groupes à risque identifiés sur base des facteurs de risque biologiques, psychologiques, sociaux ou environnementaux connus comme étant associés au problème visé. Les groupes à risque cibles sont, par exemple, les adolescents étant donné les caractéristiques liées à cette période de la vie, ou encore les consommateurs de drogues car des études indiquent que la prise de drogue est un facteur qui favorise la survenue du suicide. Enfin, la **prévention indiquée** vise les personnes ayant déjà manifesté un ou des comportements associés au suicide. Dans ce cas, l'intervention se situe au niveau de l'individu et s'intéresse donc à ses propres facteurs de risque. Ce travail se fait, entre autres, par les centres PMS, les centres de prévention du suicide, les centres de santé mentale.



Un combat au niveau politique

En 2006, une conférence de presse fut organisée par les auteurs du rapport de recherche en vue d'en faire connaître le contenu et d'interpeller le politique sur la question. « *Nous constatons qu'il n'y avait pas d'articulation entre les différents programmes de prévention existants. Nous voulions, dans une vraie politique de prévention du suicide qui s'inscrit dans une approche de promotion de la santé, couvrir l'ensemble du processus. Nous demandions qu'une politique globale de prévention soit intégrée dans les différentes compétences. Une rencontre a ensuite eu lieu entre la Région de Bruxelles-Capitale, la Région Wallonne et la Fédération Wallonie-Bruxelles. À notre grand désespoir, cette rencontre n'a abouti à aucune décision.* »

En 2008, le député **Marc Elsen** mettait la question de la prévention du suicide à l'ordre du jour d'un groupe parlementaire. Dans la foulée, une commission du parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, initiée par le même député, réalisait une proposition de résolution visant à optimiser les mesures de

prévention du suicide.

« *En consultant les documents existants sur la problématique du suicide, Marc Elsen est 'tombé' sur notre rapport de recherche et l'a trouvé magnifique ! Il a demandé à Christelle Senterre, chercheur à l'École de Santé Publique de l'ULB et cheville ouvrière de ce travail, et à Christiane Bontemps, directrice de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, de réaliser un document préparatoire au travail du groupe de parlementaires en vue d'élaborer des recommandations politiques sur le suicide.* »

La prévention du suicide devient enfin une priorité gouvernementale

En 2009, il fut décidé de faire de la prévention du suicide une des priorités des accords gouvernementaux, tant au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles que de la Région wallonne et de la Région de Bruxelles-Capitale. C'est ainsi que les ministres concernés ont mis la question du suicide à l'ordre du jour de leurs initiatives et se sont répartis les programmes à mener selon leurs compétences.

En 2010, **Fadila Laanan** réunissait un groupe d'experts présidé par Martine Bantuelle. Chargé d'affiner les recommandations en matière de prévention du suicide et d'élaborer des propositions de recommandations pour la prévention du suicide chez les jeunes, le groupe d'experts était composé de psychiatres, thérapeutes, psychologues et d'acteurs en promotion de la santé. Y participaient des représentants des deux centres de prévention du suicide, des membres des cabinets de l'Enseignement, de la Jeunesse et de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, des représentants de l'administration de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Fin 2010, le travail du groupe d'experts débouchait sur une table ronde autour de laquelle étaient invités des professionnels qui travaillaient au sein de structures encadrant les jeunes comme les écoles, les AMO, les mouvements de jeunesse, les centres de médecine scolaire... Cette table ronde visait à repréciser les connaissances actuelles sur la problématique du suicide et le processus suicidaire, ainsi que les stratégies de prévention. Elle avait aussi pour but de présenter les recommandations proposées par le groupe d'experts et d'ouvrir un débat autour de celles-ci avec les personnes présentes.

« Le débat a tourné autour d'actions importantes destinées, entre autres, à combattre la méconnaissance persistante du phénomène suicidaire, à outiller, former et informer les adultes confrontés au mal-être des jeunes qu'ils côtoient, à renseigner ces mêmes adultes sur le rôle qu'ils peuvent jouer, avec qui ils peuvent collaborer... À l'issue des travaux de la table ronde, nous avons remis un rapport à la ministre sur



Photo © Fotolia

base duquel elle a défini deux priorités en cohérence avec ses compétences : d'une part, travailler auprès des médias pour que les journalistes prennent conscience de l'impact du traitement de l'information sur la survenue des suicides par imitation et d'autre part, sensibiliser, informer et former les adultes proches des jeunes quant à la problématique du suicide. Afin de rencontrer ces deux priorités, il a été demandé à Éduca Santé de réaliser une brochure à l'intention des adultes proches des jeunes. Nous avons très rapidement cerné les limites d'un tel support, c'est pourquoi nous avons choisi le support Internet. Nous avons plus particulièrement opté pour le 'Portail de la prévention du suicide de la Fédération Wallonie-Bruxelles' car il a pour vocation d'être une porte ouverte sur de l'information, des actions et des recommandations formulées par des acteurs en Belgique et dans le monde. Le site donne la possibilité de mettre à jour les connaissances et de mettre en évidence les orientations de la Fédération Wallonie-Bruxelles, ainsi que les actions qu'elle soutient. Cela donne, d'une manière assez synthétique et simple à comprendre, je l'espère, des informations complètes, cohérentes et pertinentes sur la question du suicide. »

Le mot de la Ministre Fadila Laanan

« Il existe, jusqu'à présent, deux organismes de première ligne en lien avec la problématique du suicide : le Centre de Prévention du Suicide à Bruxelles et Un Pass dans l'Impasse en Wallonie. Des professionnels y accompagnent directement les personnes en difficulté. À côté de ces deux organismes, il manquait un outil capable d'aider les adultes qui entretiennent des liens privilégiés avec les jeunes, dans quelque contexte que ce soit, à être des soutiens de première ligne aux jeunes en difficulté. Ces adultes sont les enseignants, les éducateurs, les directeurs d'établissements scolaires, les animateurs

sportifs, les responsables de centres d'hébergement... C'est pourquoi la Fédération Wallonie-Bruxelles a décidé de subventionner la mise en place du site Internet www.preventionsuicide.info. Le fait que ce site ait été réalisé par des professionnels tels que le Centre de Prévention du Suicide, Un Pass dans l'Impasse et Éduca Santé en fait un outil formidable. Le but de ce nouveau dispositif est de répondre au questionnement d'un adulte confronté au mal-être d'un jeune, ce dernier ne réalisant parfois pas son état de mal-être. Or, pour pouvoir réagir et être

un soutien de première ligne, il faut être en mesure de décrypter les mécanismes psychologiques en œuvre chez une personne en crise. Le portail informe donc sur ce que peut être le comportement d'un adolescent qui se trouve dans une perspective de suicide ou de risque de suicide. Le site n'a évidemment pas été créé pour faire le travail à la place du Centre de Prévention du Suicide et du Pass dans l'Impasse. Mais rien n'empêche les adultes à qui le site est destiné de prendre éventuellement contact avec un de ces deux organismes en cas de besoin. »

Prévenir le suicide : coup d'œil sur quelques stratégies québécoises

Pascale Dupuis, Correspondante Éducation Santé au Québec

Le Québec a longtemps été montré du doigt comme l'un des champions du suicide dans le monde. En 1999, triste année record, 1620 personnes se sont suicidées au Québec. Dix ans plus tard, on comptait 1146 suicides, soit 474 de moins. La baisse est encourageante et prouve que les investissements en prévention portent leurs fruits, mais il est hors de question de parler de succès quand trois personnes se donnent encore la mort chaque jour.

Comme en Belgique, le suicide représente au Québec un problème majeur : plus d'un millier de personnes s'enlèvent la vie chaque année. Pour les 8 millions de Québécois, cela représentait en 2009 un taux de 14,6 pour 100 000. À titre de comparaison, en Belgique, 2000 personnes se sont suicidées en 2010, soit un taux de 26,5 pour 100 000. La problématique ne se résume pas à ce nombre de décès : pour chaque suicide, on compte 6 à 10 proches endeuillés ainsi qu'une vingtaine de tentatives et plus de 100 personnes en proie à des idéations suicidaires.

La prévention : possible et efficace

De 1999 à 2009, dernière année pour laquelle des statistiques complètes sont disponibles au Québec, le taux de suicide est passé de 22,2 à 14,6 pour 100 000 personnes. Même si la médiatisation du suicide d'un célèbre journaliste concourt à expliquer le taux record de 1999, cette baisse est une preuve indéniable que le suicide n'est pas une fatalité et constitue, comme l'indique l'OMS « un problème de santé publique énorme mais en grande partie évitable. » Des progrès encourageants ont surtout été notés dans la première moitié des années 2000 et c'est auprès des jeunes qu'ils ont été les plus marqués. Un suicide individuel résulte toujours d'une multiplicité de facteurs. A fortiori, le suicide en tant que problème de santé publique ne s'explique pas par une

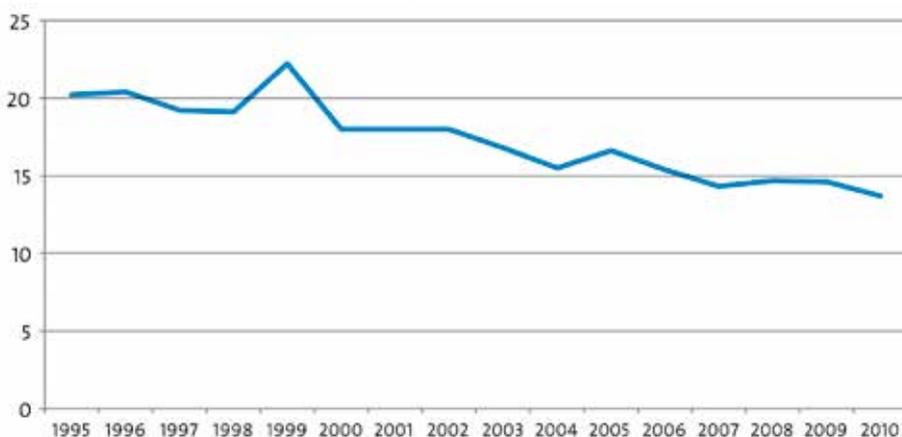
cause unique. Dès lors, sa prévention requiert de multiples approches mettant à contribution de nombreux acteurs. Les concepts de prévention universelle, sélective et indiquée¹ constituent une manière intéressante de classer les actions de prévention. S'il est difficile d'identifier avec certitude les stratégies qui expliquent la diminution marquée du taux de suicide au Québec au cours des dernières années, on peut raisonnablement penser que les mesures suivantes y ont contribué : l'intervention téléphonique, la formation des intervenants, les réseaux de sentinelles, la recherche et la mobilisation sociale.

