



Santé en Communauté française 6

Direction Générale de la Santé

Mars 2011



Cancer colorectal : dépistage

Suicide des jeunes



Sommaire

■	Edito	p. 2
■	Les programmes de dépistage en Communauté française (1ère partie)	p. 3
■	- Focus sur les pratiques en matière de dépistage	p. 3
■	- Programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française	p. 7
■	- Dépistage du cancer colorectal : connaissances et perspectives	p. 15
■	Prévention du suicide chez les jeunes	p. 18
■	Un outil à votre disposition	p. 22
■	La politique de santé : quoi de neuf ?	p. 23

Les précédents numéros de Santé en Communauté française vous ont présenté, par tranche d'âge, différents programmes subventionnés par la Communauté française en matière de santé.

Ce numéro 6 n'est pas consacré à une tranche d'âge particulière mais plus spécialement à une thématique : le dépistage.

Le dépistage des cancers en Communauté française s'inscrit en effet comme une problématique de santé prioritaire dans le Programme quinquennal.

Les cancers les plus fréquents sont le cancer du poumon, le cancer de l'intestin (ou cancer colorectal), le cancer du sein, celui de la prostate et enfin celui du corps utérin.

En 2008¹ :

- 24,7% des décès par cancer sont dus à un cancer des trachées, des bronches et des poumons ;
- 11,3% des décès par cancer sont dus à un cancer colorectal ;
- 8,7 % des décès par cancer sont dus à un cancer du sein ;
- 5,2% des décès par cancer sont dus à un cancer de la prostate ;
- 1,8% des décès par cancer sont dus à un cancer du corps de l'utérus, de l'utérus ou du col de l'utérus.

Plus particulièrement, pour trois de ces cancers, le dépistage systématique de masse, organisé dans le cadre d'un programme, a fait ses preuves. C'est ainsi que pour le cancer du sein et pour celui de l'intestin, la Communauté française met en œuvre des programmes organisés, sur base de recommandations de l'Union européenne. En ce qui concerne le cancer du col de l'utérus, un dépistage individuel et un programme de vaccination contre le HPV ont été mis en place pour aboutir à une meilleure prévention de ce type de cancer.

Ce numéro de *Santé en Communauté française* se centre sur le programme de dépistage du cancer colorectal. Le numéro suivant, à paraître fin septembre, se consacrera au programme de dépistage du cancer du sein.

Dans ce numéro, vous trouverez également, un article consacré à la table-ronde sur la prévention du suicide chez les jeunes. Cette table-ronde qui s'est déroulée en octobre 2010 avait pour objectifs de rassembler les acteurs de terrain et les experts afin d'inciter à la concertation et à la mise en commun des différentes pratiques. Ce travail permettra de déterminer des axes particuliers à soutenir de manière à pouvoir lancer des appels à projet auprès des opérateurs.

Je vous souhaite une excellente lecture !

Dr Serge CARABIN
Directeur général de la Santé

1. Source : certificats de décès 2008 reçus en Communauté française (c'est-à-dire les décès qui ont eu lieu en Wallonie indépendamment du lieu de résidence).

Les programmes de dépistage en Communauté française (1^{ère} partie)

Focus sur les pratiques de dépistage

Le concept

Le vocable « dépistage » recouvre des significations et réalités diverses et, pour mieux appréhender celles-ci, il semble utile de revenir un instant aux définitions de ce concept.

L'OMS (1970) identifie différents types de dépistage² :

- Le dépistage **systematique**, dit **de masse**, qui est organisé dans le cadre d'un programme où la population recrutée est définie notamment en fonction de critères d'âge et de sexe; il présente un caractère systématique pour un type de population;
- Le dépistage **opportuniste /individuel** où la population est recrutée pour le dépistage lors d'un recours aux soins, par exemple dans le cadre d'une hospitalisation, d'une visite médicale, lors d'une visite au centre de santé ou de dépistage, dans le cas d'un examen réalisé par la médecine du travail. Ce type de dépistage doit toutefois faire l'objet d'une négociation entre le prestataire de soins et le bénéficiaire;
- Le dépistage **sélectif** ou **ciblé** où la population recrutée est sélectionnée sur des critères préalablement définis (par exemple, facteurs de risque d'exposition professionnelle).

L'OMS propose encore une autre classification. Il s'agit d'une part du dépistage **organisé** ou **communautaire** où la population est recrutée dans la communauté (le dépistage est alors proposé dans le cadre de campagnes de dépistage et il s'appuie sur la participation volontaire des sujets) et d'autre part du dépistage **multiple** qui consiste en la recherche simultanée de plusieurs affections par l'utilisation concomitante de plusieurs tests de dépistage³.

Le dépistage peut donc concerner la **population générale** ou bien une **population ciblée** déterminée en fonction de l'âge (triple test et/ ou amniocentèse chez la femme enceinte âgée de plus de 38 ans, cancer du sein auprès des femmes âgées de plus de 50 ans, etc.). Il peut être **généraliste** (contrôle de la tension artérielle, dosages sanguins, etc.), ciblé sur une ou plusieurs pathologies (cancer, rubéole, toxoplasmose, etc.), **obligatoire** et proposé de manière **systematique**, par exemple pendant la grossesse (cytomégalovirus)⁴.

Cependant, dépister ne veut pas dire diagnostiquer. Le dépistage s'adresse à un individu asymptomatique, a priori en bonne santé et qui ne présente donc en apparence aucun signe de (la) maladie. C'est le professionnel de santé qui prendra l'initiative de la démarche de dépistage. A l'inverse, dans le cadre d'une démarche diagnostique, le patient s'adresse au corps médical avec une demande (bien) précise ; des investigations seront alors réalisées et conduiront à l'établissement d'un diagnostic et d'un programme de soins.

Et lorsque le dépistage a permis d'établir le diagnostic d'une pathologie ou d'un facteur de risque, s'en suit alors une prise en charge thérapeutique vaccinale et/ou médicamenteuse et/ou chirurgicale et/ou autres activités de prévention/d'éducation.

2. ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), (2004), Guide méthodologique : comment évaluer à priori un programme de dépistage ?, in http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf

3. Idem.

4. Bourdillon F., (2009), Le dépistage, Traité de prévention, Médecine-Sciences, Flammarion, pp. 100-103.

Les bonnes pratiques de dépistage

L'OMS, en 1970, a établi une liste de 10 critères qui sont désormais bien connus⁵ :

- 1) La maladie dont on recherche les cas constitue une menace grave pour la santé publique ;
- 2) Un traitement d'efficacité démontrée peut être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée ;
- 3) Les moyens appropriés de diagnostic et de traitement sont disponibles ;
- 4) La maladie est décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique ;
- 5) Une épreuve ou un examen de dépistage efficace existe ;
- 6) L'épreuve utilisée est acceptable pour la population ;
- 7) L'histoire naturelle de la maladie est connue, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique ;
- 8) Le choix des sujets qui recevront un traitement est opéré selon des critères préétablis ;
- 9) Le coût de la recherche des cas (y compris les frais de diagnostic et de traitement des sujets reconnus malades) n'est pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux ;
- 10) La recherche des cas est continue et elle n'est pas considérée comme une opération exécutée « une fois pour toutes ».

Comme le synthétise Bourdillon (2009)⁶, « la **maladie** que l'on essaie d'identifier doit être **grave pour la santé publique, fréquente et disposer d'un traitement** ». Toutefois, l'absence de traitement ne peut à lui seul justifier le refus de mettre en place un programme de dépistage (problématique du VIH au début de l'épidémie). Enfin, l'auteur rappelle que l'absence de maladie peut également conduire au développement de stratégies d'action et que la présence d'un test négatif revêt également une grande importance (un dosage négatif d'anticorps peut déterminer une vaccination future, par exemple dans le cas précis d'une sérologie négative pour la rubéole). Bourdillon insiste également sur la nécessité de bien connaître l'histoire/l'évolution naturelle de la maladie ; celle-ci permettant « d'étayer la stratégie de dépistage sur la phase présymptomatique, sur les données d'évolutivité rapide ou longue ».

Enfin, comme le souligne le Conseil Supérieur de Promotion de la santé (CSPS) dans les recommandations formulées en 2007, il est important de tenir compte des différents niveaux d'évaluation reconnus internationalement et qui permettent de déterminer la validité scientifique des recommandations émises par les professionnels du secteur. Les membres du CSPS suggèrent l'utilisation de la grille GRADE (Guyatt et al., 2006)⁷ qui identifie des niveaux de recommandations, au regard

- des bénéfices identifiés par rapport aux risques et effets négatifs
- de la qualité méthodologique des preuves appuyant les recommandations et des implications diverses.

