



**De quelques
maux de la
prévention
contemporaine**

Patrick Peretti-Watel

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



Edito

Un bon malade est un malade mort

Christian De Bock, rédacteur en chef

Pour notre système de sécurité sociale en tout cas.



La 'sortie' récente de **Pedro Brugada**, cardiologue à l'UZ-VUB de Bruxelles, n'est pas passée inaperçue, c'est le moins qu'on puisse dire. Son idée, très simple, est de pénaliser les fumeurs invétérés en les obligeant à assumer les conséquences de leur inconséquence, y compris financières. La collectivité n'a pas à supporter les frais occasionnés par ces individus, selon l'éminent spécialiste. Et qu'on ne vienne pas lui dire que le tabac est une drogue dure, il a lui-même fumé et arrêté de fumer sans problème. Simple question de volonté. De beaux esprits ont trouvé qu'il poussait le bouchon un peu loin, comme **Lieven Annemans** (universités de Gent et VUB) ou encore **Jean Hermesse** (Mutualité chrétienne) et **Jean-Pascal Labille** (Mutualité socialiste).

Pourtant, l'idée est excellente, et, habilement exploitée, elle contribuerait à de formidables économies en matière de soins de santé. Dans le même ordre d'idée, on pourrait sanctionner les obèses, rien de plus facile que d'objectiver la chose. Votre BMI

dépasse la norme, on diminue d'abord vos remboursements proportionnellement s'il est entre 25 et 30, et quand vous êtes dans la zone rouge, on coupe le robinet. Vous consommez plus de 5 g de sel par jour, on vous colle une franchise progressive pour chaque gramme de sel excédentaire. Concernant les maladies chroniques, soyons fermes avec les diabétiques de type 2, c'est de leur faute. Pas besoin de tartiner là-dessus, Brugada y a aussi pensé. Il déclarait au Soir « L'enfant qui naît avec un diabète inné a droit à tous les soins, l'adulte qui attrape la maladie parce qu'il n'adapte pas son style de vie doit être responsable de ses actes et assumer les conséquences de son mauvais comportement. »¹

Et on aurait tort de s'arrêter en si bon chemin : supprimons les remboursements

pour les gens qui boivent un peu trop de vin blanc ou pas assez de vin rouge, pour les automobilistes qui polluent en plus d'être sédentaires, pour les cyclistes qui brûlent les feux rouges, pour les gens qui utilisent les ascenseurs et pas les escaliers, pour les dépressifs, pour les malades mentaux et bien entendu surtout pour les vieux et les handicapés qui ont l'inélégance de concentrer la majeure partie des interventions solidaires de la sécu. Oui, mais le contrôle de tout ça, direz-vous. On ne va quand même pas sombrer dans l'arbitraire !

Pas de souci, il n'y a plus qu'à créer le *Service public fédéral de la police sanitaire*² pour objectiver toutes les déviations, et nous vivrons enfin dans le meilleur des mondes³. Il suffisait d'y penser...

¹ « Il faut pénaliser ceux qui refusent de modifier leur vie », propos recueillis par Frédéric Soumois, *Le Soir* du 14 février 2012.

² En attendant sa régionalisation, mais méfions-nous du laxisme wallon...

³ À lire ou relire sur ce sujet, la BD 'définitive' de Griffo et Van Hamme, 'S.O.S. Bonheur' (3 tomes), parue chez Dupuis en 1988 et 1989, qui reste aujourd'hui encore d'une actualité totale (disponible en intégrale).

Initiatives

Cantine ou *street food* ?

Karin Rondia

Dans les pays riches comme dans les pays pauvres, on mange de plus en plus à l'extérieur de chez soi. Une évolution qui n'est pas anodine en termes de santé publique. Et un enjeu à l'échelle mondiale.

Point n'est besoin de rappeler les ravages de la malbouffe, de l'obésité et des maladies chroniques qui en sont le corollaire. Si on considère l'évolution de ces facteurs au cours

du temps, on constate qu'un changement majeur est intervenu ces dernières décennies : nous avons pris l'habitude de manger en dehors de chez nous.

Il y a moins de 50 ans, parents et enfants rentraient « manger chaud » à midi, une habitude qui s'est progressivement effritée sous les exigences du monde du travail... et de l'émancipation des femmes, qui n'ont plus souhaité attendre dans leur cuisine que leurs héros viennent se restaurer dans la douce chaleur du logis.

Le monde mange dehors

C'est cette évolution que questionne le chercheur **Carl Lachat**, de l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers qui vient de défendre une thèse sur ce sujet à l'Université de Gand. Car il n'y a pas que dans nos pays occidentaux que cette habitude s'est implantée : partout dans le monde, on a assisté ces quelques 30 dernières années à des modifications radicales dans le style de vie des populations. Des facteurs démographiques comme l'urbanisation galopante et le travail des femmes ont été les déclencheurs de cette évolution. Or, affirme Carl Lachat, cette offre globale de nourriture extérieure pèse lourd dans le bilan de la nutrition des populations humaines ; elle est en effet plus énergétique, plus grasse et contient moins de micronutriments. Bref, en moyenne, on mange mal, et sur tous les continents. En Belgique, un tiers de la population consomme plus de 25 % de ses apports nutritionnels à l'extérieur, et les chiffres sont bien plus élevés encore dans d'autres parties du monde. C'est préoccupant, affirme le chercheur, parce que cette consommation énergétique est de piètre qualité : les portions sont trop grosses ; la densité énergétique est plus élevée que dans une cuisine « maison » ; le gras, le sucré et le salé sont omniprésents ; on ne sait pas toujours exactement ce qu'on mange ; et dans beaucoup de cas, on n'a guère le choix. Enfin, il ne faudrait pas non plus oublier, dans ce bilan, l'importance des boissons : le règne de la canette de soda sucré est désormais mondial, ce qui n'est certainement pas sans conséquences non plus...

Bien sûr, dans les pays riches, on observe depuis quelques années un regain d'intérêt pour une alimentation saine et équilibrée ; un certain nombre



Photo © Fotolia

d'enseignes de restauration basent même tout leur business sur cette tendance. Mais il n'en reste pas moins vrai que, selon de nombreuses études, manger régulièrement au dehors est clairement associé à une augmentation de l'obésité et de son cortège de complications. Pour le chercheur anversoise, il y a donc clairement là un enjeu de taille pour les autorités de santé, voire un levier potentiel pour améliorer l'état de santé des populations du globe.

