



## Table des matières

- [Editorial de NGO BEBE, Président](#)
- [Pour une promotion durable de la santé](#)
- [Le RÉFIPS ou la construction de compétences partagées](#)
- [En provenance des sections](#)
- [Sur la piste de nos grands prix](#)
- [Publication et outils](#)

## Editorial de NGO BEBE

### La santé pour tous au 21<sup>e</sup> siècle consacre l'approche siècle consacre l'approche de la promotion de la santé

Par Dosithée NGO BEBE, Président

Le développement sanitaire mondial dans le dernier quart du 20<sup>e</sup> siècle a été marqué par la proclamation de la santé pour tous (SPT) par l'OMS en 1997 et l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires (SSP) à Alma-Ata en 1978. Dans la foulée de la recherche des approches efficaces pour l'action visant l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000, la première Conférence Internationale pour la promotion de la santé s'est réunie à Ottawa en 1986 et a défini la charte pour la promotion de la santé. Cette charte a consacré une ouverture à l'action intersectorielle et a préconisé la réorientation des services de santé qui a abouti au mouvement généralisé des réformes des systèmes de santé dans la plupart des pays du monde.

Avec l'entrée du monde dans le 21<sup>e</sup> siècle, l'Assemblée mondiale de la santé de l'OMS a invité les États membres à actualiser la politique de la santé pour tous. Elle propose une vision du développement sanitaire à l'horizon 2020 avec le renforcement de l'action de la promotion de la santé pour soutenir ses valeurs, ses principes et ses orientations stratégiques ainsi que son cadre de mise en oeuvre.

Sur le plan des valeurs et principes, cette vision s'articule autour de : la solidarité, fondée sur les principes du partenariat, de la transparence, de la tolérance, de l'intégrité et du partage des responsabilités avec les communautés;

l'équité, basée sur le principe de la disponibilité et de l'accès universel aux soins de santé essentiels;

l'éthique, fondée sur le respect de la dignité humaine et du principe selon lequel toutes les populations doivent bénéficier des progrès accomplis à l'échelle mondiale; l'identité culturelle, basée sur la reconnaissance des valeurs et traditions locales favorables à la santé et sur le respect de la spécificité des conditions de chaque pays;

l'égalité des sexes, en veillant à l'équité entre l'homme et la femme dans la prise de décision et l'utilisation des services de santé.

Partant de ces valeurs et principes, on peut constater que la réalisation de cette vision permettra aux individus de vivre plus dignement et plus longtemps dans un environnement meilleur et plus salubre.

De même, elle est le champ d'action de multiples acteurs dont les interventions et les comportements sont de plus en plus déterminants pour le développement des systèmes de santé et la promotion de la santé. L'État devrait jouer un rôle directeur pour assurer aux populations, en particulier aux groupes démunis et marginalisés, un maximum d'avantages au plan sanitaire. Chaque individu joue un rôle primordial dans la promotion de sa propre santé. Sur le plan collectif, la famille constitue un espace d'éducation et d'expression de la solidarité. Le rôle de la femme s'affirme comme essentiel. Les praticiens de la santé aussi bien modernes que traditionnels, les communicateurs et les éducateurs apparaissent de plus en plus comme puissants alliés de l'action sanitaire.

Les autres acteurs importants sont les institutions de formation, les organismes de recherche, les associations et groupements professionnels, les compagnies d'assurance et les organismes de financement de la santé, les ONG, les collectivités locales et les organismes de coopération bilatérale et multilatérale. Tous ces individus et institutions ont un rôle à jouer dans l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des politiques sanitaires.

Au regard des contenus développés à partir des valeurs, des principes, des orientations stratégiques et du cadre de la mise en oeuvre de la nouvelle vision du développement sanitaire, il apparaît clairement que les éléments fondamentaux de la charte de la promotion de la santé constituent l'ossature de cette vision.

Les nouveaux défis de la promotion de la santé relevés lors de la 4<sup>e</sup> Conférence internationale sur la promotion de la santé en 1997 sont pris en compte, avec la pensée mondiale sur les questions liées aux rapports entre la pauvreté et la santé, et au rôle de la santé dans le développement humain.

Cette vision attire donc plus que jamais l'attention sur le fait que la santé va au-delà du secteur sanitaire et est l'affaire de tous et de chacun.  
N'est-ce pas ce que défend l'approche de l'intervention en promotion de la santé?

---

## **Pour une promotion durable de la santé**

### *Philippe Lorenzo*

Le recueil des données et l'analyse statistique ne sont pas une finalité en eux-mêmes. Il s'agit d'une étape préalable qui n'a d'autre sens, à partir des données analysées, que de pouvoir mobiliser les acteurs de santé publique et organiser les actions d'éducation pour la santé sur le terrain. Il s'agit aussi d'une étape finale d'évaluation d'actions menées capable à la fois de dresser un bilan et d'être force de proposition.

Dans sa formulation complète, Sant'Aisne allie recherche épidémiologique préalable et actions d'éducation pour la santé dans une perspective de modification des comportements. C'est à l'ors que revient le recueil des données, aux autres partenaires institutionnels et associatifs les actions de santé de terrain.