Cependant, avant de s'engager dans la mise en place d'un programme et de stratégies de dépistage, il est primordial de s'assurer de la disponibilité d'un test/ examen de **dépistage de qualité** qui réponde à des critères d'**efficacité** en termes de **sensibilité** (probabilité qu'un test soit positif si le patient est porteur de la maladie) et de spéci-

5. CSPS (Conseil Supérieur de Promotion de la Santé), (2007), Examens de dépistage pour de bonnes pratiques, in <http://www.sante.cfwb.be>

6. Bourdillon F., (2009), Le dépistage, Traité de prévention, Médecine-Sciences, Flammarion, pp. 100-103.

7. Guyatt G., Gutterman D., Baumann M., Addrizzo-Harris D., Hylekb E., Phillips B., Raskob G., Zelman Lexis S., Schönemann H., Grading strength or recommendations and quality of evidence in clinical guidelines : Report of an American College of Chest physicians Task Force, in Chest 2006, 129, pp. 174-181.

ficité (probabilité qu'un test soit négatif si le patient est indemne de la maladie). Selon Bourdillon (2009), « un bon test de dépistage combine une bonne sensibilité et une bonne spécificité ». La mesure de performance d'un test peut être déterminée en **valeur prédictive positive (VPP)** - il s'agit de la proportion de tests positifs correspondant à de vrais malades - ou en valeur prédictive négative (VPN) - il s'agit alors de la proportion de tests négatifs correspondant à des non-malades.

Enfin, le test doit également répondre à d'autres critères de qualité comme par exemple la **fiabilité** (« le résultat obtenu par le test doit correspondre à l'anomalie recherchée »), la **reproductibilité** (« il doit donner les mêmes résultats lorsqu'il est à nouveau employé dans les mêmes conditions chez un même sujet, par des investigateurs différents ou dans des lieux différents »), et la **simplicité** de mise en œuvre⁸.

D'autres critères entrent également en ligne de compte et concernent l'**acceptabilité** du test tant par les médecins et/ ou professionnels de santé que par les patients (nombre réduit d'effets indésirables comme par exemple les effets secondaires liés au test ou les situations de stress générées par l'attente et la confirmation d'un résultat, facilité d'exécution, rapport coût-bénéfice acceptable, etc.). Le test doit également pouvoir être contrôlé par un **test de confirmation** de diagnostic et une **prise en charge médicale** adéquate doit pouvoir être assurée dans les meilleurs délais en cas de résultats positifs. (Bourdillon, 2009).

Le CSPS rappelle également que le dépistage doit répondre à des **normes de confidentialité** (respect du secret professionnel, transmission des données, etc.), qu'il doit viser un **bénéfice individuel et/ ou collectif** de santé (les bénéfices attendus doivent être supérieurs aux effets indésirables liés aux investigations), et qu'il **ne peut être pratiqué à l'insu** d'un individu (choix éclairé et en toute connaissance de cause). Enfin, Bourdillon (2009) souligne l'importance de pouvoir proposer un **traitement « acceptable »** au patient auprès duquel on aurait identifié un facteur de risque grave (par exemple, lors de l'identification de gènes BRCA1/2 dans le cas des cancers du sein et de l'ovaire). Le problème d'un **accompagnement** et d'une **prise en charge efficace** se pose également, par exemple lors de la détection d'un syndrome de Down chez la femme enceinte.

En Communauté française de Belgique, à l'heure actuelle et comme déjà identifié par le CSPS en 2007, différentes situations de dépistage coexistent. Elles concernent tant les **dépistages individuels et/ ou opportunistes** (marqueurs biologiques, recherche de facteurs de risques cardio-vasculaires, dépistage individuel organisé dans le cadre d'un colloque singulier patient/médecin de famille, etc.) que les **programmes de dépistage organisés** où le dépistage de masse doit « faire l'objet d'un consensus collectif prenant en compte les avis des scientifiques, des décideurs politiques et des citoyens » et où « la population cible est un groupe clairement défini ». Pour être efficace et efficient, le dépistage doit être « organisé, c'est-à-dire réalisé dans le cadre d'un programme d'assurance de qualité comportant des procédures de contrôle de qualité et une évaluation ». Enfin, les individus ciblés par le programme en question doivent être invités « personnellement » à participer au dépistage.

Les pratiques de dépistage évoluent... Alors qu'auparavant, il s'agissait surtout de promouvoir le dépistage de maladies dites transmissibles en développant une approche centrée sur des individus et ce aux différents âges de la vie, désormais, les pratiques de dépistage se concentrent (également) sur la recherche de pathologies bien précises. Les cancers, notamment colorectal et du sein, font l'objet de « **dépistages organisés** » bien différents des dépistages opportunistes/individuels. Une attention toute

8. ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), (2004), Guide méthodologique : comment évaluer à priori un programme de dépistage ?, in http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf

9. Bourdillon F., Bordin M., (2009),
Les grandes stratégies de dépistage
en France, *Traité de prévention,*
Médecine-Sciences, Flammarion, pp.
232-250

particulière est également portée aux populations précarisées ayant un faible recours aux soins et donc étant par définition plus à risques.⁹ Toutefois, le chemin est encore long et gageons que les professionnels du secteur devront encore déployer de nombreux efforts pour convaincre de l'opportunité que représentent les programmes de dépistage organisés et amener à y participer d'une part un public encore trop souvent cantonné aux examens individuels/opportunistes, et d'autre part, les populations précarisées, souvent plus exposées mais difficiles à cibler car peu présentes dans les cabinets médicaux. Rappelons que les inégalités de santé se distribuent selon un gradient socio-économique.

Cette évolution dans les pratiques de dépistage soulève de nombreuses questions éthiques (dépistage prénatal, maladies génétiques, surdiagnostic, etc.) que chaque professionnel de santé se doit de bien garder à l'esprit lorsqu'il propose une démarche de dépistage. Ces aspects éthiques (et déontologiques) feront d'ailleurs l'objet d'un développement dans le prochain numéro Santé en Communauté française. Enfin, comme le soulignent les membres du CSPS (2007) dans leurs recommandations, pour la majorité des maladies, « *aucun dépistage n'évite l'affection dépistée* » et le dépistage ne peut en aucun cas se substituer « *aux mesures de prévention primaire tels que les habitudes de vie en lien direct avec la pathologie à prévenir,...* ».

Dominique Doumont & Karine Verstraeten

CONTACT

Unité d'Éducation pour la Santé (RESO)
Université catholique de Louvain,
Clos Chapelle aux champs 30 Bte 30 01
B-1200 Bruxelles.

Personne de Contact : Dominique Doumont
Tél : 02/764.32.85 ou 02/764.32.80
Dominique.doumont@uclouvain.be
www.uclouvain.be/reso

Programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française

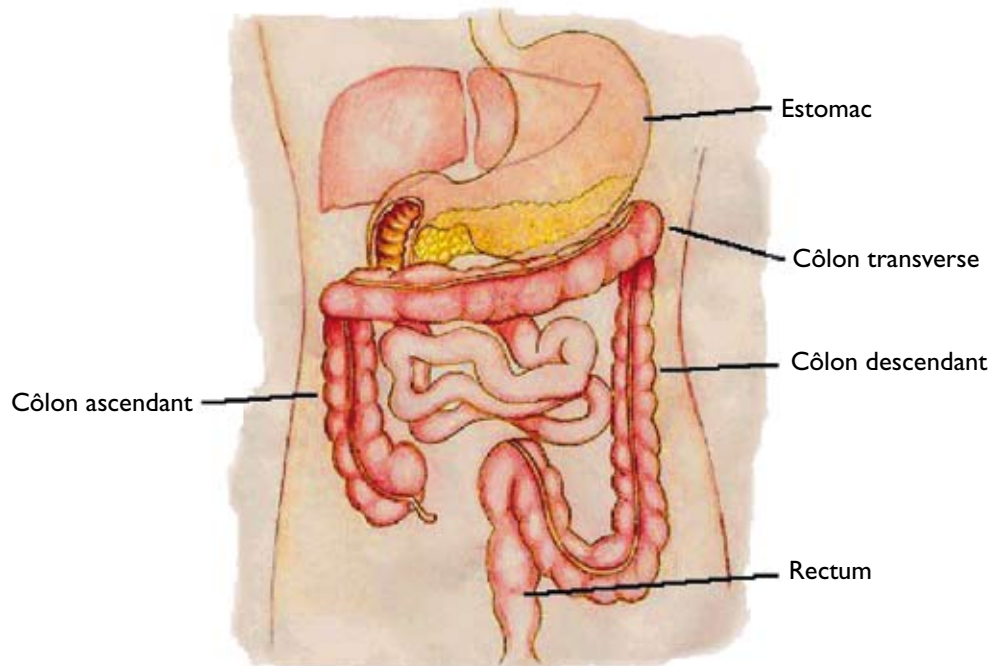


Le cancer de l'intestin, un des trois cancers les plus fréquents...

Le cancer colorectal est une maladie fréquente et sévère.