Il y a « dehors » et « dehors »

Dans les lieux de restauration extérieurs au domicile, le chercheur distingue deux catégories : les commerciaux et les collectifs. Les commerciaux s'adressent aux consommateurs qui ne sont pas organisés en communautés et pour qui il est donc plus difficile d'imposer à leur fournisseur des critères de qualité. Ce sont les petits marchands de sandwiches, pittas, frites ou autres spécialités locales (selon les latitudes), qui ouvrent de petites boutiques dans les villes ou plantent leurs échoppes le long de la voie publique ; les franchisés de grandes enseignes que l'on trouve dans les centres urbains et les lieux publics tels que gares, aéroports, stations services, etc. ; les distributeurs automatiques de plus en plus présents dans le paysage urbain, et bien sûr les « vrais » restaurants.

Quant aux collectifs, ils regroupent les cantines d'entreprise, d'écoles, d'hôpitaux, de l'armée, etc. Parmi ceux-ci on distingue les cantines appartenant à l'institution où elles sont installées, et les cantines contractuelles, dépendant d'une grande organisation de *catering*.

Le Belge et sa cantine

Selon les pays considérés, les habitudes vont plus dans le sens de l'une ou l'autre forme de restauration. Chez nous, les cantines tiennent le haut du pavé. Il y en a de toutes sortes et dans la moyenne, elles ne sont pas franchement mauvaises, mais il y a quand même des possibilités d'améliorer la situation. Carl Lachat a ainsi observé que dans une cantine universitaire, seule une minorité des combinaisons parmi les repas possibles rencontrent les recommandations de qualité d'un bon repas chaud. « *La moitié des pays européens n'ont pas de législation relative à la fourniture de restauration collective, et quand il en existe une, elle ne fait guère l'objet de contrôles* », dénonce le chercheur dans sa thèse. Mais il précise aussitôt : « *Ce n'est pas tant en légiférant qu'on arrive à améliorer la qualité des repas fournis, mais plutôt en sensibilisant tous les acteurs. Certains exemples scandinaves ou britanniques sont très convaincants.* » Certes, il reconnaît volontiers que le secteur de la restauration collective d'entreprise, chez nous, a fait des efforts considérables pour arriver à fournir chaque jour à un très grand nombre de convives une nourriture de qualité pour un prix abordable. Mais on parle là d'un certain niveau de restauration. « *Ce sont les options plus bas de gamme qui sont plus inquiétantes* », précise-t-il.

Street food

Dans beaucoup de pays émergents, la restauration collective est loin d'atteindre le niveau qu'elle a chez nous. La fourniture de la nourriture de base, notamment la restauration de rue, provient essentiellement d'une multitude de petits commerçants, un secteur très difficile à contrôler. L'enjeu est donc colossal dans ces pays, et certains s'y sont déjà attelés avec beaucoup de clairvoyance. Par exemple, en Corée, où les chiffres de diabète et d'hypertension artérielle décollent en flèche, une politique de prévention efficace a été mise en place. Une des stratégies a été de contrer la marée de la *junk food* en réhabilitant la cuisine traditionnelle dont on a renforcé l'image positive. « *En Belgique aussi, on observe une nouvelle*

vague d'intérêt pour les légumes oubliés et la redécouverte de certains plats d'antan. Elle pense que c'est une piste intéressante pour la promotion d'une cuisine saine et équilibrée », remarque Carl Lachat. Le chercheur observe également avec intérêt certaines initiatives dans d'autres pays en développement. En Chine notamment, ou encore au Vietnam. Pour sa thèse, il y a étudié les évolutions dans la manière de s'alimenter des jeunes Vietnamiens. Dans ce pays, la nourriture préparée et vendue à l'extérieur des foyers familiaux fournit aux adolescents 42 % des fruits et légumes, 23 % des apports en sel, 21 % de l'énergie, des vitamines, du fer et du zinc. Le fait de manger en dehors de chez eux leur apporte donc d'indéniables bénéfices... mais augmente aussi insidieusement la ration calorique et la quantité de sucre. Les ados sont tiraillés entre fidélité à la tradition et attirance pour un mode de vie plus occidental : ceux qui mangent à l'extérieur invoquent le plaisir, la variété de choix, le fait d'être avec les copains, tandis que ceux qui fuient cette habitude disent craindre le

manque d'hygiène et le mauvais équilibre nutritionnel des repas pris à l'extérieur. « C'est dans un tel contexte de pays en plein développement qu'on devrait être attentif à la qualité des repas pris en dehors si on veut protéger la santé des nouvelles générations », affirme Carl Lachat.

« Quand on voit à quelle vitesse le marché des plats tout préparés prend de l'extension, je crains que nous ne nous dirigions vers une civilisation du 'manger dehors' même chez soi (Carl Lachat) ! »

Balayer dans sa propre cuisine...

Mais s'il prône avec autant de ferveur le retour aux cuisines traditionnelles là-bas comme ici, est-il donc tellement convaincu que, dans le secret de sa cuisine, le Belge ne se mitonne que des petits plats bien

équilibrés ? « Non, j'avoue que je suis assez sceptique par rapport aux talents culinaires des Belges, répond-il en riant. Quand on voit à quelle vitesse le marché des plats tout préparés prend de l'extension, je crains que nous ne nous dirigions vers une civilisation du 'manger dehors' même chez soi ! Ce qui n'est pas du tout rassurant ! »

L'évolution sociologique en cours est probablement irréversible : elle va de pair avec la mondialisation. Les êtres humains cuisineront sans doute de moins en moins eux-mêmes et sous-traiteront probablement de plus en plus leur nourriture à l'extérieur. Cela se voit d'ailleurs très clairement chez nous avec les jeunes générations. Si nous voulons préserver leur santé à venir – quel que soit le continent où nous vivons – il est donc temps de nous intéresser à cet aspect du problème.