Une aide téléphonique accessible

Lorsqu'une personne se trouve en crise suicidaire, une aide disponible peut réellement faire la différence dans l'issue

de celle-ci. Le Québec dispose depuis 2001² d'une ligne d'intervention gratuite, accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 partout sur le territoire. Un numéro unique³, qui en facilite la promotion, permet aux personnes suicidaires et à leurs proches d'entrer en contact avec un intervenant de leur région, avant, pendant ou après la crise. La grande majorité des répondants sont des professionnels, quelques-uns sont des bénévoles. Le 1866 APPELLE n'est pas une ligne d'écoute mais un service d'intervention : les répondants sont formés pour évaluer la dangerosité du passage à l'acte et l'urgence de l'intervention ainsi que pour désamorcer le processus. Ils sont aussi en contact avec les ressources policières de la région qui peuvent se rendre à domicile lorsqu'une tentative de suicide est imminente ou en cours. Une telle mesure

Taux ajusté de mortalité par suicide, Québec, 1995 à 2010⁴



¹ Voir l'article « www.preventionsuicide.info est né. Allez vite le découvrir ! » de Colette Barbier en page 2 de ce numéro.

² Cette ligne a été mise en place dans le cadre de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* en vigueur de 1997 à 2002.

³ Le 1866 APPELLE : les lettres du mot APPELLE correspondent, sur le clavier d'un téléphone, aux chiffres 277 3553.

⁴ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001 ; données provisoires pour l'année 2010. Source : G. Légaré, M. Gagné, D. St-Laurent, P.-A. Perron (2013), *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2010 – mise à jour 2013*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 22 p.

relève à la fois de la prévention sélective puisqu'elle s'adresse aux personnes ayant des idéations ou des intentions suicidaires et de la prévention indiquée, puisqu'elle est aussi disponible pour ceux qui ont commis une tentative de suicide ainsi que pour leurs proches et pour les personnes endeuillées par le suicide d'un être cher. L'intervention téléphonique n'est qu'un des services offerts par les centres de prévention du suicide et les autres ressources mandataires de la ligne, à côté des rendez-vous individuels notamment. Mais la porte d'entrée vers ces services est souvent un appel de détresse.

Intervenir à l'aide de bonnes pratiques

Pour une prise en charge optimale de la personne suicidaire, il est essentiel que les différentes ressources d'aide consultées, qu'il s'agisse des urgences hospitalières, d'un centre de prévention du suicide ou encore d'un service de santé mentale par exemple, parlent un langage commun, partagent la même estimation du degré d'urgence et abordent l'intervention d'une manière cohérente.

La formation des intervenants, une mesure de prévention sélective, fait depuis longtemps l'objet d'une des préoccupations de l'AQPS qui est en charge de son élaboration et de sa diffusion à travers la province. En 2010 a été lancée une nouvelle formation qui vise à améliorer les pratiques d'intervention auprès des personnes suicidaires et à favoriser une approche commune à tous les intervenants en prévention du suicide. D'une durée de trois jours, celle-ci repose sur l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte et sur des techniques d'intervention issues de l'approche orientée vers les solutions, un type de thérapie brève se centrant sur l'élaboration de solutions plutôt que sur l'identification des problèmes. Se basant davantage sur les forces et compétences que sur l'expression des émotions, l'approche orientée vers les solutions semble particulièrement adaptée aux hommes. En deux ans et demi, une soixantaine de formateurs ont instruit 6000 intervenants des différentes régions

du Québec. Ce vaste mouvement de mise à jour des compétences coïncide avec une tournée provinciale d'implantation de deux *Guides de bonnes pratiques en prévention du suicide* édités par le Ministère de la Santé et des Services sociaux en vue de soutenir le développement des services de prévention du suicide dans toutes les régions du Québec. La formation s'exporte bien : plusieurs organismes belges⁵ envisagent de la programmer l'an prochain.

Si les stratégies québécoises semblent fécondes, il n'en reste pas moins qu'il serait inapproprié de crier victoire. D'abord parce qu'aucune de ces mesures n'a fait l'objet d'une évaluation d'efficacité. Ensuite, parce que si plus de 1000 suicides sont encore déplorés chaque année, c'est que ces moyens restent insuffisants ou que leur mise en œuvre demeure imparfaite.

Les réseaux de sentinelles

Il ne suffit pas que des aides existent, encore faut-il que les personnes qui en ont besoin y fassent appel. Quand on va mal, la demande d'aide n'est pas toujours facile. Les sentinelles sont des personnes qui, à l'intérieur de leur milieu de travail ou de vie, ont pour rôle d'établir un contact avec une personne en détresse et d'assurer le lien entre celle-ci et les ressources d'aide, par l'intermédiaire d'intervenants désignés vers lesquels elles dirigent les personnes suicidaires identifiées. Le développement de réseaux de sentinelles est un exemple de mesure de prévention sélective originale. En principe, des réseaux sont implantés en priorité au sein des groupes les plus à risque. Dans les faits, en cinq ans, des réseaux ont été implantés à travers toutes sortes de milieux et près de 10 000 sentinelles ont été formées, même si toutes ne sont plus actives aujourd'hui. La stratégie a fait des

petits en Belgique, puisque 10 formateurs de sentinelles ont été formés en novembre 2011 à Liège, pour le compte du Département des affaires sociales de la Province de Liège qui prépare l'implantation de réseaux dans plusieurs milieux (entreprise métallurgique, femmes d'agriculteurs, personnel communal et provincial, corps de police).

Compter sur les données de la recherche

Toute prévention devrait se baser sur une connaissance fine et actuelle de la réalité du problème qu'elle entend contrer. La recherche est considérée comme une mesure relevant de la prévention indiquée. Le Québec est riche en chercheurs en ce domaine : plusieurs centres rassemblent les chercheurs de multiples disciplines s'intéressant à la problématique, parmi lesquels le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) et le Réseau québécois de recherche sur le suicide (RQRS).

Des mises à jour des données statistiques des décès par suicide sont publiées chaque année par l'Institut national de santé publique du Québec. Par ailleurs, le lancement d'une banque de données est attendu pour l'automne 2013. À partir des recensements des caractéristiques des personnes décédées par suicide, celle-ci devrait suivre l'évolution des principaux facteurs de risque, permettant de cibler les efforts de prévention dans chacune des régions du Québec.

Changer la culture par la mobilisation sociale

Dans la culture québécoise, le suicide fait l'objet d'une certaine acceptation sociale : il est reconnu et toléré comme une issue à la souffrance. Depuis quelques années, l'AQPS et ses multiples partenaires s'efforcent de mobiliser la société en faveur de la prévention et contre une vision du suicide comme un choix individuel face à la souffrance. La déclaration de solidarité *Ajouter ma voix* (voir encadré page suivante), déjà signée par près de 35 000 personnes et plusieurs dizaines d'organismes, invite les citoyens à prendre

⁵ Le Département des affaires sociales de la Province de Liège, l'asbl CEDS et Un PASS dans l'IMPASSE à Namur.

position et à s'engager, à leur mesure, en faveur de ce changement social. Les campagnes de sensibilisation menées chaque année à l'occasion de la *Semaine nationale de prévention du suicide*, début février et de la *Journée mondiale de prévention du suicide*, le 10 septembre, ont notamment pour objectifs de sensibiliser la société à l'ampleur du problème et aux moyens de le réduire, de promouvoir les ressources d'aide et de contribuer au changement de culture.

Lutter contre l'acceptation du suicide n'équivaut ni à tourner le dos aux personnes suicidaires ni à les juger, ni encore à encourager le tabou entourant le problème. Au contraire, cette action va de pair avec la promotion de la demande d'aide, avec le développement des ressources et avec une sensibilisation des médias aux manières adéquates d'évoquer le suicide. L'AQPS vise aussi la mobilisation des organisations. Par l'établissement de partenariats, elle cherche à inviter un maximum de collectivités, de milieux, de professions à partager une préoccupation pour ce problème de société et à initier des actions en faveur de sa prévention, comme le font par exemple les collèges d'enseignement supérieur (les cégeps) depuis de nombreuses années.

Peut et doit mieux faire

Si les stratégies québécoises semblent fécondes, il n'en reste pas moins qu'il serait inapproprié de crier victoire. D'abord parce qu'aucune de ces mesures n'a fait l'objet d'une évaluation d'efficacité, même si plusieurs ont été évaluées quant à leur processus ou à leur implantation : leur impact réel sur le taux de suicide au Québec n'a pas été mesuré et le serait d'ailleurs difficilement. Ensuite, parce que si plus de 1000 suicides sont encore déplorés chaque année, c'est que ces moyens restent insuffisants ou que leur mise en œuvre demeure imparfaite. Enfin, parce que d'autres mesures, qui semblent faire leurs preuves ailleurs dans le monde, n'en sont encore qu'à leurs premiers balbutiements. C'est par exemple le cas de l'intervention en ligne (via les sites, forums, chats et médias sociaux) que le Québec tarde à adopter comme voie de prévention. Dans le domaine de la réduction de l'accès



Photo © Fotolia

aux moyens, les efforts risquent de se voir contrebalancés par la récente abolition du registre des armes d'épaule par le gouvernement canadien. Par ailleurs, le suivi après hospitalisation des personnes ayant fait une tentative de suicide est encore défaillant en bien des endroits, alors que les personnes ayant commis une tentative constituent la population la plus à risque dans l'année suivante et que les *Guides de bonnes pratiques* mettent l'accent sur l'importance de la coordination des services. L'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux, le **D^r Réjean Hébert**,

semble conscient de l'enjeu, déclarant dans un récent communiqué : « *Bien que le suicide ait une tendance à la baisse au Québec depuis une décennie, il est essentiel de persister dans nos efforts afin d'améliorer notre travail de prévention et l'efficacité de nos interventions. Le Programme national de santé publique, la Politique nationale de prévention et le prochain Plan d'action en santé mentale sont des dispositifs qui nous aideront à atteindre ces objectifs et à agir pour prévenir le suicide* ». Des politiques annoncées pour ce printemps, qui sont attendues avec intérêt par le secteur.

Ensemble, nous sommes une partie de la solution

Le projet *Ajouter ma voix* lancé en 2009 réunit ceux et celles qui désirent voir le suicide diminuer au Québec. Chacun est invité à s'engager à sa mesure pour la prévention du suicide : en signant la déclaration de solidarité, en invitant un ami à le faire ou en suscitant une activité dans son milieu.