Il représente en Belgique environ 7 500 nouveaux cas par an, soit une incidence¹⁰ qui se situe entre 42/100 000 et 58/100 000 selon le sexe et les régions¹¹. Il est souvent diagnostiqué à un stade avancé.

Le cancer colorectal concerne le côlon et le rectum, dernière partie du tube digestif, excepté l'anus. Il est communément appelé cancer de l'intestin. Il représente 13 % de tous les cancers en Belgique.



12. Source : www.eurohealth.ie/fcancom/colon.htm

C'est un cancer très fréquent : il se situe en troisième position chez l'homme après les cancers de la prostate et du poumon, et en deuxième position chez la femme après le cancer du sein.

De plus, le cancer colorectal est associé à une mortalité élevée, puisque le nombre de décès par cancer colorectal avoisine les 40 % au cours de la première année suivant le diagnostic. C'est la seconde cause de décès par cancer.

10. Incidence : nombre de nouveaux cas diagnostiqués par rapport à la population concernée.

11. Source : Registre du cancer, données de 2006.

Plus de 90 % des cancers colorectaux surviennent après 50 ans, et l'incidence augmente avec l'âge, avec un âge moyen au diagnostic de 70 ans chez les hommes et de 72 ans chez les femmes en Belgique.

Mais le cancer colorectal est une maladie curable ! En effet, en détectant des cancers à un stade préclinique, stade précoce limité à la muqueuse et à la sous-muqueuse, la survie à 5 ans peut dépasser 90 %.

L'activité physique, une alimentation équilibrée, une consommation régulière de fruits et de légumes, une diminution de la consommation d'alcool et de tabac sont autant de facteurs qui jouent un rôle de prévention primaire, comme dans d'autres aspects de la santé.

L'objectif du Programme de dépistage organisé est de réduire la mortalité liée à ce cancer **en détectant le plus tôt possible des lésions cancéreuses débutantes**. De plus, la détection et la **résection endoscopique de polypes adénomateux (adénomes) permettent d'éviter le développement de cancers**. En effet, la grande majorité des cancers colorectaux se développent à partir d'un adénome. L'histoire naturelle de la séquence adénome-cancer est bien connue : sur 1.000 adénomes, plus de 100 atteindront la taille d'un centimètre, et 25 évolueront vers un cancer. En général cette séquence s'étale sur une dizaine d'années.

Sur base des résultats des études randomisées ainsi que des avis des experts cancérologues, le Conseil de l'Union Européenne de décembre 2003 a recommandé la mise en place d'un programme de dépistage du cancer colorectal.

Dans son rapport de décembre 2006 sur le dépistage du cancer colorectal, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a fourni les bases scientifiques pour promouvoir ce dépistage de masse.

Un groupe de travail de la Communauté française, composé notamment de médecins généralistes, de gastro-entérologues et de conseillers scientifiques, s'est appuyé sur ces recommandations pour mettre en place un dépistage de masse utilisant un test au gâiac validé depuis plus de 20 ans, simple à mettre en œuvre et acceptable, et dont l'utilité a été confirmée par plusieurs études scientifiques.

Avant la mise en place du Programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française, de nombreuses formations ont été organisées et des informations ont été diffusées dès le second semestre 2008 au travers de différentes structures de formation continue des médecins¹³, d'articles dans des revues... Plus de 7.000 médecins généralistes et gastro-entérologues ont été ainsi informés de la mise en place de ce Programme de dépistage organisé.

Le Programme de dépistage du cancer colorectal organisé en Communauté française a démarré en mars 2009.

Une invitation à réaliser un test Hemocult®

Le Centre de gestion pour le dépistage du cancer colorectal est intégré au Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers asbl (CCR)¹⁴ agréé par la Communauté française.

Depuis le 1^{er} mars 2009, le Centre de gestion organise les invitations à participer au dépistage.

Le programme de dépistage du cancer colorectal s'adresse aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans de la Wallonie et de la Région de Bruxelles-Capitale, sans distinction de régime linguistique. Cela représente environ 1.120.000 personnes à inviter.

13. GLEMS, Dodécagroupes, @learning

14. Pour plus d'informations sur les centres de référence, vous pouvez consulter le site www.sante.cfwb.be

Le test de dépistage de type gâiâc utilisé actuellement est l'Hemoccult®, seul test ayant fait l'objet d'études randomisées qui ont démontré son efficacité dans des programmes de dépistage organisés.

Ce test a une sensibilité de 50% pour la détection d'un cancer colorectal, et de 30% pour celle des gros adénomes. Sa spécificité est de 98%.

Sa valeur prédictive positive est de l'ordre de 40 %, ce qui signifie que si le test est positif, une lésion sera retrouvée dans 40 % des cas (10 % concernent un cancer et 30 % concernent un polype).

Les performances imparfaites de ce test sont malgré tout suffisantes dans le cadre d'un programme de dépistage organisé, **à condition de répéter le test tous les deux ans.**



Le Centre de gestion reçoit les données de la population éligible directement de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) pour la population de la Région de Bruxelles-Capitale et via le Service d'Informatique Médicale et de Biostatistique de l'Université de Liège pour la population de la Wallonie.

Chaque mois, le Centre de gestion envoie les invitations.

Les invitations sont envoyées le mois anniversaire, au cours d'une année paire pour les hommes et les femmes nés un jour impair et au cours d'une année impaire pour les hommes et les femmes nés un jour pair.

Un cycle complet d'invitation s'étale donc sur 2 ans.

Les réinvitations seront envoyées aux hommes et aux femmes deux ans après la réalisation du test de dépistage précédent.

Il est toutefois possible d'entrer spontanément dans le Programme : pour autant que la personne réponde aux critères de participation, le médecin peut l'inclure dans le Programme à sa propre initiative ou à la demande du patient. Le Centre de gestion retire les personnes qui ont déjà réalisé le test de dépistage spontanément afin de ne pas les inviter inutilement.

Le courrier comprend une lettre d'invitation à se rendre chez son médecin généraliste pour participer au dépistage et un dépliant d'information.

Préalablement aux premières invitations en mars 2009, tous les médecins généralistes ainsi que les gastro-entérologues de la Communauté française et de la Région de Bruxelles-Capitale ont reçu un envoi initial qui contenait 6 kits individuels avec un test Hemoccult® et 2 kits individuels pour une demande de coloscopie d'emblée.

En cas de rupture de leur stock, de nouveaux kits complets sont renvoyés rapidement aux médecins à leur demande. Les commandes peuvent être formulées par téléphone, par fax ou par courriel¹⁵.

Depuis avril 2010, les enveloppes envoyées aux médecins pour les réapprovisionner contiennent 10 kits individuels avec un test Hemoccult® et 1 kit individuel pour une demande de coloscopie d'emblée, ce qui correspond mieux à la demande des médecins généralistes.

15. Téléphone : 010/23.82.72
Fax : 010/45.67.95
courriel : colorectal@ccref.org

1 6. gFOBT : guaiac Fecal Occult Blood Test – test au gâiâc de recherche de sang occulte qui met en évidence l'activité peroxydasi- que de l'hème de l'hémoglobine et de ses métabolites

Le Programme de dépistage du cancer colorectal organisé en Communauté française s'articule autour de **2 filières** :

1° **la filière Hemocult®** qui propose la réalisation d'un test de recherche de sang occulte dans les selles de type gâiâc (gFOBT¹⁶) pour **les sujets à risque moyen** de la population générale, suivi d'une coloscopie totale si le test est positif. Le risque moyen concerne toutes les personnes à partir de 50 ans, asymptomatiques, sans antécédents personnels ou familiaux d'adénomes et de cancers colorectaux, sans maladies prédisposant au cancer du côlon.

2° **la filière coloscopie** d'emblée qui est proposée aux **sujets à risque élevé** (symptômes, antécédents personnels ou familiaux d'adénomes et de cancers colorectaux, maladie inflammatoire chronique de l'intestin, à savoir rectocolite ulcéro-hémorragique et maladie de Crohn) et **très élevé** (syndrome de Lynch, Polypose Adénomateuse Familiale).

Le médecin généraliste est au centre du processus et oriente les sujets vers une filière spécifique en fonction du niveau de risque.

En cas de risque élevé ou éventuellement à la demande expresse de la personne, le médecin généraliste référent oriente la personne concernée vers la réalisation d'emblée d'une coloscopie. Cet examen n'est pas pris en charge financièrement par la Communauté française.

En cas de risque moyen, le médecin généraliste référent remet le test Hemocult® qui est gratuit, ainsi qu'une brochure explicative permettant à la personne de réaliser ce test à son domicile.

Les prélèvements de 2 échantillons de chacune des 3 selles consécutives ayant été placés sur les plaquettes du test, la personne peut alors l'envoyer au Centre de Gestion au moyen d'une enveloppe préaffranchie.

Les tests Hemocult® arrivent quotidiennement au Centre de gestion. La lecture des tests est réalisée dès l'arrivée postale. Suivant des procédures bien définies, les questionnaires médicaux ainsi que les résultats des tests Hemocult® sont encodés.