Article publié initialement dans Équilibre n° 65, février 2012, et reproduit avec son aimable autorisation



Alcool en milieu étudiant : l'UCL analyse et agit

En 1432, l'autorité civile, représentée par le Chancelier du Duc de Brabant, se plaint vivement auprès du Recteur de l'Université de Louvain « des nombreux abus commis par les étudiants : ceux-ci s'adonnent à la boisson et parcourent les rues pendant la nuit, faisant du tapage et molestant les habitants ».

La consommation d'alcool en milieu étudiant ne date pas d'hier. Ceci dit, avant d'agir, il s'agit de connaître, dans le détail, la situation sur le terrain. L'UCL a ainsi diligenté 8 études parallèles sur le sujet et interrogé près de 7000 étudiants. L'objectif ? Approfondir la connaissance et la compréhension de la consommation d'alcool parmi les étudiants afin d'affiner les actions existantes et de mettre en place de nouvelles mesures concrètes de

sensibilisation. Une manière de balayer les idées reçues et d'enrayer les conséquences, souvent néfastes, d'une consommation d'alcool exagérée.

8 études de terrain

En 2009, huit mémorants de l'UCL ont mené, sous la houlette de **Vincent Lorant**, professeur à l'Institut de recherche santé et société de l'UCL, 8 études visant à connaître l'ampleur de la consommation d'alcool

chez les étudiants de l'UCL, déterminer les conséquences de cette consommation d'alcool, identifier les facteurs de risque liés à cette consommation et mettre en place des mesures de conscientisation ciblées. Ils ont, pour ce faire, interrogé 6992 étudiants, via le web, sur base volontaire et via un questionnaire précis. L'ensemble des données récoltées ont ensuite été minutieusement analysées, par l'équipe du professeur Lorant, les acteurs

de terrain (Univers santé, le service d'aide aux étudiants et le Service des logements de l'UCL) ainsi que par le Vice-recteur aux affaires étudiantes, **Didier Lambert**.

Profil du consommateur d'alcool

Sur les 6992 étudiants interrogés, un peu plus d'un étudiant sur 8 boit au moins 4 fois par semaine, avec une consommation de 11 verres hebdomadaires. Un étudiant sur 4 pratique le *binge drinking* une fois par semaine. Ceux qui habitent à Louvain-la-Neuve boivent davantage que ceux qui résident chez leurs parents. Celui qui boit le plus ? Un étudiant de sexe masculin, âgé de 18 à 20 ans, résidant en kot et participant activement au folklore étudiant. Enfin, la consommation d'alcool est la plus forte entre le Bac 1 et le Bac 2, elle diminue ensuite.

Impact d'une forte consommation d'alcool sur la santé des étudiants

Premier constat, **la majorité des étudiants interrogés (8 sur 10) ne mentionne aucune conséquence négative consécutive à une forte consommation d'alcool**. Lorsqu'il y en a, elles concernent principalement le travail de l'étudiant (66 % ont été amenés à brosser un cours, 37 % se sentaient incapables d'étudier à cause de l'alcool) ou des relations sexuelles non protégées ou regrettées (10 à 12 %). Deuxième constat, l'impact néfaste du

binge drinking sur la santé. **Pierre Maurage**, professeur UCL, a établi que ce mode de consommation extrême provoque des dommages durables sur certaines cellules cérébrales. À consommation égale, ces conséquences cérébrales sont beaucoup plus importantes chez les *binge drinkers* que chez les buveurs quotidiens ayant une forte consommation d'alcool.

Contrairement aux idées reçues, il n'y a pas plus de plaintes pour nuisances à Louvain-la-Neuve qu'ailleurs en Belgique.

Troisième constat, l'étude révèle une corrélation significative et négative entre consommation d'alcool et performances académiques : plus la consommation d'alcool augmente, plus les performances académiques sont faibles (grade académique final). Le lien le plus fort est observé entre la fréquence du *binge drinking* et l'échec en fin d'année académique.

Alcool = bon moyen de socialisation pour les étudiants

Les étudiants associent davantage la consommation d'alcool à des effets positifs

plutôt que négatifs. Selon eux, elle renforce la socialisation et la relaxation.

Boire pour être dans la norme

Parmi les résultats inédits de cette enquête, il faut noter une exagération de la perception que les étudiants ont de la consommation d'alcool de leurs congénères. Avec pour conséquence une tendance à boire plus, pour « faire comme les autres ». Concrètement, les étudiants surestiment systématiquement la consommation des autres : de 2 verres par jour chez les garçons et de 3 chez les filles. Autre indication, le réseau social a une influence sur la consommation d'alcool. L'enquête indique une plus grande consommation d'alcool chez les étudiants ingénieurs qu'en psycho. Deux facteurs permettent d'expliquer ce constat : les ingénieurs rassemblent un public majoritairement masculin (82 %) tandis que la psycho attire 90 % de filles. Également, les cours pratiques sont plus nombreux en ingénieur (ce qui favorise les liens sociaux), contre une majorité de cours en grands auditoires en psycho. Conclusion : plus l'auditoire est grand (donc avec peu de contacts sociaux) et majoritairement féminin (norme plus stricte en matière de consommation d'alcool), moins la consommation sera importante. À l'inverse, avec un public à forte tendance masculine et des liens

État des lieux



L'UCL a publié récemment une brochure de synthèse des données récoltées en son sein sur cette problématique depuis deux ou trois ans.

'L'alcool en milieu étudiant – études, actions et perspectives' propose en quarante pages des informations précises sur la consommation d'alcool par les étudiants (ampleur et profil de la consommation, conséquences, facteurs de risque sociaux, alcool et institution universitaire). Le cadre académique et les actions éducatives entreprises pour gérer cette question sont également

abordées, sans oublier de donner la parole aux premiers concernés, les étudiants eux-mêmes.

Ce document est issu d'un partenariat entre le Vice-rectorat aux affaires étudiantes, le Service des logements, le Service d'aide et Univers santé.

Il peut être obtenu sur simple demande à Univers santé, Place Galilée 6, 1348 Louvain-la-Neuve. Tél. : 010 47 28 28.

Courriel : univers-sante@uclouvain.be.

Internet : www.univers-sante.be.

La brochure y est téléchargeable (1,4 Mb).

sociaux étroits, la consommation d'alcool sera élevée.