### **Le modèle écologique**

La modification de la qualité de vie passe par des changements générés tant au niveau des comportements que des changements au niveau de l'environnement physique et social. Cette modification exige la participation de tous les acteurs de terrain, prenant appui, par exemple, sur un modèle théorique comme le modèle PRECEDE/PROCEED (1), le plus connu et utilisé à l'heure actuelle. Lise Renaud, membre du Réseau santé du cœur en francophonie a adapté à la francophonie le modèle PRECEDE/PROCEED dont l'un des intérêts premiers est qu'il : "(...) part du principe que la santé et la qualité de vie sont deux éléments intimement liés. Il repose aussi sur le postulat que la santé est déterminée par des conditions multiples qui interagissent les unes avec les autres (...)" (Renaud, 1998). Omar Brix et Jacques A. Bury tout en remarquant que l'originalité de ce modèle est aussi : "d'élargir le diagnostic environnemental à celui des modes de vie des individus", soulignent cependant que ce type de modèle : "(...) a les défauts des

schémas de planification prédéterminée et linéaire qui ne résistent pas à l'épreuve du réel", avec la caractéristique d'être "directif" et "volontariste" (Brix, Bury, 1999).

Quoi qu'il en soit, ce modèle propose de fonder une démarche cohérente en promotion de la santé en quatre phases interreliées : planification du programme, implantation, évaluation et maintien (2), dont pourrait s'inspirer la démarche d'actions de santé initiée par Sant' Aisne.

Une autre source d'inspiration à la mise en place d'actions en promotion pour la santé est celle du modèle écologique(3) développé par Lise Renaud et Nicole Beaudet, modèle opératoire issu de la Charte d'Ottawa de la promotion de la santé (1986) et de la réunion de Djakarta sur ce qu'on pourrait appeler l'intersectorialité (1988), qui permet de recenser les points d'ancrage, à quelque niveau qu'ils soient, sur lesquels doit se baser toute action en santé publique. Il permet ainsi de saisir la diversité des facteurs associés à la santé et au bien-être des jeunes.

Comme le montre le schéma ci-dessus, la finalité du modèle écologique, le bénéficiaire final à atteindre est l'individu. Les caractéristiques individuelles y occupent une place centrale autour de laquelle s'agrègent deux systèmes.

En prenant l'exemple de Sant'Aisne, nous avons :

- **un microsystème** : milieux de vie (environnement physique) et réseaux d'appartenance (environnement social : école, amis...) ;
- **un exosystème** : environnement global (institutions constituant les structures économiques et sociales dans lesquelles évolue l'élève).

Chacune de ces strates peut être considérée comme un système ouvert, en interaction et en interdépendance avec d'autres systèmes (Cahier de promotion de la santé, 1988). Ainsi, la santé et le bien-être de l'enfant résultent d'interrelations complexes entre des facteurs biolo-giques, psychologiques et contextuels ; encore faut-il souligner que ces facteurs sont en évolution constante.

Les stratégies utilisées dans cette approche écologique (approche globale) en termes d'actions de santé sont :

- le renforcement du potentiel individuel, tant de la cible finale que du réseau d'appartenance;
- l'aménagement du milieu de vie ;
- l'influence sur les individus ou la communauté.

Ce modèle, à la fois pragmatique et puisant largement dans la réflexion théorique, est opérationnel en ce qu'il permet à chaque partenaire de situer son action en fonction d'un des niveaux d'action et lui permet, en conséquence, de voir son action propre s'insérer dans un système global cohérent. Cette vision commune est apte ainsi à générer une synergie entre les acteurs.

On remarquera à juste titre que ce modèle ne se limite pas à la seule sphère individuelle mais entend intervenir dans tous les domaines, y compris ceux les moins faciles d'accès pour des acteurs de santé publique, l'environnement global par exemple, emboîtant le pas à un Jonathan Mann dénonçant "le mythe de la santé publique" : "La santé publique est envahie par une croyance dans la capacité de transformation du caractère individuel. Cette fixation sur l'individu en matière de santé publique est presque inconsciemment soutenue par la méthodologie épidémiologique traditionnelle - qui présuppose que les comportements à risque et les facteurs de risque seront généralement identifiés au niveau individuel - et par l'acceptation diffuse et inexprimée au sein de la santé publique du modèle individualiste des croyances en matières de santé (*Health Belief Model*) et de ses dérivés comme conceptualisation dominante des comportements en rapport avec la santé" (Mann, 1998). Autrement dit, l'individu n'est pas la seule porte d'entrée, ni même peut-être la plus pertinente, pour mener des actions de santé. Cela fait écho bien entendu aux analyses d'un Pierre Bourdieu avec les notions d'habitus et de champ social. Les comportements des individus, y compris de santé, seraient déterminés ("prédestinés") par la position des individus dans la structure sociale. En santé, cela s'est marqué par la mise en évidence d'un gradient social (Wilkinson, Marmot, 1998). On ne peut nier cet état des

choses, et, à leur niveau, les résultats de Sant'Aisne, ou ceux de l'Observatoire de la santé du Hainaut, montrent combien cette place occupée dans la société peut être discriminante : les individus appartenant aux classes les plus défavorisées sont ceux qui cumulent le plus de handicaps.