En cas de test positif, un courrier est envoyé le jour même au médecin généraliste référent, accompagné d'un formulaire de demande de coloscopie. Cinq jours après l'envoi du résultat au médecin généraliste référent, un courrier est envoyé à la personne concernée l'invitant à prendre contact avec son médecin.

En cas de test ininterprétable (quantité de selles insuffisante ou en excès, prélèvements mal placés sur les plaquettes du test...), un courrier est envoyé le jour même au médecin généraliste référent qui propose alors à la personne concernée de réaliser un nouveau test.

Les résultats des tests négatifs sont envoyés dans un délai maximum de 5 jours suivant la réception et l'analyse des tests.

En cas de test positif ou de coloscopie recommandée d'emblée, le Centre de gestion assure un suivi des dossiers afin de s'assurer de la prise en charge de la personne, d'obtenir les résultats de la coloscopie, ainsi que les résultats histologiques éventuels. Le cas échéant, le stade de la tumeur est également enregistré. Un processus de rappel est prévu au cas où les résultats ne sont pas reçus. Ce suivi administratif et épidémiologique est indispensable pour évaluer l'efficacité du Programme de dépistage.

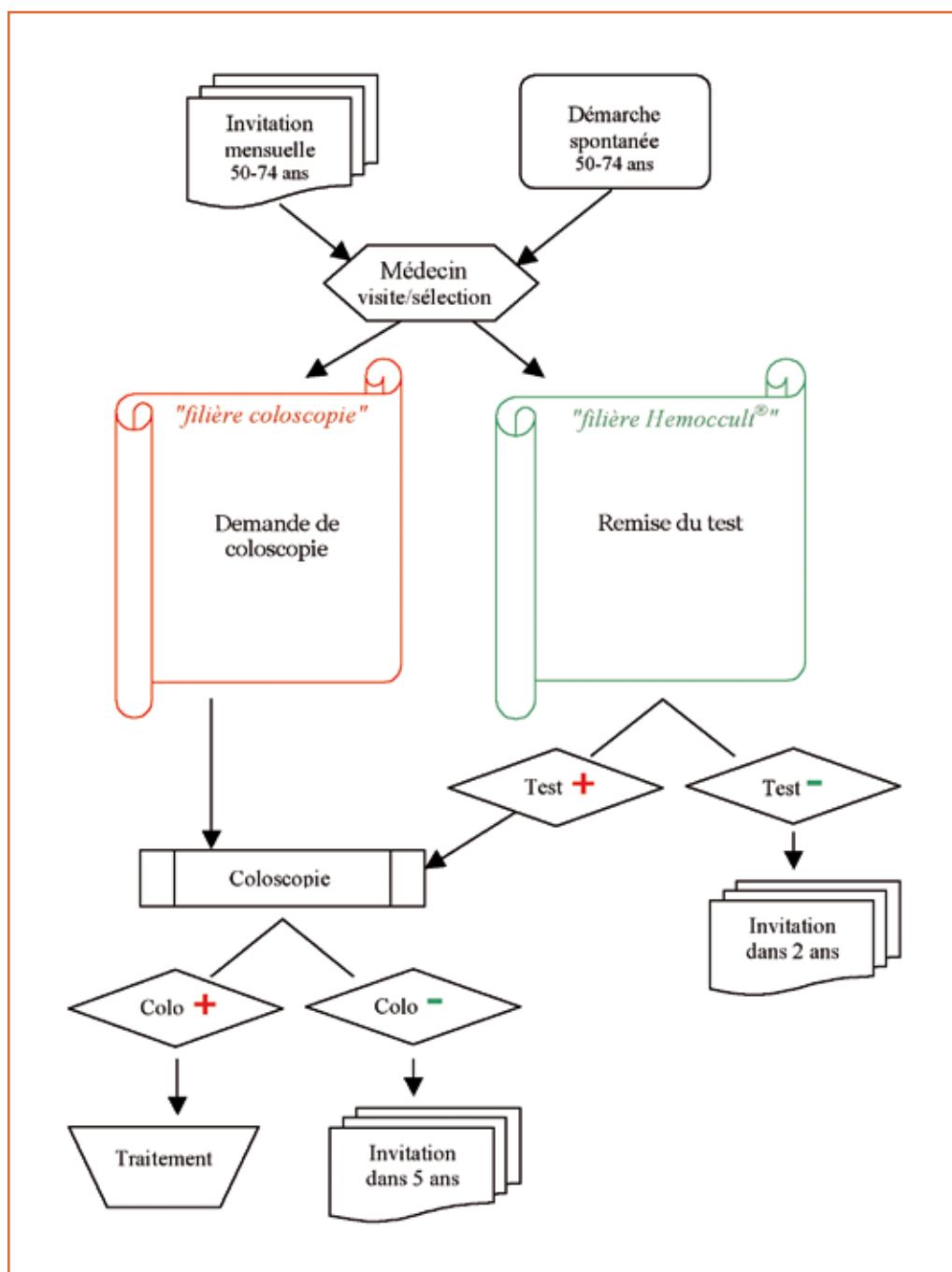
Les personnes dont le test de dépistage est négatif sont réinvitées deux années après la réalisation du dernier test.

Les personnes dont la coloscopie (suite à un test Hemocult® positif) est négative sont réinvitées cinq années après la réalisation de la coloscopie.

Les personnes dont la coloscopie est positive sont prises en charge par leur gastro-entérologue et sortent du Programme de dépistage organisé.

L'ensemble de ces données sont centralisées au Centre de gestion dans une application informatique DIS « Digestive Information System ».

Le Centre de Gestion, en collaboration avec le SCPS Question Santé, se charge d'informer régulièrement les médecins et le public à propos du Programme (campagnes, newsletters...).



La participation au Programme en quelques chiffres...

Entre le 1^{er} mars 2009 et le 31 janvier 2010, le CCR a envoyé 535.926 invitations¹⁷.

Entre le 1^{er} mars 2009 et le 28 février 2010, 19.564 personnes ont participé au Programme à la suite du courrier d'invitation et 23.364 personnes sont entrées spontanément dans le Programme. En plus de cette participation induite par le Programme organisé, il faut savoir qu'environ 7 % de la population cible réalisent des coloscopies en dehors du Programme, sans information précise actuellement quant à leur répétition dans le temps.

Pas moins de 4.604 médecins généralistes sont actifs dans le cadre de ce Programme de dépistage, avec, en moyenne, 8,9 tests Hemocult® par médecin (médiane 6, extrêmes 1-130, le maximum pouvant s'expliquer par la centralisation des tests par un seul médecin dans le cas d'associations de médecins).

Parmi 40.866 tests Hemocult® reçus, 1 280 étaient positifs (3,1 %, en conformité avec les valeurs attendues). A ce jour, nous disposons des résultats pour 85,1 % de ces personnes (1089) qui ont réalisé une coloscopie à la suite de ces tests positifs ; ce qui a permis de détecter, en ne tenant compte que de la lésion la plus péjorative, 222 adénomes avancés¹⁸ chez 174 personnes et 1 cancer chez 85 personnes.

Les médecins référents ont recommandé une coloscopie à effectuer d'emblée dans 2.062 cas et 1.323 résultats de coloscopies ont été obtenus (64,2%), ce qui a permis de mettre en évidence, en ne tenant compte que de la lésion la plus péjorative, 97 adénomes avancés chez 87 personnes et 1 cancer chez 22 personnes.

Le taux global de détection des cancers est de 2,5‰ et celui des adénomes est de 16,8‰.

En conclusion, les résultats obtenus pour les indicateurs décrits ci-dessus se retrouvent dans d'autres études internationales et confirment que le Programme en Communauté française rencontre les critères de qualité, d'efficacité et d'efficience souhaitables pour un programme de dépistage organisé.