Les pré-soirées accentuent la consommation d'alcool

Les pré-soirées constituent un phénomène nouveau : elles attirent surtout les jeunes étudiants (18 à 21 ans), avec pour objectif la convivialité et la socialisation. Elles permettent également d'atteindre les conditions mentales requises pour participer aux soirées, davantage perçues comme des lieux de défoulement. L'imprégnation qui résulte de ces pré-soirées explique les dérives qui peuvent avoir lieu en soirées.

Vie en kot, consommation plus importante

Les étudiants kotteurs (64 %) développent une consommation moyenne d'alcool beaucoup plus élevée que ceux qui résident chez leurs parents (*a fortiori* s'ils sont

rattachés à un cercle ou une régionale). La raison ? Une vie sociale hyper développée, la fréquence des pré-soirées et des normes très permissives en termes de consommation puisqu'elles sont établies par le groupe lui-même. Autre constat : la consommation moyenne croît avec le nombre de cokoteurs.

Impact de l'alcool sur les nuisances urbaines

Contrairement aux idées reçues, il n'y a pas plus de plaintes pour nuisances à Louvain-la-Neuve qu'ailleurs en Belgique. Plus étonnant encore, les plaintes proviennent principalement des étudiants eux-mêmes, dérangés par leurs congénères fêtards et non pas des habitants.

Mesures mises en place par l'UCL

Depuis de nombreuses années, l'UCL met en place diverses mesures de prévention pour éviter les excès liés à l'abus d'alcool :

formations, campagnes de sensibilisation, groupes de discussion entre autorités et étudiants ou sanctions.

Mesures actuelles

Les formations augmentent chaque année, suite aux demandes croissantes des étudiants. L'ensemble des responsables de l'animation (cercles, régionales, kots à projet) reçoivent, en début d'année, une formation obligatoire de 2 jours. Une 2^e formation de « rappel » est organisée en janvier. Elles visent à rappeler les lois, règlements communaux et chartes internes à l'UCL en vigueur. Elles donnent aussi les outils nécessaires à la bonne organisation des activités : gestion d'équipe, gestion de conflits ou d'accidents...

Une nouvelle formation voit le jour cette année, à l'attention des responsables de baptêmes. Elle a pour objectif de bien préciser avec les étudiants le cadre

Deux nouveaux outils d'information et de prévention

Il s'agit de supports visant à sensibiliser et responsabiliser les jeunes et les adultes qui les entourent quant à leur consommation d'alcool. Ils ont été réalisés dans le cadre d'un projet d'IDA asbl (information sur les drogues et l'alcool), coordonné par la FEDITO Bruxelles, en collaboration avec Univers santé et avec le soutien du Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes.

En lien avec les objectifs du Fonds, ce projet vise à rappeler la législation en vigueur en matière de vente d'alcool et à soutenir les professionnels chargés de l'appliquer. Depuis le 10 décembre 2009, en effet, toute vente d'alcool est interdite aux moins de 16 ans et celle d'alcools forts aux moins de 18 ans.

Cette information sur le cadre légal en vigueur constitue aussi une opportunité de rappeler qu'il n'est pas nécessaire de boire pour s'amuser et faire la fête. Et lorsqu'on choisit de boire, on peut aussi bien réussir sa soirée (ou ne pas la rater...) en consommant de manière responsable.



C'est pourquoi dispenser des conseils visant à réduire les risques en cas de consommation d'alcool fait également partie des objectifs de ce projet. **'L'effectomètre. Alcool ou pas : comment réussir sa soirée ?'** : il s'agit de l'adaptation d'une brochure développée

à l'origine dans le cadre de la campagne 'Top gars', destinée aux étudiants de l'UCL. Cette réédition vise à toucher un public plus large (notamment plus jeune) dans d'autres contextes que les fêtes estudiantines. Utilisé avec un animateur ou un enseignant, cet 'effectomètre' constitue un outil didactique adapté pour aborder la question de l'alcool, le cadre légal, la gradation des risques en fonction de la consommation, les limites, etc. **'Ne commençons pas trop tôt'** : cette affiche est destinée avant tout à rappeler la législation en vigueur et à aider les commerçants et les responsables de débits de boisson à mieux l'appréhender. Bien entendu, ces outils ne suffiront pas à eux seuls à prévenir des consommations inappropriées chez certains jeunes, mais ils pourront contribuer à informer, responsabiliser et à mieux faire prendre conscience des limites et des risques liés à ces consommations.

Pour obtenir ces documents : info@ida-fr.be ou 02 514 12 60.

dans lequel l'organisation des baptêmes permet d'atteindre ses objectifs d'accueil et d'initiation des jeunes : rappel du cadre, du protocole, des conditions pour une fête moins risquée. Des outils en matière de santé et de gestion des relations seront diligentés.

Tout au long de l'année, la formation « Vas'y pro » propose des modules tels que le Brevet européen de premiers secours (BEPS), la gestion d'événement, la communication non violente, etc.

Campagnes/outils de sensibilisation : l'action « vivre ensemble » vise à instaurer une meilleure communication au sein des kots ; des affiches sont apposées dans les cercles pour informer et sensibiliser les étudiants sur les conséquences de l'abus d'alcool ; Univers santé met à disposition de tous des fiches info santé ; enfin, la campagne « Top gars » incite les guindailleurs à être responsables.

Charte Aune (Animation UNiversitaire Étudiante) : cette charte lie les représentants de l'animation étudiante aux autorités de l'UCL et vise à maintenir une animation de qualité, favorisant l'organisation d'activités diversifiées, accessibles à tous. Elle fixe les horaires et les dates des activités, précise les modalités relatives à la mise en conformité de sécurité des salles et règlemente l'organisation de toutes activités extraordinaires.

Protocole et commission des baptêmes : le protocole définit les principes et règles afin de garantir un baptême décent. La commission est chargée d'examiner les programmes de baptêmes.

Logements UCL : lors de la rénovation ou de la construction de nouveaux kots, l'UCL diminue le nombre de lits au sein d'un même kot (de 12 places, les kots communautaires sont aujourd'hui passés à 4 ou 6 lits maximum).

Gardiennage UCL : l'université organise des rondes de surveillance lors de chaque activité étudiante, dans un souci de prévention.