Un des débats qui structurent la santé publique est ainsi largement polarisé par cette opposition individu/société, débat dont les soubassements théoriques prennent pied à la fois dans le champ médico-sanitaire et dans le champ des sciences sociales.

Pour "surmonter cette inertie paradoxale face aux déterminants sociétaux de la santé publique", Jonathan Mann propose comme levier d'action le rapprochement de la santé publique et des droits de la personne selon trois axes : retentissements potentiels des politiques, pratiques et programmes de santé publique sur le droit des personnes, conséquences négatives directes sur la santé des personnes victimes d'atteintes à leurs droits, et enfin indissociabilité de la promotion et de la protection des droits de la personne et de la promotion et de la protection de la santé.

Ces perspectives ouvrent, il est vrai, de vastes horizons pour la santé publique, recentrant le débat autour de l'éthique individuelle. Jonathan Mann évoquait ainsi que le "renforcement des droits de la personne comme partie intégrante des politiques en matière de population ne dévalue pas les approches traditionnelles ; plutôt, il souligne qu'en l'absence d'attention aux prérequis du niveau sociétal - définies comme les questions relatives aux droits de la personne - de tels programmes demeureraient de façon inhérente limités et inadaptés.

"En ayant ainsi défini les conditions sociétales, la santé publique peut agir - en travaillant directement pour promouvoir les droits de la personne - à travers de nombreuses formes de défense, de recueil de données et d'analyse, de développement de politiques et d'organisation communautaire" (Mann, 1998).

Il semble difficile de ne pas s'inscrire dans un tel projet. De notre côté, cependant, nous proposons de développer d'autres voies, complémentaires, propices aussi à l'intervention au niveau sociétal, communautaire ou encore individuel : la mobilisation sociale et la promotion durable de la santé.

### **La mobilisation sociale : pour une production locale de santé**

La mobilisation sociale est l'un des concepts montants de la santé publique. Il sera au cœur des 5es rencontres du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Refips) à Marrakech (Maroc) en octobre 2000. Dosithée Ngo Bebe, président du Refips, la définit comme étant : "un processus qui consiste à impliquer et à faire participer toutes les forces vives d'une société, identifiées comme partenaires et acteurs, pour la réalisation d'un objectif de développement. Ce partenariat est à établir notamment entre les institutions publiques, les groupes sociaux organisés, les mouvements associatifs, les réseaux communautaires et toutes autres forces sociales." (NGO BEBE, 1999).

C'est à cette mobilisation sociale que nous avons tenté d'œuvrer en lançant avec nos partenaires loco-régionaux Sant'Aisne. Nous n'allons pas insister sur ce point, introduit par Alain Trugeon et largement débattu par les partenaires réunis lors du colloque. Développons cependant les deux notions-clés pour nous de cette mobilisation sociale : la transaction sociale et le transfert de l'information.

Dans son avant-propos, Odile Kremp a souligné l'hétérogénéité de la réalisation de l'enquête de terrain en fonction des réalités locales. Cependant, l'originalité et l'intérêt incontestables du programme Sant'Aisne, cela est tout aussi vrai pour les autres équipes engagées, est de pouvoir à la fois se positionner dans le global (Réseau santé du cœur en francophonie) et dans le local (département de l'Aisne). Il ne s'agit pas d'énoncer une dichotomie entre deux espaces discontinus, si ce n'est hiérarchisés, mais de mettre en évidence la complémentarité qu'ils offrent à l'action de terrain. Ce Penser global, agir local, mot d'ordre du RÉFIPS, a permis à la fois de sauvegarder la cohérence d'une démarche multicentrique et de négocier localement la participation des partenaires.

Le comité scientifique de pilotage qui a été constitué dans l'Aisne autour de l'enquête n'est pas un réseau de partenaires. Peut-être y arriverons-nous un jour si tant est que cela soit souhaité/souhaitable. Il reste bien acquis que le travail en réseau est une modalité de travail et non une finalité en soi. Ainsi, dans ce type de relations, on peut supposer comme acquise l'existence d'un consensus a priori sur les modalités de travail en commun et sur la place de chacun à l'intérieur du réseau, qui ne souffre guère d'être remise en cause.

Dans le cas présent, rien n'était a priori construit. La mobilisation sociale est passée auparavant par la transaction sociale, au sens où la définit Gérard Vautrin : "(...) comme le processus d'une recherche de solutions, mais aussi comme le résultat issu des compromis et ce qui en dépend pour les acteurs." (Vautrin, 1991). De son côté, Liliane Voyé rappelle que la transaction sociale : "suppose un objet commun d'enjeu autour duquel se rencontrent et s'opposent non seulement les intérêts des divers acteurs concernés, mais aussi les images, les représentations qu'ils se font de leurs intérêts." (Voyé, 1991).