La déclaration de solidarité *Ajouter ma voix* :

- *Parce qu'aujourd'hui, trois de nos concitoyens s'ajouteront aux 12988 Québécois qui se sont suicidés dans les dix dernières années et que ces décès auront entraîné plus d'un quart de million de personnes dans un deuil douloureux ;*
- *Parce que le suicide est une cause importante de décès au pays et que le phénomène touche l'ensemble de ses régions ;*

- *Parce que nous estimons qu'il est possible de contrer le phénomène du suicide par des actions concertées, cohérentes et intensives de sorte que les personnes qui souffrent puissent bénéficier de ressources accessibles et efficaces ;*
- *Parce que nous ne voulons plus perdre, par suicide, de pères, de mères, de frères, de sœurs, de fils, de filles, de parents, d'amis, de collègues, de voisins, d'étudiants ;*
- *L'éducation et la sensibilisation face au suicide, c'est le rôle de tous. En prenant position, nous avons le pouvoir de changer les choses.*

34924 personnes ont déjà signé la déclaration sur www.ajoutermavoix.com (site consulté le 22/04/2013).

L'implantation de la vaccination contre le papillomavirus en PSE

Marie-Christine Miermans (PROVAC-ULg), D^r Béatrice Swennen (PROVAC-ULB), D^r Axelle Vermeeren (PROVAC-UCL)¹

Introduire la vaccination contre le papillomavirus (HPV) dans les pratiques des services/centres de santé scolaire (dits PSE) requiert de réunir, au sein du programme de vaccination, un certain nombre de conditions d'ordre scientifique, politique, administratif et organisationnel. Cela nécessite également de mobiliser les professionnels et de prendre en compte leurs représentations et difficultés d'adhésion.

Notre article relate la complexité du contexte et présente les résultats de l'implantation de la vaccination HPV en PSE durant l'année scolaire 2011-2012. C'est sur l'analyse des processus à l'œuvre dans ce projet que s'est centrée l'évaluation de cette première année. Les résultats ne portent ni sur la couverture vaccinale, ni sur l'étude épidémiologique de l'évolution du nombre d'infections susceptibles de provoquer des lésions du col de l'utérus.

Éléments du contexte favorables à l'implantation de la vaccination HPV

Existence d'une recommandation scientifique

La proposition d'introduction de la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) dans le programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) se base sur l'avis du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) de 2007 qui recommande que :

« La vaccination prophylactique généralisée chaque année d'une cohorte d'un an de filles d'un âge compris entre 10 et 13 ans soit réalisée selon les conditions actuellement d'application pour la vaccination des préadolescents contre l'hépatite B.

Appliquées à la vaccination HPV, ces conditions sont les suivantes :

- la médecine scolaire transmet les informations et propose la vaccination anti-HPV;
- le choix est laissé aux parents et au

jeune de faire effectuer la vaccination par le médecin scolaire ou tout autre médecin-vaccinateur;

- le schéma vaccinal complet est de préférence clôturé au cours d'une même année scolaire. La vaccination doit en outre s'insérer dans des initiatives de promotion de la santé concernant la vie sexuelle et affective et les rapports protégés. »

Existence d'un protocole d'accord entre autorité fédérale et entités fédérées

Elle est rendue possible sur base du protocole d'accord entre l'autorité fédérale et les entités fédérées du 28 septembre 2009 qui précise :

« La prévention du cancer du col de l'utérus requiert une stratégie globale avec, à la base, un dépistage efficace et la vaccination contre le HPV.

Dans le cadre de l'exécution du Plan national cancer, la vaccination contre le papillomavirus humain d'une cohorte scolaire de jeunes filles de 11 à 13 ans peut être organisée par la ou les Communauté(s) concernée(s) au plus tôt à partir de l'année scolaire 2010 - 2011.

La vaccination est réalisée conformément au calendrier de vaccination recommandé par le Conseil supérieur de la santé et approuvé par la Conférence interministérielle.

Les Communautés s'engagent à enregistrer les données relatives à la population vaccinée. Les données sont enregistrées de telle façon à pouvoir être traitées conjointement avec les données du Registre du cancer. »

Existence d'une décision politique de financement de l'achat des vaccins et choix du Cervarix®

Sur ces différentes bases, la Ministre de la Santé de la FWB a proposé au gouvernement, en juin 2011, d'introduire la vaccination HPV dans le programme de vaccination de la FWB, et de dégager les moyens budgétaires nécessaires à la mise à disposition gratuite du vaccin dans le circuit de distribution organisé par la FWB. Cette décision permettait, de facto, aux services PSE de proposer la vaccination aux jeunes filles de leurs écoles sous tutelle. En juillet 2011, le choix du vaccin s'est porté sur le Cervarix®, à administrer en 3 doses, en respectant un intervalle de 6 mois entre la première et la troisième dose. En septembre 2011, le vaccin était disponible gratuitement dans le circuit de distribution des vaccins².

Choix de la cohorte à vacciner

Pour choisir la cohorte, il a été tenu compte de la recommandation du CSS qui mentionne que les filles doivent être âgées entre 10 et 13 ans, et de la présence d'un bilan de santé par la PSE.

La 2^e secondaire (en ce compris 1^{er} supplémentaire, 1^{er} différenciée et filles de 13-14 ans fréquentant l'enseignement spécialisé) plutôt que la 6^e primaire a recueilli l'adhésion des membres du Comité de concertation intersectoriel vaccination (CCIV), principalement pour des raisons d'acceptabilité des parents, de cohérence avec le développement d'initiatives

¹ PROVAC est une association interuniversitaire (UCL, ULB, ULg) qui apporte depuis maintenant plus de 20 ans ses compétences à l'organisation et au développement d'un programme structuré de vaccination en Fédération Wallonie-Bruxelles.

² Pour sa part, la Vlaamse Gemeenschap a choisi l'autre vaccin, le Gardasil®, et a démarré la vaccination lors de l'année scolaire 2010-2011.

d'éducation à la vie affective et sexuelle en secondaire et d'absence d'études autorisant l'administration simultanée des vaccinations RRO et HPV. Ce choix de la 2^e secondaire tient également compte de la nécessité de poursuivre jusqu'en 2014, pour des raisons qui ne seront pas développées ici, la vaccination contre l'hépatite B jusqu'ici réalisée en 6^e primaire.

Mobilisation des professionnels de la PSE pour leur mission vaccinale HPV

Les journées de formation organisées en juin de chaque année par PROVAC ont été centrées, en 2011, sur l'introduction de cette vaccination dans les pratiques vaccinales des services PSE : l'intérêt de cette vaccination, sa complémentarité avec le dépistage par frottis pour prévenir le cancer du col de l'utérus, les stratégies et modalités de son introduction en PSE, les besoins en outils d'information. À la suite de tous ces échanges, menés avec près de 300 médecins et infirmières PSE, il a été convenu d'une année « pilote » durant laquelle les services/centres volontaires démarreraient la vaccination HPV.

La généralisation à l'ensemble des services/centres ne serait effective qu'en 2012-2013. Fin août 2011, PROVAC a adressé un courrier à tous les services/centres actant le cadre dans lequel le programme HPV se déroulerait durant la première année en ce compris les modalités de commande des vaccins, et a distribué les dépliants d'information à remettre aux parents.

Information de tous les médecins vaccinateurs

Afin de permettre le libre choix du vaccinateur par les parents, les vaccins sont mis gratuitement à disposition de tous les vaccinateurs.

Fin août 2011, la Direction générale de la Santé a également adressé un courrier à tous les médecins utilisateurs du circuit de commande de la FWB les informant des dernières modifications du programme, dont l'introduction de la vaccination HPV. Comme pour toutes les autres vaccinations, le programme permet à chaque vaccinateur d'obtenir



Photo © Fotolia

les vaccins HPV, gratuitement, dans le circuit de distribution de la FWB, pour la cohorte de jeunes filles choisie. Ainsi donc, les vaccinateurs HPV potentiels sont non seulement les médecins scolaires, mais aussi les médecins généralistes, les pédiatres, les médecins de planning familial et les gynécologues.

Un des enjeux de la réussite du programme de vaccination HPV tient dans la contribution de chaque type de vaccinateur, qu'il soit médecin scolaire, médecin généraliste ou pédiatre, et dans une moindre mesure, médecin de planning familial et gynécologue.

Objectifs du programme de vaccination HPV

Avant d'aborder les objectifs de l'évaluation, il n'est sans doute pas inutile de dire quelques mots des objectifs visés par le programme lui-même. À terme, l'évaluation devra porter aussi sur ces différents aspects.

L'impact de la vaccination HPV chez les jeunes filles se mesurera, d'abord par une

diminution du nombre de lésions au niveau du col provoquées par des infections à HPV, et à terme, par la diminution du nombre de cancers du col de l'utérus. La couverture vaccinale atteinte peut servir rapidement d'indicateur d'efficacité du programme et de mesure de sa capacité à éviter les inégalités sociales de santé en matière de prévention. L'objectif à 3 ans est une couverture de 80 % pour les jeunes filles de la cohorte choisie, grâce à une collaboration efficace de tous les vaccinateurs.

Pour la première cohorte du programme (année scolaire 2011-2012), l'objectif est d'atteindre 60 % de couverture.