Sanctions : elles sont de deux types : individuelles et collectives. Au niveau individuel, cela va du simple avertissement à l'exclusion (lorsqu'il y a violence, dégradation, etc.) ; au niveau collectif, cela va du simple avertissement à l'amende ou la fermeture d'un cercle (non-respect de la charte Aune, etc.).

Pistes possibles

Pour que ces pistes fonctionnent, il est primordial de développer une stratégie globale et cohérente, avec l'ensemble des acteurs : UCL, Ville, étudiants, milieu académique, commerçants, autorités publiques, enseignement secondaire, etc. En voici quelques-unes :

- réduire le rôle de l'alcool dans la **socialisation** ou la détente par des

moyens alternatifs ;

- **agir sur les effets des réseaux sociaux**, notamment via les personnages centraux ayant une influence sur les autres ;
- **influencer les normes**, via des réglementations et/ou une meilleure information sur la consommation réelle d'un étudiant moyen. Une solution, qui existe déjà aux États-Unis, serait la création d'un **site web permettant à l'étudiant d'encoder sa consommation d'alcool afin de se situer par rapport à la norme**. Un tel site contribue également à rappeler les risques liés à la consommation de l'internaute et les solutions pour y remédier ou diminuer cette consommation ;
- jouer sur la **disponibilité** de l'alcool, soit restreindre son accès à tous ;
- instaurer une **meilleure communication** au sein du milieu étudiant afin de diminuer les nuisances urbaines : conscientiser les étudiants sur l'impact de leurs attitudes festives sur leurs semblables.

Les autorités de l'UCL comptent réactualiser les données de l'étude tous les trois ans afin d'adapter les mesures de sensibilisation à la réalité du terrain.

D'après un communiqué du Service Presse et Communication de l'UCL



Photo © Fotolia

Réflexions De quelques maux de la prévention contemporaine

Patrick Peretti-Watel, sociologue, Chercheur dans le laboratoire SESSTIM (Sciences Économiques & Sociales de la Santé et Traitement de l'Information Médicale), Marseille, France

Une prévention désormais centrée sur nos comportements

La prévention primaire désigne l'ensemble des mesures prises pour réduire le nombre et la gravité des problèmes de santé au sein d'une population donnée. Au cours des derniers siècles, cette prévention a grandement contribué à prolonger et

améliorer notre existence dans les pays développés : la mortalité infantile et les grandes épidémies ont considérablement reculé, nous vivons de plus en plus longtemps, et nous vieillissons en meilleure santé. Pour parvenir à cela, la prévention s'est surtout appuyée sur des mesures réglementaires et contraignantes.

Remodelant notre cadre de vie, elle a assaini les villes, assuré l'accès généralisé à l'eau potable, nous a obligé à enterrer les morts loin des vivants, etc. Il reste encore bien sûr des progrès à faire dans ce domaine. Néanmoins, la cible principale des politiques de prévention s'est sensiblement déplacée, surtout depuis les années 1970.

Ce tournant a été marqué, en France, par la première loi de lutte contre le tabagisme (la loi Veil) promulguée en 1976. En limitant la publicité pour le tabac, mais aussi en augmentant le prix des cigarettes et en organisant des campagnes médiatiques, cette loi tentait de dissuader le public de fumer. Si les mesures réglementaires ont donc encore leur place, l'objectif n'est donc plus de modifier notre cadre de vie, mais de réformer nos conduites, en utilisant comme arme principale non plus la coercition, mais l'information. Surtout, il ne s'agit pas seulement d'informer, de sensibiliser, mais de convaincre le public d'abandonner ses « conduites à risque ». Et les gains sanitaires potentiels sont loin d'être négligeables : une personne pratiquant régulièrement une activité physique, ne fumant pas et buvant peu d'alcool aurait une espérance de vie de quatorze années supérieure à celle d'un « fumeur-buveur-sédentaire »¹. Encore faut-il y parvenir : persuader les gens de modifier leurs comportements s'avère une tâche ardue, et depuis quelques années la prévention subit de nombreuses critiques, qui mettent en cause son efficacité et sa légitimité. Trois chiffres tirés d'un sondage réalisé en 2008 par l'INPES (l'Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé en France) illustrent l'écho que rencontrent ces critiques dans la population : 49 % des Français estimaient que les campagnes de prévention ne les incitent pas à modifier leur mode de vie, 68 % considéraient que ces campagnes étaient moralisatrices, et 36 % les jugeaient même infantilisantes². Le constat reste critique au regard des conduites les plus souvent ciblées par la prévention : seuls deux Français sur trois pensaient que la prévention antitabac était efficace, et moins d'un sur deux partageait la même opinion concernant la lutte contre l'abus d'alcool et les mauvaises habitudes alimentaires. À l'inverse, près de la moitié des personnes interrogées considérait que la lutte antitabac et la lutte

contre l'abus d'alcool risquaient de porter atteinte aux libertés individuelles, et plus du tiers pensait de même dans le domaine alimentaire.

Ni efficace, ni respectueuse des libertés individuelles : c'est donc ainsi qu'une partie significative du public perçoit la prévention. Globalement, ces perceptions peuvent sembler sévères et injustes aux acteurs de la prévention, mais cela ne doit pas nous décourager... En revanche, cela doit nous inciter à examiner avec lucidité les maux dont souffre la prévention contemporaine. Sans prétendre à l'exhaustivité, on s'intéressera ici à deux de ces maux, dont les acteurs de la prévention ne sont pas toujours conscients : la **moralisation** et la **médicalisation** des conduites à risque.