Il est clair que nous n'avons pas proposé Sant'Aisne dans un désert d'actions. L'espace local était déjà structuré autour d'enjeux de santé publique définis par les institutions et associations vers lesquelles nous nous sommes tournés dès 1995, en l'absence de la définition de priorités de santé (définies lors de la conférence régionale de santé de juin 1996) ou de programmes régionaux de santé (1996). Nombre des actions de terrain recoupaient déjà celles qui découleraient de l'enquête épidémiologique (tabac, nutrition, maladies cardio-vasculaires...) La transaction et la mobilisation sociale ont porté sur la plus-value apportée par le recueil de données : l'aide à la décision et à la planification par l'analyse des besoins de santé et la mise à disposition d'un système d'information et d'une banque de données.

La mobilisation sociale, par la transaction sociale, implique donc l'intersectorialité et permet la création d'un "système d'acteurs locaux" (gros médiation santé, 1996), plus que d'un réseau. L'histoire de la santé publique a isolé l'observation de l'éducation à la santé. Certes les raisons peuvent en être légitimes et il n'est pas de propos de les discuter ici. Mais le rapprochement d'intérêts entre l'observation et l'éducation pour la santé est plus que jamais d'actualité. Dans son introduction à *Les figures urbaines de la santé*, Didier Fassin résume bien cette nécessité de travailler ensemble : "Moins peut-être que l'existence de nouveaux agents, ce qui caractérise la santé publique locale (urbaine), c'est le développement de nouveaux modes de relations entre les agents" (souligné par l'auteur), et, ajoute-t-il, "C'est surtout dans les relations qu'ils nouent entre eux que réside l'innovation sociale" (Fassin, 1998). C'est ce que soulignai t un an auparavant la déclaration de Djakarta : "La promotion de la santé requiert des partenariats pour la santé et le développement social entre les différents secteurs à tous les niveaux de gouvernement et de la société" (traduit par nous).

Illustré au plan municipal, cela est applicable bien entendu à un niveau territorial plus large, comme le département ou la région. La région, au sens administratif français, semble d'ailleurs être le niveau géographique au-delà duquel la mobilisation sociale risque d'être impossible. Dans une réponse à un article de Gilles Savary dans *Pouvoirs*, Jean-Louis Guigou indique avec raison que : "(...) les territoires communaux et départementaux institués en 1789 et complétés depuis par des regroupements de départements institués en régions, pour la plupart artificielles, ne correspondent plus au cadre géographique de l'existence quotidienne des habitants ni ne leur permettent de contrôler les réseaux transnationaux de leurs activités.

L'analyse des réalités a conduit divers observateurs à cette évidence que les territoires réels d'aujourd'hui s'identifient à l'aide des notions de bassins de vie, de bassin d'emploi et de réseaux et non plus par addition et regroupement multicritère et multiforme de territoires anciennement institués (...)" (Guigou, 1999).

C'est donc plutôt dans ces territoires loco-régionaux que la mobilisation sociale a le plus de chances d'être vecteur d'une production de santé à échelle humaine, à la fois dans la planification, l'observation et l'action. L'implication des acteurs locaux et de la communauté y semble à la fois plus facile et plus pertinente. Cela nécessite, par

ailleurs, d'adapter un outil statistique peu performant en deçà d'une certaine masse critique de population, atteinte par exemple, selon les indicateurs, avec le secteur sanitaire ou le canton. Le local est une bonne échelle si ce n'est d'observation, du moins de mobilisation. La récente restructuration du programme régional de santé picard Lutte contre les maladies cardio-vasculaires et son inscription au niveau du secteur sanitaire en est une bonne illustration tout comme la publication "La santé observée par secteurs sanitaires" réalisé par l'ors Picardie pour l'agence régionale de l'hospitalisation de Picardie dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

Encore ne faut-il pas se laisser piéger par l'attrait du local : "(...) le danger est grand de se replier sur un pragmatisme local limitant son efficacité à un territoire déterminé et se désintéressant de ce qui se passe en dehors" (Perrotin, 1999). Encore un fois, c'est l'éthique qui vient en rempart devant de telles postures extrêmes et la nécessaire inscription de l'action locale dans une pensée globale qui lui donne sens.

## **Le RÉFIPS ou la construction de compétences partagées**

*Par Charles Azuelos, Quimperlé, France*

*Participant à l'atelier de Montréal-RÉFIPS 2000*

L'atelier de formation de l'été 2000 du RÉFIPS m'a semblé avoir pour objectifs partagés la rencontre et l'élaboration d'un document sur l'approche dite « globale » à partir de nos pratiques de terrain. Mon exercice libéral et rural en allergologie se heurte parfois aux difficultés de la gestion sociale du risque allergique alimentaire. Être médecin, c'est être aussi médiateur. La diversité des cultures, des expériences et des opinions des participants a amené à centrer une partie de notre travail sur : **l'analyse des logiques de la démarche participative.** Pour être pertinente, cette démarche nécessiterait un lieu de rencontre pour la confrontation des idées des logiques et des enjeux, entre les individus. Donner du sens à la démarche participative et à l'empowerment a fait appel aux réalités francophones et anglophones : quel paradoxe !

Les enseignements que j'en ai retenus :

- La gestion sociale d'un risque est complexe et nécessite la construction de compétences partagées : nous décidons, nous agissons. De retour de Montréal, ma démarche a été de tenter de relier entre eux les différents réseaux de compétence oeuvrant en santé rurale, auxquels j'appartiens.
- grâce aux ateliers organisés, j'ai mieux compris le rôle de l'analyse des projets de promotion de la santé à travers de prismes sociétaux : parentalité, citoyenneté, ruralité, etc.