Objectifs de l'évaluation de la première année de vaccination HPV par la PSE

Compte tenu de la diversité des stratégies vaccinales possibles en PSE, dont nous vous passons les détails, l'évaluation en cours d'année scolaire devait permettre de documenter les types de décisions prises tant par les services/centres « vaccinateurs HPV » que « non vaccinateurs HPV ». Les résultats étaient analysés par PROVAC puis présentés et débattus lors des journées de formation PSE de juin. Ces échanges devaient permettre aux « vaccinateurs HPV » d'ajuster leurs stratégies, aux « non vaccinateurs HPV » de définir, pour l'année scolaire 2012-2013, des modalités organisationnelles compatibles avec leur réalité propre, et aux décideurs politiques

de prendre la mesure des difficultés à mettre en place cette vaccination en PSE sans moyens supplémentaires. Les objectifs ont été opérationnalisés de la façon suivante :

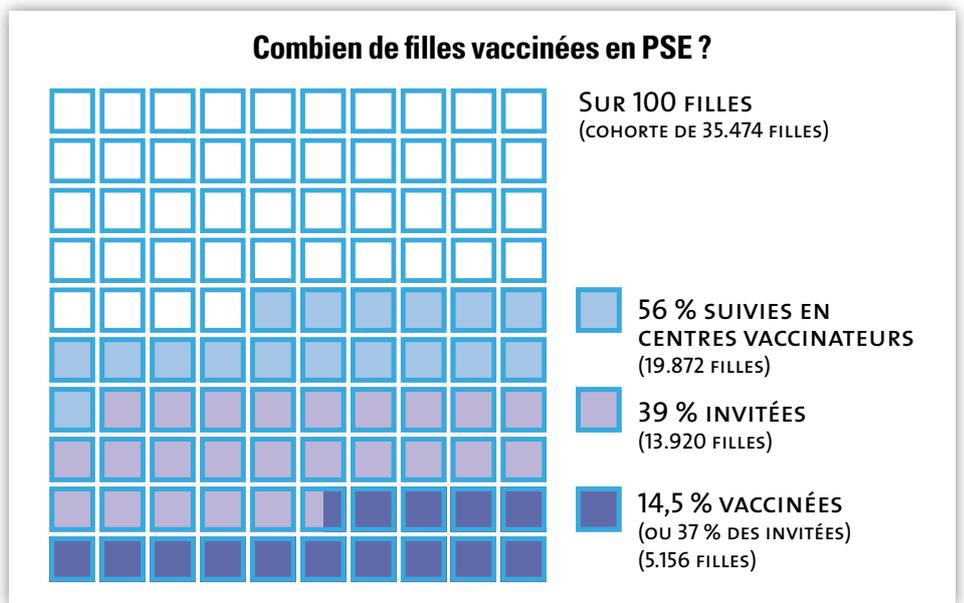
- recenser le nombre de SPSE/CPMS-CF vaccinateurs HPV durant l'année d'implantation ;
- établir le pourcentage de filles sous tutelle des services/centres vaccinateurs ayant demandé la vaccination HPV par la PSE ;
- documenter la répartition entre réseaux de la population générale de filles sous tutelle et celle des filles en cours de vaccination ;
- relever et décrire les modalités organisationnelles mises en place par les SPSE/CPMS-CF vaccinateurs HPV ;
- faire un état des lieux des difficultés rencontrées par les services/centres vaccinateurs ;
- faire un état des lieux des raisons de non proposition de vaccination HPV par les services/centres ;
- mettre en évidence les solutions possibles pour améliorer la stratégie vaccinale HPV en FWB ;
- évaluer les besoins de soutien ;
- et enfin connaître les intentions pour 2012-2013 des services/centres non vaccinateurs en 2011-2012.

Pour établir la couverture vaccinale complète, il a été décidé d'attendre la deuxième année du programme. Une enquête de couverture vaccinale est prévue en 2^e secondaire, en 2012-2013, non seulement pour la vaccination HPV des jeunes filles mais aussi pour l'hépatite B et la 2^e dose de RRO des filles et des garçons. Durant la première année de vaccination HPV, la part prise par les vaccinateurs privés ne pourra être approchée que sur base des commandes de vaccins.

Résultats les plus marquants

Combien de services/centres ont proposé la vaccination HPV ?

L'évaluation a mis en évidence que les cent quarante services/centres n'avaient pas tous des élèves de l'enseignement secondaire sous tutelle. On en a dénombré cent vingt quatre. Septante huit d'entre eux se sont déclarés vaccinateurs HPV, pour tout ou partie de



leur population de filles sous tutelle. Au total, cela représente 63 % de services/centres vaccinateurs HPV. Pour le réseau SPSE, 57 services sur 83 vaccinent, soit 69 % ; pour les CPMS-CF, 21 sur 41, soit 51 %. La répartition de ces 78 vaccinateurs HPV par type de réseau montre que 19 % appartiennent au réseau SPSE libre, 29 % au réseau SPSE des Villes et Communes, 24 % au réseau SPSE provincial et 27 % sont des CPMS-CF.

Combien de filles ont initié une vaccination HPV en PSE ?

L'ensemble de la population sous tutelle des 124 services/centres s'élève à 35.474 filles. Les 78 services/centres « vaccinateurs HPV » ont 19.872 filles sous tutelle, soit 56 % de l'ensemble de la cohorte. Parmi ceux-ci, certains n'ont proposé la vaccination HPV qu'à une partie de leur population sous tutelle. C'est pourquoi on ne dénombre que 13.920 filles ayant reçu une proposition de vaccination HPV, soit 39 % de l'ensemble de la cohorte. Les parents de 5.156 filles ont signé une autorisation de vaccination HPV par la PSE. En janvier 2012, 14,5 % de la cohorte a donc été vaccinée en PSE, ou encore 37 % des jeunes filles ayant reçu la proposition. Ce résultat montre bien à quel point un des enjeux de la réussite du programme de vaccination HPV tient dans la contribution de chaque type de vaccinateur, qu'il soit médecin scolaire,

médecin généraliste ou pédiatre, et dans une moindre mesure, médecin de planning familial et gynécologue. Aucune information n'a pu être récoltée sur les caractéristiques sociales des filles auxquelles la vaccination HPV a été proposée, qui puisse documenter la question des inégalités sociales de santé.

La charge de travail est-elle plus importante dans certains services / centres que d'autres ?

Les services/centres ont fait preuve d'inventivité pour organiser leur pratique vaccinale de façon efficiente, tout en tenant compte de leurs contraintes et en évitant de modifier l'organisation du planning des bilans de santé. Pour la gestion du programme, un enseignement majeur de cette évaluation d'implantation a permis de constater une répartition très différente, entre les quatre réseaux PSE, des populations sous tutelle. Ainsi donc, à subsidiation équivalente, deux services/centres peuvent avoir une charge de travail très différente selon la répartition de leur population sous tutelle entre primaire et secondaire. L'évaluation a montré que 53 % des filles de la cohorte relèvent de la tutelle de SPSE libres, 12,5 % de la tutelle de SPSE Villes et Communes, 8,5 % de la tutelle de SPSE provinciaux, et 26 % de la tutelle de CPMS-CF. La charge de travail liée à la prise en charge vaccinale HPV s'est dès lors avérée très différente selon les réseaux. Cela s'est

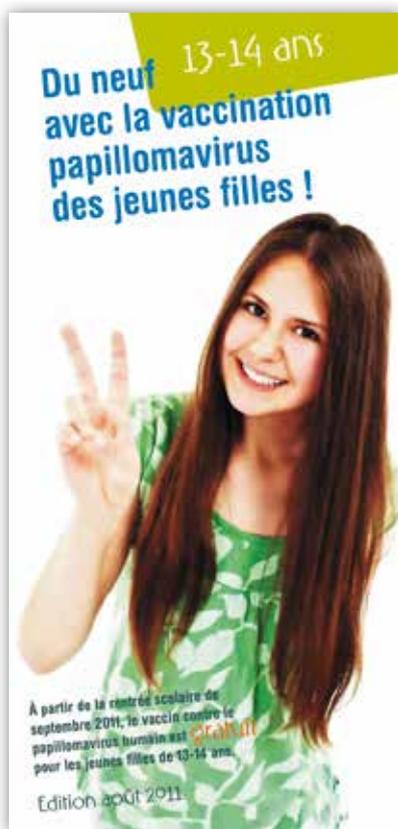
traduit par la mise en œuvre de stratégies différentes, et a abouti aux résultats suivants : le réseau SPSE libre a vacciné 9 % de sa population sous tutelle (soit 1.696 filles), le réseau SPSE provincial 21 % (633 filles) et le réseau SPSE des Villes et Communes 35 % (1.561 filles). Quant au réseau CPMS de la CF, il a vacciné 14 % (1.266 filles) de sa population sous tutelle. Cette importante disparité s'explique essentiellement par trois facteurs qui eux-mêmes dépendent des moyens dont les équipes disposent en dehors de la subvention liée au décret :

- La proportion de « vaccinateurs HPV » au sein de chaque réseau est très inégale : 48 % dans le réseau libre, 51 % dans le réseau CPMS- CF, 70 % dans le réseau provincial et 92 % dans le réseau des Villes et Communes ;
- Parmi les « vaccinateurs HPV », la proportion de services/centres qui adressent une proposition de vaccination à une sélection de leurs filles sous tutelle est inégale selon les réseaux : la moitié dans le réseau libre (7 services sur 15), le tiers dans le réseau CPMS-CF (7 centres sur 21) et celui des Villes et Communes (7 services sur 23), et 1 seul sur 19 dans le réseau provincial ;
- Les modalités organisationnelles de la vaccination sont aussi très différentes selon les réseaux et favorisent une plus ou moins grande accessibilité à toute la population. Se rendre à l'école pour y administrer les 3 doses de vaccins durant le temps scolaire rend la vaccination accessible à un plus grand nombre que d'organiser des permanences vaccinales au centre, en dehors du temps scolaire. Rien dans l'analyse ne permet de conclure à des différences d'attitudes face à la vaccination HPV provenant de réticences d'ordre philosophique.

Principaux freins et facilitateurs mentionnés par les « vaccinateurs HPV »

Les difficultés

Les principales difficultés identifiées durant cette 1^{re} année relèvent de 6 aspects différents de la pratique vaccinale. La difficulté la plus citée concerne le *surcroît de gestion administrative* pour



réaliser une vaccination en 3 doses. C'est une difficulté de la mission vaccinale exprimée de façon récurrente ; elle est ici renforcée par le fait d'introduire une vaccination en 3 doses à un niveau scolaire (2^e secondaire) jusque là non concerné par la vaccination.

Ensuite, on relève les *coûts supplémentaires liés à l'acte vaccinal* (rémunérations des médecins, augmentation de temps infirmier et administratif, augmentation des frais de déplacements), *l'information des parents* (réticences, difficultés de lecture et de compréhension des documents liés aux différences de milieu socioculturel, confusion entre HPV et HBV, informations relatives à la transmission de données et respect de la vie privée, impact des campagnes médiatiques des mouvements anti-vaccinaux), *les difficultés d'adhésion des professionnels* liées aux doutes sur l'efficacité et la sécurité de cette vaccination et *la communication et le partenariat avec les écoles secondaires* jugés plus difficiles qu'avec l'école primaire. Enfin, les services/centres mettent en garde contre le *double encodage* des données vaccinales dans une banque de données vaccinales et dans leur logiciel en vue du « Recueil standardisé d'informations sanitaires ».

Il est à noter que les équipes n'ont pas rencontré de grosses difficultés liées à la gestion de l'absentéisme des élèves et au changement d'écoles en cours d'année, alors qu'elles le craignaient.