Moralisation des conduites à risque, stigmatisation et cheval de Troie

Opposer les « bons » et les « mauvais » comportements de santé, distinguer les conduites saines des conduites malsaines, pour nous inciter à embrasser les premières et abandonner les secondes, cela revient d'abord à porter un jugement moral, surtout dans des sociétés où la santé est devenue une valeur cardinale, et où chacun de nous est exhorté à prendre sa vie en main, à devenir l'entrepreneur de sa propre existence pour préserver son « capital santé ». Une personne qui s'adonne à une conduite à risque révèle ainsi son infériorité morale, puisqu'elle est incapable de diriger sa vie conformément aux normes dominantes, comme le rappelle cette campagne australienne contre le surpoids : « l'important ce n'est pas les kilos qu'on a pris, mais ce qu'on a perdu : le contrôle. »³ Fumer est ainsi devenu une forme de stigmatisation, qui expose à des jugements dépréciateurs : ainsi, en Australie, les fumeurs sont perçus comme des drogués égoïstes, malodorants et peu fréquentables, qui coûtent cher au système de soins et sont moins productifs que les non fumeurs, les campagnes de prévention

ayant activement contribué à dresser ce portrait peu reluisant⁴. Fumer deviendrait aussi une forme de handicap social, qui pénalise sur le marché de l'emploi, sur le marché du logement, ou encore sur le marché matrimonial. La stigmatisation des conduites à risque est particulièrement manifeste lorsque la prévention épouse les méthodes du « marketing social », qui met au service des politiques publiques les recettes du marketing commercial. En inversant ces recettes, l'objectif n'est plus de susciter le désir à l'égard d'un produit, en mettant en scène des consommateurs séduisants (par exemple une jeune actrice souriante, impeccablement maquillée et coiffée, une cigarette à la main) : au contraire, il s'agit désormais de susciter le dégoût, en montrant des consommateurs repoussants (une vieille femme mal peignée, ridée, cernée, portant à sa bouche une cigarette avec des doigts fripés aux ongles sales).

(Selon le discours préventif contemporain) les addictions à l'alcool, au tabac, à la nourriture ou au jeu seraient toutes les symptômes d'une même maladie de la volonté, qui compromettrait la capacité à rester maître de soi et à faire des choix rationnels.

Notons d'ailleurs que ce sont parfois les mêmes agences de publicité qui réalisaient hier des publicités pour les cigarettes et l'alcool, et qui conçoivent aujourd'hui les campagnes de prévention. Titiller notre cerveau pour déclencher une réaction de dégoût est même en passe de devenir une science, le « neuromarketing » : en examinant par imagerie à résonance magnétique l'activité des différentes zones du cerveau de cobayes humains qui regardent des images antitabac, il

¹ Khaw K.T., Wareham N., Bingham S., Welch A., Luben R., Day N., 2008, Combined impact of health behaviours and mortality in men and women : the EPIC-Norfolk prospective population study, *PLoS Medicine*, 5 (1) 35, p. 12.

² Peretti-Watel P., Seror V., Du Roscoât E., Beck F., 2009, La prévention en question, *Évolutions*, INPES, n°18 (<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1242.pdf>).

³ Lupton D., 1995, *The imperative of health : public health and the regulated body*. Londres : Sage.

⁴ Chapman S., Freeman B., 2008, Markers of the denormalisation of smoking and the tobacco industry. *Tobacco Control*, 17 (1), 5-31.

est possible de sélectionner les images qui activent le siège cérébral des émotions négatives. Une campagne française de promotion de la consommation de lait illustre également le marketing social, en proposant aux élèves de maternelle un conte qui oppose deux petits garçons : l'un boit du lait plusieurs fois par jour, il est souriant, éveillé et bien élevé, tandis que l'autre, qui n'en boit pas, peine à s'endormir, se réveille fatigué, mange mal, est chahuteur et dissipé à l'école.

Notons enfin que cette propension de la prévention à dresser un portrait peu reluisant des personnes qui ont des conduites à risque n'échappe pas aux Français : dans le sondage INPES 2008, 58 % considéraient que la lutte antitabac donne une mauvaise image des fumeurs, 59 % jugeaient que la lutte contre l'abus d'alcool donne une mauvaise image des consommateurs d'alcool et 43 % que la prévention donne une mauvaise image des personnes qui n'ont pas de bonnes habitudes alimentaires.

En quoi cela pose-t-il problème ? Nous devons d'abord reconnaître que les messages préventifs stigmatisants ont une certaine efficacité : aux États-Unis, la proportion de fumeurs est plus faible dans les États où l'opinion publique est la plus hostile au tabagisme, et les fumeurs qui se sont déjà sentis stigmatisés ont plus souvent envie d'arrêter⁵. On voit ici que l'enjeu de l'arrêt tabagique se déplace : ce n'est plus seulement une question de santé, cela devient une question de survie sociale. Une campagne australienne promet d'ailleurs aux fumeurs qui arrêteront : « vous découvrirez une nouvelle image de vous, propre, respirant la santé, qui vous rendra plus sympathique aux autres ; vous ne vous sentirez plus un paria social ».

Voyons maintenant quels sont les inconvénients de cette stigmatisation : d'abord, elle peut être contre-productive

Photo © Fotolia



Et en plus, elle écoute son lecteur mp3 à un volume trop puissant !

pour la santé publique, en dissuadant certains fumeurs de s'adresser au système de soins, en dégradant leur relation avec les soignants, ou en perpétuant chez les fumeurs la valeur de rébellion souvent associée à la cigarette à l'adolescence. Ensuite, porter un stigmate est une expérience éprouvante, qui peut contribuer à dégrader la santé et la qualité de vie de ceux qui en sont victimes. L'exemple du sida illustre aussi ces inconvénients : stigmatiser les séropositifs et les populations les plus touchées favorise la propagation du sida, en incitant les séropositifs à taire leur infection à des partenaires séronégatifs, en retardant le recours au dépistage, et en rassurant à tort les hétérosexuels, tentés par des rapports non protégés avec des partenaires supposés sûrs, parce que ni homosexuels, ni toxicomanes⁶.