## **Sur la piste de nos Grands Prix.**

### **Le système expert d'incitation et d'aide à l'arrêt du tabagisme**

" Avez-vous fumé au moins une cigarette pendant les sept derniers jours ? "

" Utilisez-vous actuellement un produit pharmaceutique contenant de la nicotine ? "

" Êtes-vous sûr de pouvoir vous abstenir quand vous êtes angoissé(e) ? "

" Avez-vous parlé autour de vous de votre intention d'arrêter de fumer ? "

" Est-ce la première fois que vous répondez à ce questionnaire ? "

**Une action présentée et présélectionnée dans le cadre du 11e grand prix francophone d'éducation pour la santé**

L'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Genève propose, depuis 1997, un programme d'incitation et d'aide à l'arrêt du tabagisme. Ce programme est conçu pour

aider les fumeurs et les fumeuses qui tentent d'arrêter et pour prévenir la rechute des ex-fumeurs et ex-fumeuses. Il vise également à motiver ceux qui n'ont pas l'intention d'arrêter de fumer. La plupart des fumeurs passent en effet par cinq étapes (ou stades) :

- **l'indétermination** : le fumeur n'envisage pas sérieusement d'arrêter de fumer
- **l'intention** : il envisage sérieusement d'arrêter de fumer dans les six prochains mois
- **la préparation** : il a décidé d'arrêter de fumer dans les 30 prochains jours
- **l'action** : il a arrêté de fumer depuis moins de six mois
- **la consolidation** : il a arrêté depuis plus de six mois
- **la rechute** : il a recommencé à fumer après une tentative d'arrêt.

Un programme spécifique est envisagé pour chacun de ces stades. La méthode utilisée consiste à proposer aux participants de remplir un auto-questionnaire de 60 items, soit à l'écran (via internet), soit par écrit. Un compte-rendu, basé sur les réponses données, et tenant compte des caractéristiques individuelles de chacun, est alors adressé en retour, et un suivi organisé grâce à un système d'archivage. Le suivi est en effet indispensable dans la mesure où le processus d'arrêt est cyclique : les ex-fumeurs confirmés ont fait en moyenne quatre tentatives sérieuses d'arrêt avant de parvenir à consolider leur abstinence. Six brochures ont été également élaborées. Elles sont remises aux fumeurs et aux ex-fumeurs en fonction des différents stades du changement.

**L'évaluation de ce programme** comporte deux axes : l'évaluation du contenu et de l'acceptabilité des documents écrits et l'évaluation de l'efficacité du système expert.

- L'évaluation du contenu et de l'acceptabilité des documents écrits.

Des versions préliminaires successives de brochures ont été évaluées par 15 spécialistes de la prévention et par 130 fumeurs et ex-fumeurs recrutés en Suisse, en France et au Canada. Par ailleurs, chaque compte-rendu individuel est accompagné d'un bref questionnaire d'évaluation.

Les données recueillies devraient favoriser une amélioration itérative des comptes rendus et du programme informatique.

- L'évaluation de l'efficacité du système expert

Un essai contrôlé, randomisé, effectué auprès de 3 000 fumeurs devrait permettre d'évaluer l'efficacité de ce système expert et de comparer les taux d'arrêt du tabagisme après 6, 12 et 24 mois chez des fumeurs qui ont participé au programme et chez un groupe témoin.

## Commentaires

Le système expert peut représenter un moyen intéressant de prévention et d'éducation à la santé.

En effet, sa méthode de recrutement (par correspondance et via internet), sa gratuité d'accès permettent à de très nombreuses personnes d'en bénéficier. Il nécessite cependant l'implication

de professionnels oeuvrant dans différentes structures : cabinets médicaux, entreprises, écoles,

hôpitaux, organismes de prévention, pharmacies. La méthode du système expert fournit aussi aux médecins un matériel qui pourrait donner davantage de place à la prévention, lors des consultations, les comptes rendus individuels servant de base au dialogue entre le médecin et le patient. Enfin, de part sa souplesse de conception, elle pourrait probablement être transposée à d'autres champs d'action : éducation du patient, alimentation, observance médicale, etc. et adaptée à des sous-groupes spécifiques de population (femmes enceintes, adolescents, ...).

**Pour en savoir plus sur ce programme** : consultez le site internet : <http://www.stop-tabac.ch>

**Personne de contact** : Jean-François Etter  
Centre médical universitaire, Case postale, CH 1211 Genève 4 Suisse

**En provenance des Sections**

## Réseau Connaissance / surveillance

*Par Muriel Boin*

Nous avons lancé auprès de correspondants volontaires d'une quinzaine de pays les premières fiches thématiques du travail sur le recueil des indicateurs socio-sanitaires francophones. Cette phase initiale constitue une étude de faisabilité sur deux premiers thèmes : Démographie et Mère et enfant. Une fiche normalisée est utilisée pour chaque indicateur. Les indicateurs québécois et français sont indiqués, chacun devant compléter avec les indicateurs disponibles dans son pays.