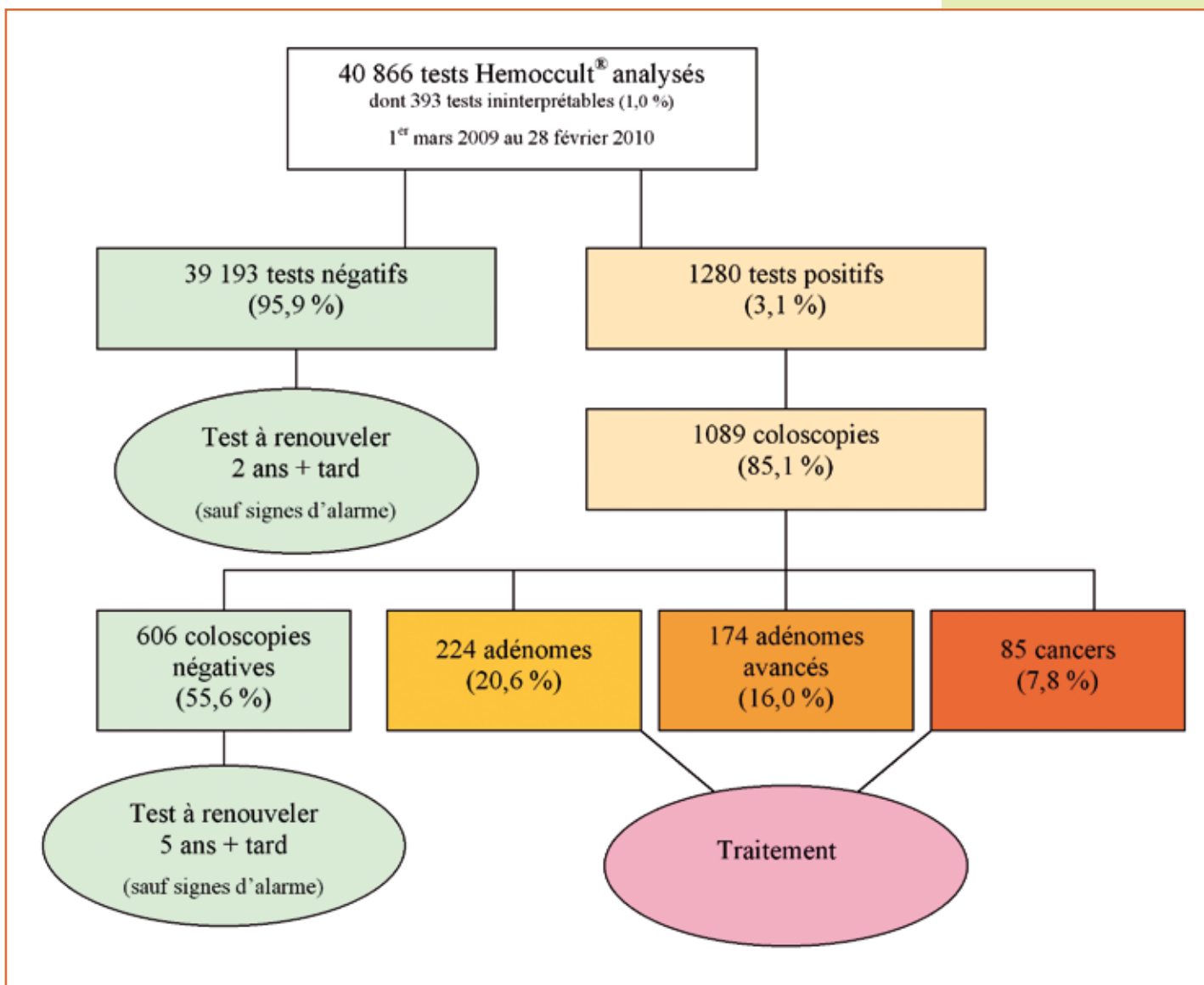
Néanmoins, un travail doit être effectué pour analyser les freins au dépistage et tenter de les lever.

Les médecins généralistes jouent ici un rôle fondamental pour inciter leurs patients à se faire dépister.

Le nombre de médecins collaborant au Programme est quant à lui encourageant.

17. Nombre des invitations arrêté au 31 janvier 2010, tenant compte du temps nécessaire pour que les personnes se rendent chez leur médecin et réalisent le test.

18 Adénome avancé = adénome de plus d'un cm, ou 3 adénomes ou plus, ou contingent vilieux, ou dysplasie de haut grade.



Perspectives

Afin d'améliorer le taux de participation au Programme de dépistage du cancer colorectal, plusieurs initiatives ont été lancées.

Des focus groupes sur les freins au dépistage ont été organisés par le SCPS-Question Santé asbl¹⁹.

Une enquête téléphonique a été réalisée par le Centre de Référence pour connaître les raisons de la participation ou de la non-participation des médecins au Programme et pour savoir comment les médecins participants mettent en oeuvre le Programme de dépistage. L'analyse des résultats permettra également d'identifier les freins à la participation chez les médecins non participants.

Une recherche-action est en cours. Elle comprend également la réalisation de focus groupes. L'objectif est de comprendre les freins à la participation en analysant les représentations sociales de la population cible et d'analyser l'implication du corps médical. Cette analyse permettra aux chercheurs de proposer des actions concrètes à mener avec ces deux groupes afin d'augmenter le taux d'adhésion au Programme.

D'autre part, les informations relatives aux cancers (faux négatifs, stade du cancer) ainsi qu'aux pathologies bénignes et/ou précancéreuses pourront être complétées grâce au couplage prochain avec les données du Registre du Cancer.

Une réflexion est aussi en cours pour éventuellement adapter le type de test de dépistage (gaïac vers immunologique). Pour ce faire, le Centre de gestion suit l'expérience de ses voisins ainsi que l'évolution des données scientifiques.

*Michel Candeur
Sylviane Carbonnelle
Anne Vandenbroucke*

CONTACT

Centre communautaire de Référence pour le dépistage des cancers
5 rue André Dumont
1435 Mont-Saint-Guibert

Personne de contact : Michel Candeur,
coordinateur du Programme de dépistage du cancer du sein en Communauté française
Tél : 010/23.82.72
Fax : 010/45.67.95
Michel.Candeur@ccref.org

www.ccref.org/colorectal
www.cancerintestin.be

¹⁹. Voir article suivant

Dépistage du cancer colorectal : connaissances et perspectives

En tant que Service communautaire de promotion de la santé, agréé pour la communication, l'asbl Question Santé a été chargée de réaliser la campagne de communication du programme de dépistage du cancer colorectal pour l'ensemble de la Communauté française.

Susciter l'intérêt du public pour le dépistage du cancer colorectal, l'informer à ce sujet et l'inciter au dépistage constituaient les principaux défis à relever.

Après une année de diffusion, que pense le public de cette campagne ? Quelles sont ses connaissances sur le cancer colorectal ? Comment comprend-il, perçoit-il ou vit-il le dépistage ?

Pour obtenir un premier éclairage sur ces questions, le SCPS-Question Santé a réalisé deux groupes focalisés réunissant des hommes et des femmes de 50 à 74 ans. Le focus groupe est une méthode qualitative de recueil d'informations, basée sur une discussion semi structurée et modérée par un animateur, qui permet notamment de recueillir les représentations des participants.

Dans un premier temps, il sera ici question des propos des participants concernant leurs connaissances sur les cancers et leur attitude face au dépistage d'une manière générale, pour ensuite épinglez les différents freins et moteurs au dépistage du cancer colorectal. Dans un deuxième temps, nous vous présenterons les principaux avis et suggestions émis par les participants sur le programme de dépistage du cancer de l'intestin. Quelques pistes d'action futures seront proposées.

20. Pour plus de détails voir : TAEYMANS B., DE BOCK C., « Le dépistage du cancer colorectal en Communauté française » in *Education Santé*, n° 244, avril 2009, www.educationsante.be

Présentation de la campagne de communication

La campagne s'adresse tant au grand public qu'aux professionnels concernés par la mise en place et l'accompagnement du programme: médecins généralistes, gastro-entérologues, acteurs de promotion de la santé... Chaque outil d'information, de formation, de communication s'est inscrit en cohérence avec l'ensemble du programme ; une cohérence de contenu et de forme pour que le message soit clair et compréhensible pour tous les destinataires.

L'image choisie pour la campagne de communication est celle du logo «ruban bleu», représentation visuelle du dépistage du cancer de l'intestin, créée par le *National Colorectal Cancer Roundtable* (USA) et reconnue au niveau international. Le ruban bleu est utilisé notamment par nos voisins français (dont les médias sont vus dans notre pays). Cette accroche est reprise dans l'ensemble du matériel d'information et de communication, qui reprend des outils tant à destination du médecin que du patient.²⁰

En voici un rapide aperçu :

- une brochure explicative pour le médecin généraliste;
- un questionnaire médical;
- une enveloppe pré-adressée «port payé par le destinataire» à remettre au patient lui permettant de renvoyer le test Hemoccult® et le questionnaire;
- le dépliant d'invitation « Dépister le cancer de l'intestin, c'est possible! » joint au courrier de départ; dans une version adaptée, il est aussi diffusé largement, entre autres, par les mutualités ;
- le dépliant informatif « Un test simple à faire chez soi » pour le patient devant réaliser le test Hemoccult®;
- un dépliant spécifique « Pourquoi un dépistage par coloscopie? » pour le patient référé ;
- le formulaire standardisé de prescription de la coloscopie ;
- les spots TV et radio;
- un site internet www.cancerintestin.be.



Connaissances générales sur les cancers et attitudes face au dépistage

Selon la plupart des répondants, les cancers qu'il est possible de dépister sont le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus et le cancer de l'intestin.