La stigmatisation des conduites à risque constitue donc une arme à double tranchant, que la prévention devrait manier avec précaution, et seulement sous certaines conditions. En tout premier lieu, cette stigmatisation ne doit pas être niée par les acteurs de la prévention : ceux-là doivent au contraire l'assumer, et tenter d'en évaluer soigneusement les bénéfices et les coûts, tout en renforçant l'assistance apportée aux personnes qui tentent de réformer leurs conduites. Bien sûr, il faut aussi reconnaître que la prévention maîtrise d'autant moins cette arme qu'elle ne la manipule pas elle-même : en dernier

ressort, la stigmatisation reste le produit imprévisible et renouvelé de chaque rencontre que fait un fumeur, un obèse ou un buveur avec des personnes « normales ». Outre que le jugement moral porté sur les conduites à risque peut conduire à stigmatiser les personnes qui s'y adonnent, il arrive que la prévention soit détournée, qu'elle serve de cheval de Troie : c'est le cas lorsque, face à un risque sanitaire bien réel, des acteurs institutionnels,

politiques ou associatifs orientent le public vers un mode de vie plus conforme à la morale traditionnelle, sous prétexte qu'il serait plus sain. Une telle situation s'est par exemple produite aux États-Unis, lorsque l'épidémie de sida est survenue après deux décennies marquées par une libéralisation des mœurs, qui avait banalisé une sexualité plus précoce, plus récréative et hors mariage. Grâce à l'épidémie, si l'on peut dire, les milieux conservateurs ont lancé une contre-révolution sexuelle, qui dissimulait son puritanisme sous des préoccupations préventives⁷. Il s'agissait alors d'inciter les adolescents à l'abstinence jusqu'au mariage, puis à la fidélité, afin de les protéger du virus : « les personnes fidèles n'ont rien à craindre (...) vous ne risquez rien si vous êtes engagé(e)s dans une relation de long terme avec une personne aussi fidèle que vous » (message préventif américain illustré par deux anneaux de mariage). Évidemment, l'abstinence et la fidélité peuvent être des stratégies de prévention efficaces, mais ce ne sont pas les seules envisageables, ni les plus adaptées aux aspirations des adolescents.

La médicalisation des conduites à risque

Les conduites à risque tendent donc à devenir des conduites déviantes, anormales, puisqu'elles contreviennent aux normes dominantes. Après cette première requalification, ces conduites

⁵ Alamar B., Glantz S.A., 2006, Effect of increased social unacceptability of cigarette smoking on reduction in cigarette consumption, *American Journal of Public Health*, 96, 1359-1363.

⁶ Peretti-Watel P., Spire B., Obadia Y., Moatti J.P., 2007, Discrimination against HIV-infected People and the spread of HIV : some evidence from France. *PLoS ONE*, 10.1371/journal.pone.0000411.

⁷ Furedi F., 2005, *Culture of Fear*, London : Continuum.

sont ensuite souvent soumises à un second basculement, qui cette fois-ci transforme l'anormal en pathologique : en d'autres termes, elles sont médicalisées. La « médicalisation de la déviance » désigne le processus par lequel un problème social est transformé en problème médical : depuis le XIX^e siècle, cela a été le cas notamment pour l'alcoolisme, la toxicomanie et l'homosexualité⁸. À l'issue d'un tel processus, la médecine devient le principal agent du contrôle social pour la conduite médicalisée, les médecins étant chargés de définir et prescrire des traitements pour la soigner.

Les conduites alimentaires et l'obésité illustrent bien ce processus : le discours préventif contemporain qualifie fréquemment l'obésité de « maladie grave », de « problème de santé publique majeur », en soulignant le lien entre surpoids et cancer, en quantifiant son impact sur l'espérance de vie ou son coût pour l'espérance de vie. Afin de traiter cette nouvelle maladie, les médecins proposent des régimes, des traitements médicamenteux, et même des interventions chirurgicales. Le tabagisme illustre également cette médicalisation : il est qualifié de pandémie par l'Organisation mondiale de la santé ; de nombreuses études épidémiologiques le considèrent comme une épidémie comportementale (autrement dit, le tabagisme serait contagieux, dans le sens où fréquenter des fumeurs inciterait à fumer) ; enfin un article paru en 2008 dans la prestigieuse revue *Annals of Internal Medicine* milite pour que la dépendance au tabac soit reconnue comme une maladie chronique addictive, à traiter avec des substituts nicotiques prescrits à vie si nécessaire (comme on prescrit de l'insuline aux diabétiques)⁹. Ajoutons qu'en l'absence d'une cause organique, d'un agent pathogène clairement identifié, le ressort de cette médicalisation des conduites à risque est généralement la compulsion : un individu s'initie à une conduite, souvent par mimétisme social, puis persiste de

façon immodérée, ne peut plus s'en détacher, développe une dépendance potentiellement mortelle. Les addictions à l'alcool, au tabac, à la nourriture ou au jeu seraient toutes les symptômes d'une même maladie de la volonté, qui compromettrait la capacité à rester maître de soi et à faire des choix rationnels. Ainsi, les personnes qui ont des conduites à risque seraient toutes plus ou moins malades, elles souffriraient toutes d'une même pathologie, qui abolirait leur libre-arbitre, de sorte qu'elles ne seraient plus capables de diriger leur vie, et seraient les esclaves de leur addiction, quelle qu'elle soit.

Un inconvénient de la médicalisation est qu'elle épuise l'explication des conduites contre lesquelles la prévention veut lutter, et menace alors de nous détourner de leur compréhension.

Bien sûr, qui dit médicalisation dit prise en charge par le système de soins et prescriptions de médicaments. Il est donc clair que la médicalisation des conduites à risque représente un enjeu commercial considérable, en particulier pour l'industrie pharmaceutique (il y a par exemple pas moins de 60 millions de fumeurs aux États-Unis, soit autant de « patients » potentiels). Si cela n'est pas forcément un mal, et peut même contribuer à développer une offre de soins adaptée et performante, en revanche cette médicalisation a d'autres conséquences dommageables. On sait bien en effet qu'il n'est pas moralement neutre de désigner une personne comme étant malade, dépendante, comme n'étant plus maître de ses actes, mais en quelque sorte agie de l'intérieur par son addiction : la médicalisation des conduites à risque

renforce donc la stigmatisation de ceux qui s'y adonnent.