Les facilitateurs

Certains éléments ont été relevés comme facilitateurs durant cette 1^{re} année : *une bonne préparation du programme de vaccination HPV et une bonne organisation de l'équipe, l'appui à l'organisation de la pratique vaccinale* (gratuité du vaccin, dépliants et documents fournis par PROVAC, travail sur la banque de données vaccinales...), *l'accessibilité de la population sous tutelle* (proximité des écoles par rapport au SPSE ou CPMS-CF, nombre plus restreint d'écoles secondaires, bonne connaissance des élèves, taille des écoles d'où diminution des déplacements, disposer du local PMS dans l'école...), *l'établissement de collaborations et partenariats avec les CPMS, les plannings familiaux... et une bonne collaboration des écoles.*

En synthèse, réfléchir aux aspects organisationnels de la pratique vaccinale, utiliser les ressources existantes et établir de bonnes collaborations et partenariats sont d'importants facilitateurs. Néanmoins, l'accessibilité de la population sous tutelle (distance entre écoles et services/centres, nombre d'écoles sous tutelle, taille des écoles) citée comme facilitateur par certains constitue un frein majeur pour d'autres.

Raisons du choix de « non vaccination HPV » en 2011-2012 et intention vaccinale pour 2012-2013

L'enquête auprès des 92 SPSE/cabinets de consultation CPMS-CF « non vaccinateurs HPV » durant l'année pilote a notamment porté sur les raisons de leur choix de non vaccination. L'analyse est présentée par réseaux car là aussi cette variable est déterminante pour comprendre les décisions prises par les services/centres et appréhender les possibilités d'évolution lors de la 2^e année.

Dans le réseau libre (16 SPSE), la raison principale est le manque de moyens financiers pour rémunérer les médecins ; dans le réseau des Villes/communes (2 SPSE), c'est le manque de médecins

disponibles et de temps pour le colloque singulier ; dans le réseau provincial (8 SPSE des provinces de Namur et du Luxembourg), il s'agit de l'attente des résultats de la 1^{re} année pilote, tant au sein des services de la province, que de l'ensemble de la FWB.

Quant aux 66 cabinets de consultation CPMS-CF, 35 d'entre eux pointent le manque de médecins disponibles, soit près de la moitié.

Quant aux intentions vaccinales de ces 92 services / cabinets de consultation CPMS-CF pour la future année scolaire, on relève que 70 d'entre eux ne vaccineront toujours pas HPV en 2012-2013 si la situation reste inchangée.

Recueil des opinions des professionnels concernant la vaccination HPV

Lors des journées PSE 2011 et 2012, les participants (265 et 246) ont été invités à marquer leur degré d'adhésion vis-à-vis de 12 propositions relatives à la vaccination HPV. Cette grille de recueil d'opinions vise à titre indicatif à prendre la mesure des opinions, des plus consensuelles au plus contrastées, et d'observer une éventuelle évolution entre 2011 et 2012 des représentations des médecins et infirmières PSE vis-à-vis de cette vaccination.

En juin 2011 ainsi qu'en juin 2012, une majorité d'items recueillent des pourcentages de réponse indiquant des opinions largement favorables à la vaccination HPV.

Pour 2 items (« *Sur base des éléments dont je dispose aujourd'hui qui ne me rassurent pas sur l'efficacité à long terme, j'estime que cette vaccination risque d'induire un sentiment de fausse sécurité* » et « *Je redoute que cette vaccination ne fasse abandonner le frottis de col par conviction d'être suffisamment bien protégée contre le cancer* »), on ne voit pas d'évolution entre 2011 et 2012, les avis restant contrastés.

Pour aucune des 12 propositions, on ne relève d'évolution dans le sens d'une meilleure adhésion à la vaccination HPV en PSE.

Néanmoins, un test statistique sur la signification des différences entre les réponses fournies en 2011 et en 2012 indique que, pour 3 items, la différence

observée est statistiquement significative marquant une évolution dans le sens d'une moins bonne adhésion à cette vaccination. De l'analyse des réponses par groupe professionnel, il ressort que c'est dans le sous-groupe des infirmières que l'évolution se marque clairement :

- augmentation significative du nombre d'accord avec les propositions « *J'estime que seul le dépistage du cancer du col par frottis peut suffire pour prévenir efficacement cette pathologie* », « *La vaccination HPV est une vaccination de luxe* » et « *En proposant cette vaccination, j'ai peur de faire croire que j'incite à une vie sexuelle précoce* ».
- diminution significative du nombre d'accord avec la proposition « *Vacciner contre le HPV en PSE est une façon de remédier aux inégalités sociales de santé* ».

Cette analyse doit toutefois être abordée avec précaution avant d'en tirer des conclusions définitives sur l'évolution des opinions des professionnels à propos de la vaccination HPV. Il est en effet impossible de vérifier si la répartition des répondants par type de professionnels et par réseau est similaire entre les 2 années. Nous avons juste pu évaluer que le taux de participation des CPMS-CF est plus élevé en 2012 qu'en 2011.

Néanmoins ces résultats mettent en lumière la nécessité, pour le programme, de prendre en compte les difficultés d'adhésion des professionnels à cette vaccination et à sa pertinence principalement en termes d'efficacité.

Avis des services/centres recueillis lors des journées de formation de juin 2012 et décisions pour la 2^e année du programme

Des échanges relatifs à cette première année de vaccination HPV en PSE ont été menés lors des journées PSE/PROVAC de juin 2012. Il en ressort une volonté de poursuivre cette vaccination inhérente à la mission vaccinale PSE malgré les difficultés rencontrées, tout en interrogeant la pertinence du choix de la 2^e secondaire comme cohorte à vacciner. Certaines équipes souhaitent une simplification des documents à compléter par les parents

en vue d'une meilleure compréhension par des parents peu lettrés. Des pistes se dessinent également en vue d'une meilleure information des écoles (direction, éducateurs...) et d'une amélioration de la collaboration avec les plannings familiaux et les CPMS pour intégrer l'information des jeunes dans des animations d'éducation à la vie affective et sexuelle.

Il est également souhaité d'améliorer l'information et la communication avec les médecins généralistes.

Des interpellations au pouvoir subsidiant portent sur la nécessité de revoir le financement de la mission vaccinale, au risque de voir s'effectuer un choix arbitraire parmi les missions, de prendre en considération les raisons de la pénurie de médecins et d'infirmières, encore plus aiguë en CPMS-CF, de solutionner le problème de double encodage des données vaccinales dans le cadre du recueil de données sanitaires en PSE et dans la base de données vaccinales, d'obtenir un meilleur soutien de leur mission vaccinale de la part de la hiérarchie des CPMS-CF.

Au vu de ce premier bilan et du maintien de la décision politique de ne pas dégager de moyens financiers supplémentaires pour améliorer le potentiel de vaccination HPV de la PSE, il apparaît que les conditions ne sont pas réunies pour généraliser une proposition de vaccination HPV par la PSE à toute sa population sous tutelle.

PROVAC a dès lors demandé que tous les SPSE/CPMS-CF fassent une offre de vaccination HPV que celle-ci soit partielle ou totale par rapport aux jeunes filles sous tutelle, et qu'ils informent tous les parents, de filles et de garçons du niveau scolaire concerné, de la disponibilité d'un vaccin HPV gratuit à l'âge de 13-14 ans pour les jeunes filles, par la distribution du dépliant : « Du neuf avec la vaccination papillomavirus des jeunes filles ! ».

Conclusion

La majorité des équipes SPSE/CPMS-CF ont relevé, en septembre 2011, le défi de la vaccination HPV malgré le caractère tardif de la prise de décision politique d'introduire le vaccin HPV dans le circuit de distribution de la Fédération Wallonie-Bruxelles. L'évaluation de la mise en œuvre

de cette vaccination a mis en évidence un certain nombre de difficultés, largement débattues avec les équipes SPSE/CPMS-CF lors des journées de juin 2012. Elle a conduit à permettre que les services/centres adaptent leur proposition vaccinale HPV à

leurs capacités de réaliser une vaccination complète des jeunes filles auxquelles ils la proposent.

PROVAC, c/o DG Santé Ministère
Fédération Wallonie-Bruxelles,

Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles.
Courriel : mc.miermans@ulg.ac.be,
bswennen@ulb.ac.be,
axelle.vermeeren@uclouvain.be

Communication et santé : l'expertise québécoise



Véronique Janzyk, Observatoire de la Santé du Hainaut

Lise Renaud et Monique Caron-Bouchard du Centre de recherche sur la communication et la santé de l'Université de Québec à Montréal étaient récemment invitées à un partage d'expériences à l'Observatoire de la Santé du Hainaut. L'occasion de mesurer l'ampleur des travaux du Centre universitaire.

L'invitation a permis à **Lise Renaud** de revenir avec beaucoup d'enthousiasme sur un parcours de vingt-cinq ans au service de la santé publique. « Appelée à évaluer des projets communautaires » se souvient-elle, « j'ai rencontré une demande croissante pour évaluer aussi des outils ou des actions de communication. » Il n'en a pas fallu beaucoup plus pour que la passion pour la communication pertinente et bien conçue ne la gagne. Et de se remémorer une de ses premières expériences en la matière, où des femmes en difficulté avec l'écriture s'étaient révélées demandeuses d'informations écrites, parce qu'elles aussi voulaient y avoir accès. « Il n'y avait pas de raison qu'elles en soient privées, c'est vrai », commente Lise Renaud. « Voilà, on aurait tendance à penser que ce n'est peut-être pas prioritaire. Il faut changer sa manière de voir les choses ! »

Préjugés

Saut dans le temps, lorsque Lise Renaud et **Monique Caron-Bouchard** évoquent un récent projet concernant la promotion de l'activité physique chez les jeunes. Partir de la demande et déjouer les préjugés est toujours au centre de leurs préoccupations. En effet, les pouvoirs publics avaient commandité une étude sur les 15-17 ans dans le but d'élaborer une stratégie pour les amener à bouger davantage.

« Les focus groupes », explique Monique Caron-Bouchard « ont permis de dégager une typologie de ces jeunes, typologie élaborée par les jeunes eux-mêmes. Cinq catégories et dix-sept sous-catégories se dégageaient. Mais parmi les messages surprenants que les jeunes nous ont délivrés, c'est que justement ils ne souhaitent pas être réduits à une catégorie, que les catégories sont poreuses, qu'on peut passer de l'une à l'autre, appartenir à plusieurs d'entre elles. Information importante, les jeunes manifestaient aussi leur rejet des messages dits officiels identifiés de santé publique. Pour eux, cela tenait de la pollution de leur espace ! Dès lors, nos recommandations vers les autorités se sont orientées non vers des messages spécifiques aux typologies mais vers les motivations que les jeunes nous signalaient : le plaisir, et notamment celui d'être ensemble. »

Partenaires

Le Centre de recherche sur la communication et la santé recense à ce jour une centaine de partenaires. Ceux-ci sont variés : quartiers, hôpitaux, financeurs, secteur agro-alimentaire avec lequel le Groupe communication et santé ne craint pas de se mouiller comme ce fut le cas avec la promotion du Défi 5-30, un programme incitant les Québécois à manger des fruits et des légumes et

à bouger trente minutes par jour. Ces partenaires sont engagés dans le partage d'expériences et compétences en réseau. L'un des objectifs du Groupe était également de s'associer à des médias, de manière à faire circuler des messages de promotion de la santé. « Il est clair », souligne Lise Renaud, « que les médias favorisent la normalisation de certains comportements de santé. C'est pour nous une satisfaction aujourd'hui de contribuer à ce que la dimension de la santé soit incluse dans des séries télévisées. Un jeune rentrant avec une serviette sur l'épaule parce qu'il a fait du sport, un plateau de fruits qui apparaît à l'image, ce sont d'appareils détails qui n'en sont pas. »

Le Groupe communication et santé communique en continu avec les journalistes et les créatifs du secteur audiovisuel, notamment via un site internet extrêmement riche. On y trouve ce qui fait l'actualité en matière de santé publique, des rapports de recherche, des annonces de projets (comme celui sur la promotion de la santé via textos...) ainsi qu'un blog pour les professionnels travaillant avec les jeunes.