L'objectif est de constituer un dictionnaire des indicateurs de santé francophones. Merci de votre diligence à remplir les fiches. À suivre ...

## Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité

*Par Martine Bantuelle et Alain Leveque*

**Participation francophone à la Cinquième Conférence Mondiale de la Prévention et du Contrôle des Traumatismes.** Du 5 au 8 mars 2000, s'est déroulée à New Delhi la Cinquième Conférence Mondiale de la Prévention et du Contrôle des traumatismes. Cette conférence a rassemblé plus de 700 participants permettant ainsi de faire le point sur l'avancée des recherches et des actions menées dans le domaine de la sécurité dans toutes les parties du monde.

C'est le Centre Collaborateur de l'OMS (Institut Indien des Technologies) dirigé par Dinesh MOHAN qui était chargé de l'organisation. Celle-ci a privilégié les possibilités de débats et d'échanges autour d'un grand nombre d'aspects relatifs aux questions de sécurité.

Les représentants du réseau francophone de Promotion de la Sécurité et de Prévention des traumatismes et des accidents ont présenté leurs travaux en français lors de deux ateliers, l'un consacré aux " stratégies efficaces d'amélioration de la sécurité dans les communautés locales " et l'autre aux " stratégies de mobilisation intersectorielles pour l'amélioration de la sécurité des populations et la prévention des traumatismes et des accidents ".

Ces interventions ont été l'occasion de faire connaître l'existence et le dynamisme du réseau francophone qui s'est fixé pour objet la création et le renforcement des liens entre intervenants s'exprimant principalement en français, issus de divers secteurs et disciplines, afin de développer, diffuser et échanger de l'expertise, en vue de promouvoir la sécurité des populations et prévenir la violence, les suicides ainsi que les traumatismes accidentels.

Les membres du réseau portent un intérêt particulier à l'efficacité des programmes et mesures proposées et à la prise en compte des effets en regard des inégalités sociales. Ces aspects ont

fait l'objet des discussions qui se sont tenues lors du 3e séminaire international d'Ascona en 1999,

placé sous le thème " Agir efficacement ".

Dans la continuité de ce courant de pensée, les membres du réseau réunis à New Delhi ont choisi de consacrer le 4<sup>e</sup> séminaire international de Bruxelles en 2001 au thème de l'évaluation.

Il sera abordé selon les axes efficacité/qualité et coûts/bénéfices. Ce séminaire sera ouvert à tous les professionnels actifs dans les secteurs qui ont une implication dans la promotion de la sécurité. La promotion de la sécurité a été définie comme un processus composé de tous les efforts consentis pour modifier les structures, l'environnement (physique, social, technologique,

politique, économique et organisationnel) ainsi que les attitudes et les comportements ayant trait à la sécurité.



Précédant le séminaire, se tiendra à Bruxelles également, la 2<sup>e</sup> formation internationale. Elle sera intitulée " Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes : concepts, approches et méthodes ". Cette formation s'adressera à toutes les personnes intéressées par la prévention des traumatismes et des accidents qu'ils soient professionnels de la santé ou d'autres secteurs

impliqués (sécurité, ingénierie, management...) et qui sont amenés à planifier, mettre en oeuvre ou évaluer des programmes de promotion de la sécurité ou de prévention des traumatismes.

**Pour plus d'informations :**

4e Séminaire, Bruxelles du 8 au 11 juillet 2001

**Martine BANTUELLE**

Educa-Santé ASBL

1B, avenue Général Michel 6000 Charleroi,

Belgique

Tél. : (32) 71.30.14.48

Télé. : (32) 71.31.82.11

Courriel : [educasante@skynet.be](mailto:educasante@skynet.be)

**Alain LEVEQUE**

Département d'épidémiologie et de promotion de la santé

Ecole de santé publique - Université libre de Bruxelles

808, Route de Lennik, CP 596, 1070 BRUXELLES, Belgique

Courriel : [alain.leveque@ulb.ac.be](mailto:alain.leveque@ulb.ac.be)

## **Section Océan Indien et Djibouti**

*Par Fatuma Toillal*

Rencontre et visite du COTES à Mayotte par la correspondante - Le COTES - Comité Territorial pour l'Éducation pour la Santé situé à Mtsapére Mayotte. Cette structure joue un rôle très important dans l'éducation en santé. Elle a développé plusieurs sup-ports pour la sensibilisation de la population dans divers sujets d'éducation : protection des jeunes contre le SIDA et les MST, la lutte contre le tabac, le planning familial et les accidents domestiques dont les brûlures chez les jeunes enfants. La directrice du COTES Mme Mariama souhaite développer des échanges en vue d'améliorer leur travail et de partager leurs expériences.

Rencontre avec des responsables de la Préfecture pour les informer sur nos activités en vue de soutenir la participation de nos membres à Mayotte. Par courrier de l'adjoint du Préfet il serait possible de faire participer des personnes venant de Mayotte à nos 5e Rencontres de Marrakech.

La section s'est légèrement agrandie. Quelques nouveaux membres dont un gynécologue de Mayotte.