D'après leurs expériences personnelles, les participants expriment des avis assez divergents sur le dépistage. En effet, quelques personnes jugent qu'il est utile et efficace de faire de la prévention pour écarter, au plus tôt, tout risque de maladie et augmenter les chances de guérison. Pour eux, le dépistage est synonyme de longévité et est vécu comme une chance. D'autres personnes ont un avis plus négatif : elles estiment que le dépistage, même réalisé régulièrement, ne permet pas d'écarter la maladie.

D'une manière générale, le dépistage est vécu par la plupart des répondants comme une source d'angoisse et d'anxiété, probablement liée à la peur du résultat.²¹

Les freins et les leviers au dépistage du cancer colorectal

Freins

Si la majorité des participants connaît ou a déjà entendu parler du cancer de l'intestin, que ce soit à travers la lettre d'invitation, la campagne, des témoignages d'amis ou suite à une visite chez le médecin, leurs expériences du dépistage restent néanmoins assez marginales.

Diverses raisons sont invoquées:

- pas de signes extérieurs ou de symptômes visibles : « *J'irai le jour où j'aurai un signe* », « *Quand c'est en interne, on ne pense pas à dépister, on ne le sent pas* » ;
- pas d'antécédents : « *Moi j'ai demandé au médecin généraliste, mais il était contre parce que je n'ai pas d'antécédents* » ;
- pas de motivation : « *Faire le dépistage, je ne me sens pas motivé, je ne sais pas pourquoi...* » ;
- un manque de sensibilisation : « *Je ne me sens pas tellement sensibilisé par ce cancer* » ;
- une méconnaissance due à un manque d'informations : « *On sous-estime l'importance de ce cancer car on ne le connaît pas, on manque d'informations* ».

Pour la plupart des participants, le dépistage du cancer colorectal nécessite une coloscopie. Rares sont ceux qui connaissent le test de recherche de sang dans les selles proposé par le programme de dépistage en Communauté française. Par ailleurs, quand ils parlent de coloscopie, la majorité des participants manifestent une réelle appréhension à faire l'examen. Ils soulignent le côté désagréable et intrusif de l'examen ainsi que son aspect parfois douloureux : « *La coloscopie a mauvaise presse, elle fait mal* », « *J'ai peur parce que c'est désagréable* », « *L'examen n'est pas évident à faire parce que ça touche quand même certaines parties du corps* ».

Leviers

Les diverses réponses des participants confirment l'importance de l'avis et du conseil du médecin traitant dans leur démarche de dépistage : « *J'ai alors été voir mon médecin généraliste qui m'a dit qu'il ne fallait pas faire une coloscopie d'emblée à tout le monde. Il fallait d'abord faire le test* ». « *Moi j'ai demandé au médecin généraliste, mais il était contre parce que je n'ai pas d'antécédents* ». Une autre personne, faisant le lien avec le dépistage du cancer du sein, explique : « *Mon gynécologue m'a dit qu'il n'était pas en faveur du mammotest, pour des questions de qualité... Mais moi j'étais pour, alors à un moment j'ai dû choisir et j'ai pris l'avis de mon médecin* ».

D'autres incitants au dépistage sont également évoqués par les participants: les risques liés à l'âge, la lettre d'invitation, les diverses lectures spécialisées, les campagnes de sensibilisation, l'héritage familial.

21. Les participants parlent indifféremment de divers cancers.

Le programme de dépistage: avis et suggestions

La majorité des participants n'expriment pas de réticences vis-à-vis de la campagne de communication.

Toutefois, les avis sont assez paradoxaux. D'une part, certains répondants estiment que la campagne de communication manque d'impact et est plutôt terne. Les annonces télévisées seraient trop courtes et de ce fait elles dérangent, font peur et laissent le spectateur sans solutions. D'autre part, lorsqu'il leur est offert la possibilité de modifier la campagne, les répondants proposent d'introduire des données qui interpellent, qui soient frappantes, qui fassent peur. Par exemple, annoncer des chiffres (« 1 homme sur X sera atteint et mourra du cancer »), axer le message sur le fait que, réalisé à temps, le dépistage permet un traitement précoce et augmente les chances de guérison, mettre en évidence que si une coloscopie est nécessaire, elle peut se faire sous une légère anesthésie, informer sur les comportements à risques ou véhiculer l'idée que le dépistage est « dans le coup ».

Par ailleurs, les participants insistent sur l'importance de vulgariser le message scientifique, de proposer une information compréhensible par tous et de permettre au public d'interagir avec des experts.

Finalement, la majorité des personnes soulignent **l'importance du rôle du médecin dans la diffusion de l'information**. La plupart des participants s'accordent pour dire que pour qu'un message ait un impact et qu'il soit idéalement véhiculé, il faut que l'information soit relayée par le médecin.

Pistes d'action

Outre les multiples réticences relevées par chacun, la caractéristique anatomique du cancer colorectal, son mode de dépistage et la gêne qu'il suscite, constitueraient les principaux freins au dépistage. Pour dépasser ces obstacles et inscrire le dépistage dans les habitudes, il semble nécessaire de travailler à la banalisation de ce comportement. Concrètement, cela consisterait notamment à rendre l'information encore plus accessible, idéalement à l'aide d'un discours au vocabulaire simplifié, compréhensible par tous et proposant un message qui insisterait sur l'importance du dépistage pour favoriser la guérison. Il semble également important de redire que le dépistage du cancer colorectal peut se faire à l'aide d'un test simple à faire chez soi. À ces aspects de fond s'ajoutent quelques ajustements de forme autorisant une accroche visuelle avec des dessins et des couleurs plus vives.

Ces groupes focalisés ont par ailleurs permis de confirmer le rôle déterminant du médecin auprès du patient en tant que conseiller en prévention. Le médecin informe, rassure et prescrit. Il est le principal moteur de l'action. Ceci conforte également le travail déjà réalisé avec les médecins généralistes et incite à le poursuivre.

*Delphine Matos da Silva,
Bernadette Taeymans
SCPS-Question Santé asbl*

CONTACT
SCPS-QUESTION SANTE asbl
Rue du Viaduc 72
B-1050 Bruxelles.
Tél : 02/512.41.74
Fax : 02/512.54.36
info@questionsante.org
www.questionsante.org

La prévention du suicide chez les jeunes

22. Parmi les ouvrages cités en bibliographie dans le dossier de presse, retenons notamment :

- Bantuelle M., Demeulemeester R., Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire, Paris, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, 2007.
- Elsen M., Rapport introductif sur la prévention du suicide en Communauté française, Bruxelles, 2008.
- Houle J., Le continuum suicidaire à l'adolescence: fait ou croyance erronée? Actes du Deuxième Congrès international de la francophonie en prévention du suicide "Prévention du suicide et pratiques de réseaux", Liège, 18-22 novembre 2004.
- Organisation Mondiale de la Santé, La prévention du suicide: indications pour le personnel enseignant et le milieu scolaire, Genève, OMS, 2002.

23. Et cela ne va quand même pas de soi. Sans remonter jusqu'aux Romains, pour lesquels le suicide pouvait être un acte civique, on peut se rappeler Albert Camus : "Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide" (Le Mythe de Sisyphe, 1942). Plus près de nous encore, et même s'il fait plutôt allusion à des adultes confrontés au reniement qu'à des jeunes gens en construction identitaire, Vaclav Havel voit les personnes qui se suicident comme "les gardiens tristes du sens de la vie" (Interrogatoire à distance, entretien avec Karel Hvizdala, 1989).

24. En gros, le "genre" (angl. gender) est le rôle sexuel imposé par la norme sociale : selon qu'on est un homme ou une femme, on est censé/e se conduire de telle ou telle manière.

C'est à l'initiative de Mme Fadila Laanan, Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des Chances, et en présence de S.A.R. le Prince Philippe que s'est tenue une table ronde sur la prévention du suicide chez les jeunes, à Bruxelles, le 22 octobre 2010. La Ministre a rappelé que la prévention du suicide était une des priorités inscrites dans le Programme quinquennal de promotion de la santé depuis 2004 et que, dans sa Déclaration de politique communautaire 2009-2014, le Gouvernement de la Communauté française avait insisté sur trois points : mener une réflexion globale sur la problématique, former les intervenants auprès des publics à risque et développer des relations structurelles entre les différents acteurs concernés.

La Ministre a aussi souligné que les documents de référence en la matière ne manquaient pas²². Néanmoins, elle a sollicité un groupe d'experts – dont la plupart figuraient parmi les orateurs de la matinée – pour identifier les besoins à rencontrer et formuler des propositions d'action concrètes. Ces propositions, parmi lesquelles Mme Laanan distingue déjà la sensibilisation des acteurs de première ligne et la formation des équipes éducatives, devront être discutées avec les Ministres compétentes pour l'Enseignement, Mme Marie-Dominique Simonet, et pour l'Aide à la Jeunesse, Mme Evelyne Huytebroeck.