ComSanté, Centre de recherche sur la communication et la santé, Département de communication sociale et publique,

Université du Québec à Montréal,
Case postale 8888, succ. Centre-ville
Montréal (Qc) Canada H3C 3P8.
Courriel : comsante@uqam.ca.
Site : <http://www.comsante.uqam.ca/>

Références

- Renaud, Lise (dir), Les médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales, Collection Santé et Société, Presses de l'Université du Québec, 2010, 444 pages.
- Renaud, Lise (dir), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Collection Santé et Société, Presses de l'Université du Québec, 2007, 328 pages.
- Renaud, Lise avec la collaboration de Caroline Bouchard, *La santé s'affiche au Québec : plus de 100 ans d'histoire*, Collection Santé et Société, Presses de l'Université du Québec, 2005, 264 pages.

■ Caron-Bouchard, Monique et Renaud Lise. *Pour mieux réussir vos communications médiatiques*

en promotion de la santé, 2001, deuxième édition, Institut national de santé du Québec.

Pour la pratique...

Vous souhaitez rédiger un dépliant ? Vous l'avez rédigé et souhaitez avoir des infos sur sa lisibilité ? Vous souhaitez le tester auprès d'un groupe ? Élaborer une affiche vous tenterait ?

Vous trouverez des outils sur le site. « Tout compte », explique Monique Caron-Bouchard, « même si la perfection n'existe pas. L'espace entre les mots, la longueur des mots, la longueur des phrases. Les titres et les sous-titres doivent idéalement déjà contenir l'information.

On doit avoir envie d'ouvrir le document, de le parcourir entièrement. Les illustrations doivent être choisies avec soin. Nous nous sommes par exemple aperçues qu'une cigarette présentée entière, et qui plus est allumée donne envie de fumer même à ceux qui voudraient arrêter ! Mieux vaut donc casser littéralement l'image de la cigarette. Nous n'y aurions pas pensé si nous n'avions pas discuté du dépliant avec des jeunes. »



Une nouvelle dynamique pour le dépistage du cancer colorectal ?

D'après un communiqué de la **Fondation Contre le Cancer**

Effectuer un test de dépistage tous les deux ans permet de réduire de 15 % la mortalité due au cancer colorectal. Quatre ans après son lancement, le programme de dépistage organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles affiche un taux de participation encore trop faible : à peine 8 % des personnes invitées font réellement le test. Parallèlement à la campagne de sensibilisation de la Fédération qui s'adresse au grand public, la Fondation contre le Cancer a choisi elle aussi de soutenir le programme avec une campagne destinée aux médecins généralistes. Le message est clair : « Vous avez un rôle fondamental à jouer, parlez du dépistage à tous vos patients de 50 à 74 ans ! »

Cette campagne de sensibilisation est menée en étroite collaboration avec le Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers asbl, avec l'aide précieuse du Service Communautaire de Promotion de la Santé Question Santé asbl et le soutien de la Société Scientifique de Médecine Générale.

Dangereux... mais curable

Le cancer colorectal est fréquent et grevé d'une lourde mortalité. C'est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme et le deuxième chez la femme au niveau mondial. En Belgique, 1555 hommes et 1375 femmes

en sont décédés en 2008 (d'après les données de la Fondation Registre du Cancer). Mais le cancer colorectal est aussi une maladie curable si elle est dépistée et traitée au début de son développement, c'est-à-dire avant l'apparition de symptômes. Le test de dépistage permet de détecter ce cancer plus tôt et d'augmenter les chances de guérison. En effet, plusieurs études ont montré que le dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles (c'est le test Hemocult® qui est actuellement utilisé), réalisé tous les 2 ans, permet de réduire de 15 % la mortalité due à ce cancer. Sans oublier qu'un cancer

détecté plus précocement impliquera un traitement plus léger, préservant ainsi une meilleure qualité de vie pour le patient. Mieux encore, le dépistage permet aussi de détecter des lésions bénignes (polypes). En les enlevant, on peut éviter l'apparition ultérieure d'un cancer colorectal.

Le médecin traitant au centre du programme de dépistage

Depuis mars 2009, tous les hommes et toutes les femmes de 50 à 74 ans habitant en Wallonie et en Région de Bruxelles-Capitale reçoivent tous les deux ans par la poste une invitation à participer

gratuitement au programme de dépistage du cancer colorectal¹. Mais un courrier peut être facilement mis de côté et vite oublié face aux aléas de la vie quotidienne. Et quand une personne consulte son médecin pour une maladie ou une douleur, le dépistage est souvent bien loin des préoccupations du moment...

C'est pourquoi la Fondation contre le Cancer encourage les médecins traitants à en parler systématiquement avec tous leurs patients appartenant au groupe cible. « *La plupart des gens font confiance à leur médecin de famille pour veiller sur leur santé* », explique le docteur **Anne Boucquiau**, Manager prévention à la Fondation. « *Ils seront reconnaissants que leur médecin aborde la question du dépistage. L'idéal serait donc que chaque médecin adopte le 'réflexe dépistage' et pose systématiquement la question. Un réflexe qui permet de sauver des vies...* »

La campagne 'Le dépistage, parlons-en'

Dans le courant du mois de mars, environ 6000 médecins actifs en Fédération Wallonie-Bruxelles ont reçu un courrier de la Fondation contre le Cancer accompagné de brochures et d'une clé USB reprenant une courte vidéo d'appel à la mobilisation, ainsi que divers liens proposant des informations pratiques et scientifiques sur le cancer colorectal et son dépistage.

Pour plus d'informations sur le Programme de dépistage du cancer colorectal en Fédération Wallonie-Bruxelles : <http://www.cancerintestin.be> et <http://www.ccref.org>.

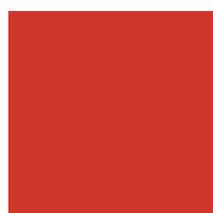
Fondation Contre le Cancer, chée de Louvain 479, 1030 Bruxelles. Internet : <http://www.cancer.be>

Sources

Plusieurs études ont montré que le dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles, réalisé tous les deux ans, permet de réduire de 15 % la mortalité due à ce cancer.

- Heresbach, Denis ; Manfredi, Sylvain ; D'Halluin, Pierre N. ; Bretagne, Jean-François ; Branger, Bernard - Review in depth and meta-analysis of controlled trials on colorectal cancer screening by faecal occult blood test - European Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2006
- http://journals.lww.com/eurojgh/Abstract/2006/04000/Review_in_depth_and_meta_analysis_of_controlled.18.aspx
- D'Élide Montesi, Diminuer la mortalité du cancer colorectal ; une nécessité, La Revue de la Médecine Générale, n° 260, pp 52-59, février 2009, d'après l'article original du Groupe de travail de la Communauté française sur le dépistage organisé du cancer colorectal

¹ Pour sa part, la Flandre ne propose pas (encore) systématiquement ce test à la population cible. Cela devrait être le cas à partir de 2014.



L'ambassadeur prévention

D^r Patrick Trefois, directeur scientifique Question Santé

Un projet pilote visant à améliorer l'information vers les médecins généralistes sur les programmes de prévention et de dépistage des cancers en Fédération Wallonie-Bruxelles vient de démarrer.

La Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), en partenariat avec l'asbl Question Santé, le Centre de dépistage des cancers et la société Quintiles, met en place un projet pilote « ambassadeur prévention ». Ce projet est soutenu par la Fédération Wallonie-Bruxelles qui souhaite améliorer le recours aux programmes de médecine préventive qu'elle met à la disposition de la population et des médecins. Pour l'implantation de programmes de prévention, la littérature scientifique a mis en évidence l'intérêt de rencontres d'information entre un visiteur médical et un médecin. Cette démarche permet de

sensibiliser le médecin, de lui transmettre des informations concrètes et pratiques sur le fonctionnement des programmes et d'individualiser les informations transmises en fonction des besoins spécifiques du médecin. Les programmes de prévention concernés par ce projet pilote sont ceux des dépistages du cancer colorectal et du sein, ainsi que la prévention du cancer du col de l'utérus (par vaccination et frottis de dépistage). Environ 250 médecins sont concernés par cette expérience ; chacun de ces médecins sera visité, moyennant son accord, par l'ambassadeur prévention à trois reprises

sur une période de 9 mois. L'ambassadeur pourra lui apporter une aide concrète et des informations sur les bénéfices que lui-même et ses patients peuvent retirer de ces programmes, ainsi que leurs limites. La première visite sera consacrée principalement au dépistage du cancer colorectal ; outre un rappel et un temps de discussion consacré au dépistage abordé précédemment, la deuxième visite abordera aussi la prévention du cancer du col de l'utérus (vaccination et dépistage) et la troisième visite le dépistage du cancer du sein. Les documents d'informations des programmes de dépistage de la Fédération

Wallonie-Bruxelles seront diffusés aux médecins lors de ces visites. Le projet a démarré au début de l'année par une formation de l'ambassadeur prévention, qui a commencé à rencontrer les médecins dès la fin de janvier 2013. Le territoire couvert par le projet est une partie du Hainaut reprenant des sub-régions de Mons-Borinage, du Centre et quelques autres communes à l'ouest de Charleroi. Ce territoire englobe par exemple les entités de Dour, Boussu, Frameries, Mons, Lens, Soignies, Le Rœulx, Seneffe, Courcelles, Fontaine-l'Éveque, Nalinnes, Thuin, Merbes-le-Château, Binche et La Louvière.