La section a reçu 4 dossiers de candidature pour le 12e Grand Prix Francophone, une présélection a été faite et les dossiers expédiés à l'ADES du Rhône. Aucun financement n'a pu être obtenu pour faire participer des personnes venant des Comores malgré les requêtes faites auprès de l'OMS, du PNUD, de l'UNICEF, de la Mission de Coopération Française et du Ministère de la Santé

## **Nouvelles de la section des Communautés francophones canadiennes en milieu minoritaire**

*Par Francine Deroche et Anne Simard*

**On se prépare pour les 5e Rencontres de Marrakech**

En collaboration avec le comité créé pour inciter la participation de Canadiens et de Québécois aux 5e Rencontres, nous sommes présentement à la recherche de financement pour une délégation d'intervenants en provenance des communautés francophones du Canada qui vivent en milieu minoritaire. Nous espérons pouvoir assurer la participation d'environ six inter-venants en provenance de l'Ouest canadien, de l'Ontario et de la région de l'Atlantique.

Nous avons récemment créé un groupe électronique d'environ 150 Francophones en milieu minoritaire susceptibles d'être intéressés par la promotion de la santé. Nous utilisons d'ailleurs ce forum pour solliciter des noms de candidats intéressés à participer à la délégation au Maroc, et pour les inviter à soumettre des propositions de communications orales.

## **PromoSanté**

En tant que consultantes à Innovaction, nous travaillons de près avec le Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé de l'Université Laval (GRIPSUL) et bon nombre de collaborateurs pour mettre sur pied PromoSanté, un réseau francophone pan-canadien de formation continue en promotion de la santé sur une période de trois ans. Ce projet est financé par Santé Canada.

Ayant terminé la création de la banque de données qui repérera les ressources existantes en matière de formation en français (activités, documents, personnes et organismes), nous sommes en plein milieu de la cueillette de données qui permettra de " peupler " la banque. Cette banque de données sera disponible sur le site web de PromoSanté, qui sera lancé plus tard cette année.

De plus, nous sommes maintenant prêts à amorcer l'autre élément important du projet, soit d'offrir une activité de formation aux intervenants francophones d'un bout à l'autre du Canada en misant sur les nouvelles technologies de l'information. Nous sommes sur le point de déterminer le contenu dont nous traiterons et d'élaborer notre plan d'action. Nous entrevoyons entre autres des mises à l'essai régionales pour ensuite passer à une diffusion pancanadienne.

Nous espérons d'ailleurs pouvoir vous faire part des leçons tirées de notre expérience et des possibilités de collaboration pour diffuser la formation sur le plan international lors des 5e Rencontres. Mentionnons que ce projet permet également à Innovaction de jouer un rôle de façon plus continue dans ses fonctions à titre de correspondant pour la section des Communautés francophones canadiennes en milieu minoritaire du RÉFIPS.

## **Section Afrique centrale - RDC**

*Par Dosithée NGO BEBE*

Le REFIPS a un représentant à l'Assemblée Nationale Constituante de la RDC. M. Mokili Ngasomo, membre très actif du REFIPS-RDC est maintenant Parlementaire. Avec cette entrée, la cause de la promotion de la santé et du travail dans les communautés sera sans doute mieux défendue.

Action pour la promotion de la paix familiale est une ONG communautaire qui travaille en étroite collaboration avec le Comité du REFIPS-RDC. Monsieur Bertin Kangamotema, son Président, est membre du REFIPS et a associé le comité du REFIPS aux activités de :

- la Journée mondiale sur la population avec une conférence
- la clôture de la session de formation des filles-mères à la parenté responsable avec le Vice-Gouverneur de la Ville de Kinshasa.
- Organisation de la session de formation des comités de santé (COSA) des aires de santé de Masina et du Camp Luka (11 personnes) pour le compte de l'ONG APRODI, et suivi de la mise en oeuvre des projets de micro-crédits dans 6 zones de santé dans les provinces du Bas-Congo; Katanga et Bandundu dans le cadre du Projet PNUD-OMS de Réhabilitation des structures de santé.

Ces différentes tâches sont assumées par les membres du REFIPS : Mrs Dumbi, Kwilu et

Kamanda.

- Processus de mobilisation des ressources pour faire participer quelques membres de la Section aux 5<sup>e</sup> Rencontres à Marrakech.

Les démarches se poursuivent; deux possibilités sont acquises à ce jour. Cependant, il nous est impossible de répondre aux multiples sollicitations des membres pour leur participation aux événements REFIPS comme le Cours d'été et les 5<sup>e</sup> Rencontres.

La prochaine mini-assemblée de la Section consacrera la titularisation d'un nouveau correspondant de la Section et de son adjoint. Cette réunion est prévue pour le 9 septembre 2000.

---

## Publication et outils

Dopage et société

**LAURE, Patrick, Ellipses, Paris, Mars 2000, 447 p.**

**Prix: 150.-- FF**

Le dopage des sportifs défraye la chronique. Le dopage des étudiants et des cadres commence à être évoqué. Le dopage des enfants inquiète les pouvoirs publics.

Les consommations de produits dopants aux fins de performances posent de nombreuses questions, parmi lesquelles :

Quelle est l'ampleur réelle de ce fait de société ?