Sans préjuger des suites de cette table ronde, son principal intérêt aura été – du point de vue d'un auditeur "généraliste" et non d'un acteur de ce champ spécifique de la prévention – d'ouvrir une réflexion sur la problématique du suicide à l'adolescence plutôt que de se focaliser sur les questions institutionnelles (qui avaient dominé lors de la précédente table ronde, le 21 mai dernier, consacrée à la prévention des assuétudes). Cette réflexion s'est placée d'emblée sous l'égide de la santé publique²³. Pour Alain Levêque (ESP-ULB), le phénomène suicidaire se présente comme un continuum passant par différentes étapes, qu'il importe de mesurer de manière fiable sur le plan épidémiologique. Ce qui n'est pas aisé, car qu'est-ce que "l'adolescence"? Dans la littérature, même si certaines études démarrent à 10 ans (!), on trouve le plus souvent la tranche d'âge 15-24 : une catégorie qui englobe donc les post-pubertaires et les "jeunes adultes"... On voit que le problème méthodologique n'est pas seulement de l'ordre de la statistique mais aussi de la sociodémographie voire des représentations culturelles.

Les personnes tentées par le suicide sont-elles plus fragiles que d'autres? Celles qui passent à l'acte le font-elles surtout ou d'abord parce qu'elles sont fragilisées? Attention aux mots. On est déjà gavé de "défavorisés" et de "marginalisés"... Néanmoins – et encore une fois avec toutes les précautions méthodologiques qui s'imposent – il semble bien que les jeunes homosexuels (plus encore les garçons que les filles), confrontés à une norme moins tranchante qu'auparavant mais qui reste excluante, voire à une homophobie agressive, soient davantage "à risque suicidaire". On peut même élargir au plan du genre²⁴ puisque, rappelle Vladimir Martens (Observatoire du Sida et des Sexualités), de jeunes hétérosexuels dont l'attitude n'est pas en accord avec le rôle qui leur est alloué témoignent eux aussi d'une plus grande vulnérabilité au suicide.

Complexité et paradoxes

Pour Axel Geeraerts (Centre de Prévention du Suicide), il est très délicat de rendre compte du phénomène suicidaire, qui est en lui-même paradoxal – reprendre le contrôle de sa vie en se l'ôtant –, concerne des personnes ayant des structures de personnalité très différentes et pas forcément de pathologie psychique, obéit à une causalité

mutiple (on est loin du schéma “A entraîne B”) et suit un processus lent et complexe. Selon lui, les comportements suicidaires sont toujours à placer dans un contexte relationnel et communicationnel. Et, même s’ils heurtent le “sens commun”, ils ne sont pas plus illogiques ou dépourvus de sens que n’importe quel comportement humain.

D’où l’envie de comprendre : comment peuvent-ils *faire ça* si jeunes, quand la vie leur est ouverte, offerte, prometteuse? Mais leur est-elle si prometteuse?... Et n’oublions pas que chez les plus âgés le suicide fait un autre “pic” dans les statistiques. Interpellant, non? Deux moments de la vie où l’on se demande forcément : “quel sens cela a-t-il?” Interpellant pour toute la société contemporaine – jeunisme “à mort” et craignant une jeunesse vue comme potentiellement délinquante, glorifiant ses “aînés en pleine forme” et ses quelques centaines mais rejetant ce qu’elle n’ose plus appeler les vieillards. Et, au-delà, interpellant *pour soi*. La vie ne va pas de soi. Et elle n’est pas davantage une valeur *en soi* : le “caractère sacré de la vie”, énoncé par Axel Geeraerts et repris par Florence Ringlet (Centre “Un pas dans l’impasse”), est contredit par un simple coup d’oeil sur les journaux, il n’est même pas nécessaire d’aller fouiner dans les livres d’histoire.

Denis Hirsch (Service de santé mentale de la Ville de Bruxelles) inscrit la tentative de suicide à l’adolescence parmi les “conduites à risque” : sports dangereux, fugues, absentéisme scolaire, scarifications et auto-mutilations, anorexie et boulimie... Les conduites limites, toujours répétées, sont caractérisées par la recherche de sensations extrêmes et une mise en scène de la détresse de l’adolescent : elles deviennent ainsi une “drogue” en soi, pour lutter contre l’ennui, la déprime, la perte d’identité et de sens, pour ne pas penser à sa détresse. En ce sens, la prévention du suicide devrait donc être élargie à l’ensemble des conduites à risque.

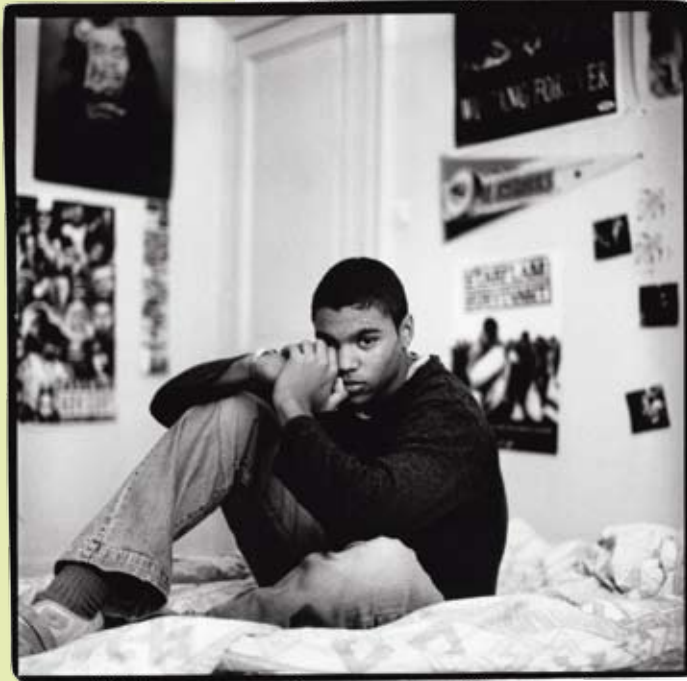
Même si l’on peut penser que cette approche tend à réduire la spécificité du suicide – une réalité à tous les âges de la vie, tandis que ces conduites à risque sont plus spécifiquement adolescentes –, elle a le mérite d’ouvrir, à l’attention des acteurs du terrain éducatif, des pistes plus larges que celles de la prévention à visée “éradicative”. Car l’enseignant, souligne Hirsch, peut se heurter à deux écueils opposés : le surinvestissement (lié à la culpabilité et à un désir de toute-puissance) et le désinvestissement (pour protéger ses propres émotions et ce qui l’a amené à choisir ce métier, c’est-à-dire un parcours scolaire pas si formidable que ça...). Ou, comme le dit plus largement Xavier Gernay (Centre Patrick Dewaere), pour les acteurs de première ligne les risques majeurs sont de “passer à côté” du risque (ne pas le voir ou le sous-estimer) ou, au contraire, de “tomber dedans” (essayer à tout prix d’empêcher les drames).

Quelle attitude prendre en tant qu’adulte?

Entre ces deux extrêmes, quelle position adopter? « *Etre quelqu’un pour l’autre* », répond Gernay : « *occuper pleinement sa place de père pour son enfant, d’ami pour son ami, de prof pour son élève, de voisin pour son voisin. Dire : on ne m’a pas expliqué comment il fallait vivre, on ne m’a pas donné de raison univoque de vivre, mais plusieurs m’ont montré le chemin* ». Ce qui fait écho aux mots de Florence Ringlet et à ceux d’Anne Englert (Service de santé mentale de l’ULB) : on peut “faire avec” ses impuissances, ses limites, ses désirs, ses frustrations; on peut *témoigner* – dire JE – vis-à-vis de l’adolescent.

Englert et Hirsch ont évoqué la mise en réseau d’acteurs dans et autour de l’école. Mais pourquoi l’école? Peut-être parce que c’est plus facile (la fameuse notion de “population captive”), mais aussi parce que les jeunes y vivent de nombreuses heures, que c’est un lieu important de socialisation, d’apprentissage et de (trans)formation. Et c’est justement ce corps scolaire que le jeune en souffrance va attaquer avant de s’attaquer à son propre corps. Plus il s’acharne contre l’école, plus il y est attaché.

De même, son lien avec la famille, les parents, est d'autant plus fort qu'il les récuse et les rejette. Le lien avec les adultes – parents, enseignants, soignants – est l'axe essentiel de la prévention, insiste Denis Hirsch.



Photo© : Thomas Chable-Dircom/
MCF - www.phototheque.cfwb.be

Mais tout le monde peut-il aider? Oui, répond Florence Ringlet, mais à *sa place* et *de sa place*. Xavier Gernay dira quant à lui qu'il ne s'agit pas de former des "suicidologues" mais plutôt que chacun, de sa place, améliore sa capacité de parler et de réagir plus adéquatement. Il importe donc de renforcer chaque intervenant dans son rôle et de le soutenir dans sa responsabilité professionnelle. Chaque intervenant du monde éducatif devrait prendre distance avec les préjugés et les idées reçues ("ceux qui en parlent ne le font pas", "le suicide est héréditaire", etc.), mieux connaître le processus suicidaire et les signaux révélant un risque imminent de passage à l'acte, clarifier ses propres représentations du suicide mais aussi de ce qu'il est bon ou permis de faire pour le prévenir.