Suivi du projet

Une évaluation, dont les résultats seront disponibles début 2014, permettra de tirer les enseignements de cette initiative. Elle comprendra plusieurs volets :
Primo, une évaluation qualitative ex-ante et ex-post par enquêtes auprès des

médecins généralistes participant au projet pilote, comparés à deux groupes témoins composés chacun de 400 médecins généralistes. Un groupe témoin sera situé dans le même bassin que le groupe pilote, l'autre dans un autre bassin constitué par Liège et sa région. Un questionnaire d'enquête a été envoyé via la SSMG à ces 1100 médecins fin janvier 2013 et un second suivra en novembre de cette année. *Ensuite*, une évaluation concomitante (relevé de données qualitatives par l'ambassadeur prévention). L'ambassadeur prévention recueillera les freins et difficultés rencontrés dans leur pratique préventive par les médecins, ainsi que leurs suggestions d'amélioration de l'organisation des programmes et leur appréciation sur le projet pilote. *Et enfin*, une évaluation d'impact sur les comportements finaux (au départ du projet, après 5 mois, 10 mois et 13 mois). Cette évaluation comparera divers indicateurs,

avant, pendant et au terme du projet pilote, d'une part pour le groupe pilote et d'autre part pour chacun des deux groupes témoins :

- pour le dépistage du cancer colorectal, le nombre absolu de tests anonymisés (Hemoccult®) revenus pour analyse et pour le dépistage du cancer du sein, le nombre absolu de résultats anonymisés de mammotests pour lesquels les médecins du groupe pilote sont désignés comme référents ;
- le nombre de médecins désignés comme référents pour au moins un test Hemoccult® revenu pour analyse ;
- le nombre de médecins désignés comme référents pour au moins un mammotest réalisé.

À ces données s'ajoutera le nombre de tests Hemoccult® commandés par le médecin au Centre de référence des cancers. Des indicateurs sont également en cours de sélection pour la vaccination.

Outils

Dépistage du cancer du sein

Description de l'outil

Matériel

Une mallette pédagogique destinée à la promotion du dépistage du cancer du sein auprès de femmes en situation de vulnérabilité

- Cinq films de sensibilisation au dépistage : *T'as fait la mammo ?* (9 min.), *Le temps d'en parler* (20 min.), *Un mammo quoi ? Un mammotest !* (25 min.), *La troupe à François* (15 min.) et un DVD d'information en LSF (Langue des Signes Française) d'une durée de 11 min.
- Plaquettes d'information traduites en anglais, arabe, turc, roumain, russe, portugais, albanais, lingala, mandarin, serbe.
- Affiche pour mise en œuvre des ateliers

auprès du public cible.

- Quiz 'dépistage du cancer du sein'.
- Guide pédagogique d'aide à la mise en œuvre d'ateliers de sensibilisation.

Concept

Cette mallette pédagogique, créée pour des professionnels et/ou bénévoles d'associations souhaitant développer des actions de sensibilisation au dépistage organisé du cancer du sein en direction des femmes en situation de vulnérabilité, permet notamment d'engager avec elles de manière conviviale et ludique un échange autour de cette problématique.

Objectifs

- Proposer des outils facilitant l'appropriation de connaissances liées

au dépistage organisé du cancer du sein, afin d'inciter les femmes en situation de vulnérabilité à se faire dépister ;

- Permettre aux professionnels et/ou bénévoles d'associations de mettre en place leurs propres animations à l'aide des outils de la mallette, visant à faciliter la discussion avec le public cible ;
- Mettre à disposition du public une plaquette d'information sur le dépistage du cancer du sein traduite en 10 langues.

Conseils d'utilisation

L'objectif de cette mallette est de faciliter la mise en œuvre d'ateliers de sensibilisation au dépistage. Les différents supports présentés ne doivent pas faire écran entre l'animateur et le groupe. À l'animateur(trice) ensuite de l'utiliser

pour modifier, créer ou personnaliser ses propres supports d'animation.

Bon à savoir

Cette mallette a été réalisée dans le cadre d'un projet multi-partenarial de promotion du dépistage du cancer du sein initié en décembre 2008 par le Groupe Information et Promotion de la Santé de la CPAM de Nantes (Caisse Primaire d'Assurance Maladie).

Où trouver l'outil

Chez l'éditeur : CPAM de La Loire Atlantique, 9 rue Gaétan Rondeau, 44958 Nantes Cedex, France
Tél. : (00) 33 (0)2 51 88 89 54.
Courriel : angelique.cunot@cpam-loireatlantique.cnamts.fr
Les CLPS de Liège et Bruxelles peuvent vous prêter cet outil.

L'avis de PIPSa (www.pipsa.be)

Appréciation globale

Cet outil présente le programme français de dépistage du cancer du sein par mammothest. De nombreux éléments dans son contenu concourent à induire une représentation positive du mammothest : absence d'émotions négatives ; discours

professionnel simple, juste et respectueux ; nombreux témoignages de personnes issues de milieux de vie différents.

L'outil peut donner des idées pour sensibiliser les femmes, là où elles vivent et travaillent. Il permet de sensibiliser des publics féminins diversifiés – d'abord multiculturels mais aussi populaires – dans divers milieux d'intervention, y compris le milieu de travail. Il présente des femmes dans des contextes de vie très différents et permet l'identification en les présentant dans leur réalité, en-dehors de l'image du « beau » corps.

Les séquences filmées expliquent clairement et positivement le programme de dépistage. L'animateur doit cependant effectuer une sélection parmi les séquences sous peine de redondance d'informations.

Le guide d'accompagnement propose des activités simples, basiques et très cohérentes avec le thème (notamment des pistes pour aborder les appréhensions et les peurs). Il n'apporte toutefois pas d'idées concrètes pour un suivi de projet.

Le quiz permet de rencontrer le public dans d'autres conditions (salons, animations courtes). Le DVD en langue des signes est intéressant dans son initiative mais reste trop scolaire et est centré sur le programme français.

L'outil aborde aussi – trop rapidement – le cancer du col. L'information reste lacunaire et – à nouveau – inadaptée au contexte belge.

Objectifs

Pour le public bénéficiaire : identifier les représentations et les freins liés au dépistage du cancer du sein ; augmenter ses connaissances relatives au dépistage et au programme, notamment pour les femmes en situation de vulnérabilité.
Pour les animateurs-relais : identifier les différentes étapes de la mise en place d'un projet ; découvrir des pistes d'animation.

Public cible

Tout public, y compris multiculturel.
Le promoteur l'a conçu pour le public en situation de vulnérabilité mais il s'adapte à tous les publics.

Utilisation conseillée

Sélectionner les séquences.
Intégrer dans un processus : recueil des représentations, croyances, savoirs sur le programme de dépistage (utilisation du quiz fourni) ; visionnement du film ou de parties de film ; synthèse-debriefing (identification des freins et des leviers).
Adapter les informations au contexte belge : voir le site www.lemammothest.be

Données

Le Baromètre social bruxellois 2012

Le Baromètre social rassemble chaque année une série d'indicateurs qui éclairent différents aspects de la pauvreté en Région bruxelloise.

On suit la situation socio-économique des Bruxellois et dans la mesure du possible, on calcule les indicateurs de pauvreté élaborés dans le cadre de la *méthode ouverte de coordination en matière de protection et d'inclusion sociale* de l'Union européenne. Le Baromètre n'a pas pour objectif d'évaluer l'impact direct des politiques sur la pauvreté mais il permet de tracer le contexte global

dans lequel se développent ces politiques et les défis auxquels elles doivent faire face.

Quelques chiffres

Plus d'un quart des Bruxellois (28,3 %) doivent vivre avec un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté. Un quart des bébés bruxellois (24,0 %) naissent dans un ménage sans revenu du travail, un quart

des enfants de moins de 18 ans (26,5 %) grandissent dans ces conditions. Un Bruxellois sur cinq disponible sur le marché du travail est au chômage ; le taux de chômage des jeunes de moins de 25 ans atteint 31,2 %. Un cinquième de la population active bruxelloise (18-64 ans) et 18 % des jeunes adultes bruxellois (18-24 ans) dépendent d'un revenu de



remplacement ou de l'aide sociale. Un peu moins d'un jeune adulte sur dix (9,1 %) bénéficie d'un revenu d'intégration sociale pour 4,9 % de la population bruxelloise en âge de travailler. Environ une personne âgée sur 10 (9,3 %) bénéficie de la GRAPA¹. En Région bruxelloise, un jeune garçon sur cinq et une jeune fille sur six ont quitté prématurément l'école sans diplôme de l'enseignement secondaire supérieur. Ces jeunes ont beaucoup de difficultés à s'insérer sur le marché du travail ; un tiers de ces jeunes Bruxellois peu qualifiés ont un emploi. Parmi les Bruxellois de 25 à 34 ans, la proportion de personnes peu qualifiées est d'un cinquième. Le coût élevé du logement pèse lourdement sur le budget disponible des ménages bruxellois. Le nombre croissant de familles sur liste d'attente pour un logement social implique que le déficit en logements sociaux continue d'augmenter et atteint 79,2 % en 2011.

Inégalités sociales

Les communes pauvres du nord-ouest de la région sont particulièrement confrontées aux défis concernant la pauvreté.

Les besoins en termes de travail et aide sociale pèsent donc principalement sur les communes qui ont déjà un grand nombre d'habitants en difficulté.

17,7 % des élèves bruxellois en première année de l'enseignement secondaire ont déjà accumulé au moins deux ans de retard. Cette proportion dépasse les 20 % dans les communes les plus pauvres, la plus haute étant observée parmi les élèves résidant à Saint-Josse-ten-Noode. Parmi

les élèves résidant dans les communes à statut socio-économique élevé par contre, cette proportion est autour de 10 %, avec un taux de 7,4 % à Auderghem. Le statut social est le déterminant le plus puissant de l'état de santé. La grande hétérogénéité sociale qui caractérise la Région bruxelloise se reflète dans d'importantes inégalités sociales de santé. Tant le risque de mortalité et le risque de mourir au cours de la première année de vie que le risque de mortalité prématurée (avant 65 ans) augmentent à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale. En ce qui concerne l'accès à la prévention, on constate que malgré le fait que la participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein est gratuite, la proportion de femmes examinées est plus élevée dans les communes à statut socio-économique élevé.

Quelques évolutions... pas toujours faciles à saisir

Il n'est pas toujours évident non seulement de mesurer l'évolution de la pauvreté (notamment à court terme) mais également d'interpréter les variations de ces mesures. Pour certains indicateurs, les données disponibles ne permettent pas de comparer avec les années antérieures (disponibilité ou précision des données, changement de définitions...). Par ailleurs, une augmentation peut par exemple refléter un meilleur accès aux droits sociaux plutôt qu'une réelle augmentation des personnes en difficulté. Enfin, l'évolution de la situation socio-économique des Bruxellois doit être

interprétée à la lumière des mouvements migratoires, du rajeunissement et de l'internationalisation continue de la population ainsi que de la conjoncture économique globale.