Quels sont les produits utilisés ?

Dope-t-on aussi les enfants ? et qui ? D'où proviennent les produits ?

Existe-t-il des pays fournisseurs ? Quelles sont les doses utilisées ?

Connaît-on les risques liés à cet usage ?

Les conduites dopantes sont-elles contraires à l'éthique ?

Peut-on déceler tous les produits dans les urines, le sang ou les cheveux ?

La prévention est-elle efficace ? Qu'en est-il du dopage des animaux de sport ?

Seule une équipe multidisciplinaire pouvait répondre à ces questions, et à d'autres, en s'appuyant sur les plus récentes données de la science.

Sous la direction de Patrick Laure, chercheur à la Faculté de médecine de Nancy, ont contribué à cet ouvrage des spécialistes en biologie, sociologie, biochimie, pharmacologie, management, prévention, lutte contre le trafic de stupéfiants. Ils exercent en milieu universitaire,

en centre hospitalier, en laboratoire d'analyse, au Conseil de l'Europe, à la Police nationale.

Le guide internet de la s@nté.

Les meilleurs sites d'informations s@nté accessibles gratuitement.

**DARMONI, Stéfan J.Dr, MMI Éditions, Paris, avril 2000, 233 p.**

**Prix: 129.-- FF**

Internet est devenu une source majeure d'informations santé pour le grand public.

Malheureusement, les moteurs de recherche ne permettent pas d'obtenir l'information disponible de manière claire et organisée. D'où une perte de temps souvent considérable, et un sentiment de noyade devant l'avalanche d'informations proposées. En outre, la qualité des informations sur internet va du meilleur au pire.

Le plus souvent, l'origine des informations et le nom des auteurs ne sont pas connus, laissant la porte ouverte à toutes les manipulations scientifiques et commerciales.

Pour vous aider dans cette jungle, le Dr Stéfan Darmoni, médecin et responsable des nouvelles

technologies à la direction informatique et des réseaux du CHU de Rouen, a sélectionné dans cet ouvrage les meilleurs sites d'information santé francophones, vraiment utiles, et surtout fiables, destinés aux patients. Pour chaque site, l'auteur précise : qui produit l'information; quels en sont les auteurs; et quel en est le contenu.

**Guide de référence pour l'action en promotion de la santé - Cahier de l'animateur GOMEZ-ZAMUDIO, Mauricio, RÉFIPS, Collection " Partage ", Mtl, Canada, 2000.**

Ce cahier désire rendre accessible aux promoteurs de la santé du Maghreb un outil les aidant à s'approprier d'un modèle pour mieux développer un programme efficace. Cet outil présente une méthodologie pour guider les formateurs/intervenants dans l'enseignement du " Guide de référence pour l'action ". Ainsi ce modèle pour la planification en promotion de la santé pourra être à la portée des intervenants. Ce " Cahier de l'animateur " accompagne le livre " Planifier pour mieux agir " conçu à l'intention des planificateurs.

Ce cahier comporte des séances théoriques ainsi que des ateliers pratiques qui facilitent le perfectionnement des habiletés requises pour la planification, l'implantation, l'évaluation et la pérennité des programmes de promotion de la santé. Les études de cas illustrent le savoir-faire

en promotion de la santé et en même temps favorisent la mise en situation adaptée au contexte du Maghreb pour simuler des situations lors de l'entraînement. Des documents pour élaborer des transparents ainsi que pour élaborer des photocopies sont inclus pour faciliter l'enseignement du " Guide de référence pour l'action ".

**CENTRE DE RECHERCHE EN DROIT PUBLIC, FACULTÉ DE DROIT - UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL présente**

- La recherche en génétique humaine - cadre éthique
- Énoncé de principes version 2000
- Recherche en génétique humaine et consentement
- Formulaire de consentement
- Le projet génétique et société

**Adresse :**

**C.P. 6128, Succ. Centre-Ville, Mtl, Qc, H3C 3J7**

**Tél. : (514) 343.7702, Téléc. : (514) 343.7508**

**Courriel : [humgen@crdp.umontreal.ca](mailto:humgen@crdp.umontreal.ca)**

**OBSERVATOIRE DE SANTÉ DU HAINAUT présente**

La santé du coeur en francophonie, Bulletin d'information : Numéro 1 - mai 2000

Éditeur responsable : Luc Berghmans

Tableau de bord de la santé Numéro 3 - 2000

Réalisation : C. Massot, L. Berghmans, I. Godin, Y. Coppieters, N.Thauvoye

**Adresse :**

**1, rue St-Antoine, 7021 Havré, Belgique**

**Tél. : (32) 65.87.96.00, Téléc. : (32) 65.87.96.79**

**LE FONDS DE LA RECHERCHE EN SANTÉ DU QUÉBEC présente**

Recherche en santé, Numéro 3 - Juin 2000

Dossier : " Pleins feux sur les centres de recherche : percées scientifiques récentes".

Dossier préparé par Michelle Dubuc en collaboration avec les centres de recherche soutenus par le FRSQ. Pour information : [www.frsq.gouv.qc.ca](http://www.frsq.gouv.qc.ca)