On ajoutera, pensant au témoignage d'un éducateur spécialisé qui s'est senti très démuni face à un adolescent suicidaire : *ne pas rester seul* si l'on reçoit une confiance ou si l'on pressent un risque de passage à l'acte.

Georges De Bundel (Centre PMS libre de Bruxelles Nord-Ouest), qui a donné l'exemple d'une Cellule Bien-être en milieu scolaire, notait la grande solitude de l'adulte par rapport à la problématique du suicide.

Nous ne reproduirons pas ici les propositions du groupe d'experts, en raison de leur longueur... et parce que nous n'avons pu disposer du texte intégral. Nous retiendrons cependant quelques "fondamentaux" pour le travail avec les jeunes – en dehors de la gestion des crises et de ce que l'on appelle aujourd'hui la postvention :

- Développer prioritairement une approche positive et globale, promouvoir ce qui favorise la santé mentale et le bien-être à l'école.
- Installer un dialogue sur les questions humaines fondamentales : la vie, l'identité ("qui suis-je?"), l'amour, la mort...
- Éviter les "campagnes" de prévention générales; les évaluations ont montré leurs effets contre-productifs.
- Faire preuve de prudence pour aborder la question du suicide dans un groupe, sauf demande explicite ou événement préalable; éviter d'en parler à n'importe qui, n'importe comment, à n'importe quel prix.

Et les parents ?

La présentation des recommandations des experts a été suivie d'échanges avec la salle, au cours desquels une question s'est taillée la part du lion : quand un jeune se confie, faut-il impliquer ses parents? Divers points de vue se sont confrontés. En ne les impliquant pas, on risque de cautionner la disqualification des parents, sur lesquels les enseignants – et peut-être aussi les experts, admettra l'un de ceux-ci – portent déjà très facilement un regard dépréciatif. Or l'adolescent qui exclut ses parents de la confiance cherche à les protéger: il ne veut pas qu'ils soient impliqués parce que ses idées suicidaires sont pour lui comme un désaveu de ses parents (Denis Hirsch). Par ailleurs, dira un travailleur d'AMO, "si un jeune se confie à moi, la confidentialité doit lui être garantie, sinon il ne reviendra plus et le dialogue sera rompu : je ne prévient donc pas les parents sans son accord". Xavier Gernay pense que les différentes déontologies en présence peuvent se concilier en pratique, car on peut souvent obtenir assez vite que le jeune mette lui-même ses parents dans la confiance, et aussi lui faire comprendre qu'on ne pourra pas aller au-delà d'un certain niveau de secret. Mais "si je sens qu'il faut mettre tes parents dans le coup, je ne le ferai pas sans te le dire".

Pour conclure, revenons sur un point que la Mme la Ministre Laanan a soulevé au cours de son allocution de bienvenue et qui figure aussi parmi les recommandations des experts: l'importance des médias dans les représentations du suicide. Les médias peuvent en effet orienter celles-ci vers le sensationnel (détails macabres, mise en scène dramatique), le romantique (le suicide par amour, désespoir ou révolte, "vivre intensément et mourir jeune") voire le *glamour* (l'univers fascinant des *people*). Les journalistes sont donc invités à plus de responsabilité. Il faut cependant rappeler qu'ils ont rarement le choix pour leurs articles : les médias sont des entreprises et ce ne sont pas les pigistes qui y commandent. En outre, le seul exemple d'impact négatif donné au cours de la matinée – un jeune homosexuel se suicide après avoir été filmé avec son compagnon – ne concernait pas même la presse à sensation, mais les NTIC²⁵: un téléphone portable pour filmer et le Net pour diffuser...

Alain Cherbonnier SCPS-Question Santé asbl

(Version légèrement remaniée de l'article
paru dans Bruxelles Santé n° 60 en décembre 2010,
voir www.bruxellessante.be)

CONTACT

SCPS-QUESTION SANTE asbl

Rue du Viaduc 72

B-1050 Bruxelles.

Tél : 02/512.41.74 - Fax : 02/512.54.36

info@questionsante.org

www.questionsante.org

25. NTIC = Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication. À ne pas confondre avec les TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs). Quoique...

Un outil à votre disposition

Du neuf sur notre site internet : le répertoire d'outils de promotion de la santé en Communauté française est en ligne.

Ce répertoire vous permet de (re)trouver facilement les nombreux outils produits, avec le soutien de la Communauté française, par des opérateurs en promotion de la santé.

Vous trouverez pour chaque outil une fiche descriptive reprenant notamment la thématique, le public-cible et les modalités pratiques pour vous le procurer.

Ce répertoire est réalisé sur une base volontaire. Il ne prétend pas être exhaustif ; il donne néanmoins un bel aperçu de l'ensemble des thématiques abordées, des publics visés, de la créativité et de la diversité des supports utilisés.

Plusieurs phases seront nécessaires à sa mise en œuvre.

Dans un premier temps, le répertoire ne reprendra qu'un certain nombre de fiches, d'autres viendront s'ajouter au fur et à mesure que les différents promoteurs en promotion de la santé les compléteront et nous les feront parvenir.

Cet outil se construit en effet grâce votre collaboration !

La politique de santé : quoi de neuf ?

Le Gouvernement de la Communauté française a promulgué le 7 octobre 2010 un arrêté prolongeant le programme de dépistage du cancer du sein par technique analogique jusqu'au 31 décembre 2012.

Cet arrêté est paru au Moniteur belge du 19 novembre 2010 (vous pouvez le consulter sous le lien suivant : <http://www.sante.cfwb.be/textes-officiels/ps/>).

Les motivations de cette prolongation résident dans le fait que plusieurs unités de radiologie n'ont pu intégrer le programme de dépistage par mammographie numérique en l'absence temporaire du matériel numérique nécessaire et que depuis le 1^{er} janvier 2010, la couverture géographique en unités agréées participant au programme est insuffisante pour garantir une participation maximale des femmes ; or les unités radiologiques « analogiques » peuvent aider à compléter cette couverture.

Pour rappel, c'est en juillet 2008 que les arrêtés du Gouvernement de la Communauté française relatifs au Programme de dépistage du cancer du sein par mammographie numérique ont été promulgués.

Cette numérisation doit à terme permettre un gain de temps pour le transfert des informations ainsi que leur meilleure sécurisation et un archivage centralisé des mammothests.

Ces deux techniques de dépistage coexistent donc actuellement, et ce jusqu'en fin 2012.

- N'hésitez pas à nous faire parvenir vos suggestions :
Ministère de la Communauté française
Direction générale de la santé
Boulevard Léopold II 44
1080 Bruxelles
sophie.lefevre@cfwb.be
- Comité de rédaction : Jamila Buziarsist (ISP), Serge Carabin (DGS), Alain Cherbonnier (SCPS Question Santé), Philippe Demoulin (DGS), Dominique Doumont (SCPS Unité RESO/UCL), Madhy Kosia (DGS), Sophie Lefèvre (DGS), Roger Lonfils (DGS), Nathalie Noiret (DGS), Raymond Moriaux (DGS), Patrick Trefois (SCPS Question Santé).
- Coordination de la revue : Sophie Lefèvre (DGS)
- Conception graphique : SCPS Question Santé asbl
Crédit photos de couverture : © Darren Baker - Fotolia.com - © Galina Barskaya - Fotolia.com - © jeancliac - Fotolia.com - © shatteredlens - Fotolia.com
© absolut - Fotolia.com
- Tirage : 10.000 exemplaires
- Remerciements pour leur contribution : Michel Candeur (CCR), Sylviane Carbonnelle (CCR), Alain Cherbonnier (SCPS-Question Santé), Dominique Doumont (SCPS Unité RESO/UCL), Delphine Matos da Silva (SCPS-Question Santé), Bernadette Taeymans (SCPS-Question Santé), Anne Vandenbroucke (CCR) et Karine Verstraeten (SCPS Unité RESO/UCL).
- Remerciements pour leur relecture : Jean-Michel Antonutti (DGS), Marie-Anne Goosse (DGS)
- Les articles publiés par Santé en Communauté française n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la Direction générale de la santé.
- Cette publication semestrielle peut être téléchargée sur le site www.sante.cfwb.be



Publication de la Direction générale de la santé
du Ministère de la Communauté française,
Bd Léopold II 44 - 1080 Bruxelles
Tél. : +32(2) 413.26.01
Fax : +32(2) 413.26.13
Site internet : www.sante.cfwb.be

Secrétariat de rédaction :
Sophie Lefèvre
Editeur responsable :
Serge Carabin
44 bd Léopold II - 1080 Bruxelles
D/2011/10134/1