L'évolution démographique de la Région bruxelloise implique que les défis dans le domaine de la pauvreté s'accroissent. En parallèle avec la forte augmentation de la population active, Bruxelles reste confrontée à une augmentation structurelle du nombre de demandeurs d'emploi inoccupés, cependant à un rythme plus faible ces derniers mois. Après une forte augmentation entre 2009 et 2010, en pleine période de crise économique, du nombre de Bruxellois bénéficiant d'une allocation de chômage (+11,2 % pour les 18-64 ans, +11,6 % pour les 18-24 ans), ce nombre a diminué entre 2010 et 2011, en particulier chez les jeunes adultes (-3,2 % pour les 18-64 ans, -8,4 % pour les 18-24 ans). Cette évolution ne peut cependant pas être dissociée de l'augmentation du nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale. La population active a augmenté de 3,0 % entre 2010 et 2011, le nombre de bénéficiaires de 18 à 64 ans d'un revenu d'intégration sociale du CPAS a lui augmenté de 10,3 % dans la même période. Le nombre de jeunes adultes a augmenté de 3,7 %, le nombre de jeunes adultes bénéficiant d'un revenu d'intégration sociale de 8,9 %. La population des plus de 65 ans est restée relativement stable (+0,3 %) alors que la population de cet âge bénéficiant de la GRAPA a augmenté de 6,8 %. Au total, le nombre de Bruxellois qui bénéficient d'un revenu de remplacement ou de l'aide sociale a légèrement diminué entre 2010 et 2011 (de 21,0 % à 20,5 % parmi la population active bruxelloise, de 18,8 % à 18,0 % parmi les jeunes adultes). En 2011, un quart de la population bruxelloise (24,2 %) a droit à l'intervention majorée pour soins de santé (titulaire ou personne à charge). Le nombre de bénéficiaires augmente annuellement, ce qui s'explique en partie par l'extension des droits à de nouvelles catégories de personnes. Ainsi avec l'introduction du statut OMNIO en

¹ La GRAPA, Garantie de revenus aux personnes âgées, est un dispositif d'aide financière pour les personnes âgées qui ne disposent pas de moyens suffisants. La GRAPA peut être octroyée dès l'âge de 65 ans. Pour en bénéficier, il faut habiter effectivement en Belgique.

2007², le droit a été étendu aux familles à faible revenu, familles qui ne pouvaient en bénéficier auparavant. La croissance importante du nombre de bénéficiaires OMNIO traduit certainement tout d'abord un meilleur recours au statut. La situation de cet indicateur reflète donc maintenant de manière plus fidèle le nombre de Bruxellois en difficulté financière.

Mobilité sociale

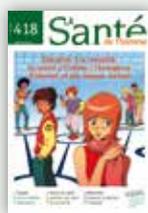
Pour parfaire l'analyse (de l'évolution) de la pauvreté à Bruxelles, il manque cependant des informations quant à la mobilité sociale dans la région. La combinaison de différents

indicateurs indique que la pauvreté reste à un niveau relativement stable dans la région. De nombreux intervenants de terrain sont confrontés à cette réalité : en dépit de l'important travail effectué, les indicateurs de pauvreté ne baissent pas. La mesure régulière de ces indicateurs ne permet pas de déterminer dans quelle mesure l'afflux continu de nouveaux résidents en situation de vulnérabilité s'accompagne d'une mobilité sociale ascendante pour une partie de la population. Plusieurs études en cours vont tenter de répondre à cette question. Par ailleurs, l'élaboration d'une stratégie d'évaluation est une des priorités du Plan

d'action de lutte contre la pauvreté : des critères et indicateurs permettant de mesurer l'impact des politiques sur la pauvreté y seront développés.

Référence : *Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles-Capitale (2012). Baromètre social 2012. Bruxelles : Commission communautaire commune. Document téléchargeable à l'adresse http://www.observatbru.be/documents/graphics/rapport-pauvrete/rapport-pauvrete-2012/barometre_social_2012.pdf?lang=fr. La version imprimée peut être commandée à observat@ccc.irisnet.be*

² Le statut OMNIO permet aux ménages qui sont dans des conditions de revenus faibles de pouvoir bénéficier d'un tarif préférentiel (intervention majorée) dans le remboursement de leurs soins de santé.



LA Santé de l'homme

La Santé de l'homme n° 418 – mars-avril 2012

Enquête

Maladie d'Alzheimer : enquête sur les connaissances, opinions et comportements des Français, *Christophe Léon, Carmen Kreft-Jais, Alice Breining, François Beck*
« Les signes de la maladie d'Alzheimer, notamment les plus précoces, restent encore méconnus de la population » entretien avec *Marc Verny*

Qualité de vie

« J'accompagne les patients, pour restaurer leurs droits et leur dignité » entretien avec *Élisabeth Pénide*

Dossier. Éducation à la sexualité, du social à l'intime : l'émergence d'Internet et des réseaux sociaux

Introduction, *Anne Laurent-Becq, Bruno Housseau*

Usages d'Internet et représentations de la sexualité chez les jeunes : quels liens ?
Virginie De Luca Barrusse

Internet pour s'informer sur la sexualité : entre la vie des autres et les normes sociales,
Yaëlle Amsellem-Mainguy

Les ados et le porno : analyse d'une controverse,
Florian Voros

Internet et sexualité des adolescents : comprendre leurs rituels d'interactions et de séduction,

Jocelyn Lachance

L'intime par le social : les adolescents et les NTIC,
Philippe Liotard

Face au parcours de leur enfant dans la sexualité, le rôle des parents, *Serge Lesourd*

Internet, réseaux sociaux : une nouvelle donne pour les formateurs, *Chantal Picod*

Fil santé jeunes : « Internet, une autre façon de communiquer », *Denis Dangaix*

« Partir de la parole », entretien avec *Marie-Pierre Martinet*

« Les réseaux sociaux peuvent entretenir une confusion entre l'intime et ce qui relève du public », entretien avec *Françoise Guerras*

« Développer le sens critique des jeunes », entretien avec *Valérie Villain*

« Garder les bénéfices relationnels, tout en limitant les risques », entretien avec *Agnès Sztal*

Éducation à la vie affective et sexuelle : Adosen
Prévention santé organise actions et formations,
Anne-Laurent Becq

Internet, réseaux sociaux : dans l'Eure, une éducation à la prudence pour les jeunes,
Brigitte Larson-Languépin, Nadia Ameziane

« Le risque de se conformer au modèle de l'homme performant et de la femme soumise », entretien

avec *Yasmine Thai*

Prévention, vie affective et sexuelle : l'information passe aussi par les réseaux sociaux, *Lucile Bluzat*
Pour en savoir plus, *Laetitia Haroutunian*

Qualité de vie

Être mère avant 21 ans : quel impact sur l'insertion économique et sociale ? *Valérie Desmartin-Belarbi, Florence Perret*

Cinésanté

17 filles : enceintes à 17 ans... un choix rêvé ?
Michel Condé

Lectures

Sandra Kerzanet

Tout nouveau numéro de *La Santé de l'Homme* est intégralement accessible sur Internet dès sa parution, à partir du site de l'Inpes : www.inpes.sante.fr
Vous y trouverez aussi une présentation de la revue, les sommaires et index des numéros depuis 1999 et l'intégralité des articles publiés depuis 2000 (numéro 345).

Si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, le moteur de recherche du site de l'INPES vous permet de trouver instantanément les articles de *La Santé de l'homme* et d'autres documents traitant de cette thématique.



Sommaire

Initiatives

- 2 www.preventionsuicide.info est né.
Allez vite le découvrir! par *Colette Barbier*
Le portail de la prévention du suicide de la Fédération Wallonie-Bruxelles a été réalisé par l'asbl Éduca Santé, en collaboration avec le Centre de Prévention du Suicide et *Un Pass dans l'Impasse*. Il est le fruit de longues années de réflexion et a pu être conçu après un combat difficile.
- 5 Prévenir le suicide: coup d'œil sur quelques stratégies québécoises, par *Pascale Dupuis*
Le Québec a longtemps été montré du doigt comme l'un des champions du suicide dans le monde. En 1999, triste année record, 1620 personnes se sont suicidées au Québec. Dix ans plus tard, on comptait 1146 suicides, soit 474 de moins.
- 8 L'implantation de la vaccination contre le papillomavirus en PSE, par *Marie-Christine Miermans, Béatrice Swennen et Axelle Vermeeren*
Introduire la vaccination contre le papillomavirus (HPV) dans les pratiques des services/centres de santé scolaire (dits PSE) requiert de réunir, au sein du programme de vaccination, un certain nombre de conditions d'ordre scientifique, politique, administratif et organisationnel. Cela nécessite également de mobiliser les professionnels et de prendre en compte leurs représentations et difficultés d'adhésion.
- 13 Communication et santé: l'expertise québécoise, par *Véronique Janzyk*
Lise Renaud et Monique Caron-Bouchard du Centre de recherche sur la communication et la santé de l'Université de Québec à Montréal étaient récemment invitées à un partage d'expériences à l'Observatoire de la Santé du Hainaut. L'occasion de mesurer l'ampleur des travaux de ce centre universitaire.
- 14 Une nouvelle dynamique pour le dépistage du cancer colorectal? par la *Fondation Contre le Cancer*
Effectuer un test de dépistage tous les deux ans permet de réduire de 15 % la mortalité due au cancer colorectal. Quatre ans après son lancement, le programme de dépistage organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles affiche un taux de participation encore trop faible : à peine 8 % des personnes invitées font réellement le test.
- 15 L'ambassadeur prévention, par *Patrick Trefois*
Un projet pilote visant à améliorer l'information vers les médecins généralistes sur les programmes de prévention et de dépistage des cancers en Fédération Wallonie-Bruxelles vient de démarrer.

Outils

- 16 Dépistage du cancer du sein

Données

- 17 Le *Baromètre social* bruxellois 2012
Le Baromètre social rassemble chaque année une série d'indicateurs qui éclairent différents aspects de la pauvreté en Région bruxelloise.

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, Pascale Dupuis, la Fondation Contre le Cancer, Véronique Janzyk, Marie-Christine Miermans, Béatrice Swennen, Patrick Trefois, Axelle Vermeeren.

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).

Réseaux sociaux: Carole Feulien (carole.feulien@yahoo.fr).

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, Vladimir Martens, 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



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