Un autre inconvénient de cette médicalisation, peut-être pire encore, est qu'elle épuise l'explication des conduites contre lesquelles la prévention veut lutter, et menace alors de nous détourner de leur compréhension. Si ces conduites sont compulsives, en effet, alors les personnes qui fument, abusent de l'alcool ou mangent trop le font tout simplement parce qu'elles ne peuvent pas s'en empêcher, et il n'y a pas lieu de chercher à d'autre explication à ces conduites. Pourtant, de nombreuses études montrent que ces conduites sont de véritables pratiques sociales, qu'elles ont une histoire, qu'elles ont souvent un sens partagé pour les individus qui s'y adonnent, qu'ils les valorisent, qu'elles satisfont des besoins¹⁰. Par exemple, certaines personnes fument pour gérer leur stress, se détendre ou mieux se concentrer, d'autres pour se socialiser, d'autres encore pour réguler leur poids... À l'évidence, les conduites à risque ont donc des aspects psychologiques, sociaux, culturels. Peut-être faut-il ajouter que les économistes ont bien montré qu'il pouvait être tout à fait rationnel de s'engager volontairement dans une conduite à risque¹¹. *A contrario*, considérer une telle conduite comme pathologique revient à considérer que ceux qui s'y adonnent ne sont ni rationnels, ni libres de leur choix. Voilà donc un inconvénient majeur de la médicalisation des conduites à risque : si l'on ne prend pas en compte les raisons pour lesquelles une personne s'engage dans une conduite à risque, le rapport qu'elle entretient avec celle-ci, le sens qu'elle lui donne, bref si l'on ne se donne pas la peine de comprendre cette conduite, comment espérer la prévenir efficacement ?

On pourrait souligner encore un dernier inconvénient de la médicalisation des conduites à risque : elle fait des médecins les principaux acteurs de la prévention. Une telle implication des professionnels de santé est problématique, en premier lieu

⁸ Conrad P., Schneider J., 1992, *Deviance and Medicalization : From Badness to Sickness*, Philadelphia, Temple University Press.

⁹ Steinberg M.B., Schmelzer A.C., Richardson D.L., Foulds J., 2008, The Case for Treating Tobacco Dependence as a Chronic Disease, *Annals of Internal Medicine*, 148, 554-556.

¹⁰ Hughes, J., 2002, *Learning to Smoke : Tobacco Use in the West*, Chicago : Chicago University Press.

¹¹ Cawley J., Ruhm C., 2011, *The economics of risky health behaviors*, NBER working paper series, #17081 (<http://www.nber.org/papers/w17081>).

du fait d'un sérieux déficit en formation initiale. Selon une étude menée en France, la majorité des facultés de médecine, d'odontologie et de pharmacie ne dispensent pas de formation en éducation pour la santé et, lorsque c'est le cas, ceux qui dispensent ces formations ne sont généralement pas formés eux-mêmes¹². Ajoutons que les médecins sont souvent réticents à l'égard de la prévention : ils sont enclins à juger que leur activité dans ce

domaine est peu efficace, chronophage, et peu gratifiante. Il arrive aussi qu'ils hésitent à aborder des sujets qu'ils jugent trop personnels (par exemple au sujet de l'alcool), en posant des questions qu'ils jugent indiscrettes et déplaisantes.

Moralisation et médicalisation des risques : nous avons examiné ici deux aspects essentiels de la prévention contemporaine des conduites à risque, en détaillant leurs

conséquences souvent dommageables. Évidemment, il n'est pas réaliste de vouloir « démoraliser » et « démedicaliser » ces conduites : toutefois, il nous appartient d'assumer ces deux aspects, de rester attentifs à leur potentiel délétère, tout en essayant de tirer parti des opportunités qu'ils offrent, pour construire une prévention plus compréhensive et plus soucieuse du bien-être de ceux à qui elle s'adresse.

¹² Foucaud J., Moquet M.J., Rostand F., Hamel E., Fayard A., 2008, État des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France, *Évolutions*, n°10, Saint-Denis, INPES (www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1091.pdf).

Stratégie

La réforme de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles : quel impact sur la prévention des IST/sida ?

Comité de pilotage et d'appui méthodologique des stratégies concertées de prévention IST/sida

Divers intervenants de la prévention du VIH/Sida et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) en Fédération Wallonie-Bruxelles se sont mobilisés depuis l'année 2004 autour d'un processus de concertation et de planification participative intitulé « les Stratégies concertées de la prévention des IST/sida ». Un comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM) se réunit régulièrement pour encadrer ce processus.

Le présent texte constitue la réaction du CPAM vis-à-vis de la réforme du dispositif de santé francophone annoncée depuis quelques mois. Il fait état des demandes des intervenants dans le contexte actuel de la prévention des IST/sida dans la Fédération Wallonie-Bruxelles et des questions que les intervenants se posent à ce sujet.



Réaction d'ensemble concernant l'évaluation et la réforme annoncée

Plus de dix ans après l'entrée en vigueur du décret de 1997 organisant la promotion de la santé, il nous semble pertinent qu'une évaluation ait pu avoir lieu et que des enseignements en soient tirés par les responsables politiques. Néanmoins,

plusieurs éléments ont retenu notre attention.

En tant qu'intervenants mobilisés autour d'une thématique de santé spécifique – la prévention du VIH/sida et des autres infections sexuellement transmissibles (IST), nous constatons dans le rapport d'évaluation l'absence

de préoccupation pour les différentes thématiques de santé et les acteurs responsables de ces thématiques. Par conséquent, nous nous questionnons sur la place qui sera réservée dans l'avenir à la prévention des IST/sida, en particulier dans un contexte de recrudescence des nouveaux cas. La réforme du secteur promotion de la santé repose sur la rédaction d'un nouveau « Code de la santé » visant à rassembler les textes

traitant des compétences santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ce code de la santé n'a pour l'heure¹ pas fait l'objet d'une concertation des acteurs concernés. Cette absence de dialogue pose la question de la manière dont l'existant sera pris en compte dans l'élaboration de la réforme. Par ailleurs, nous avons pris connaissance

¹ Ce texte a été publié à l'occasion de la journée mondiale du sida du 1^{er} décembre dernier.

de l'intention de la Ministre **Laanan** de créer un organisme chargé du pilotage centralisé de la promotion de la santé dans la Fédération. Cet organisme concentrerait des fonctions diverses : documentation, observation, recueil de données, recherche, communication, remise d'avis et de recommandations, pilotage des programmes, organisation des dépistages et de la vaccination, évaluation... Les opérateurs qui remplissent actuellement certaines de ces fonctions seraient amenés à disparaître et à voir leurs missions intégrées au sein de cette structure. Pour ce qui concerne la prévention des IST/sida, cela entraînerait la disparition de la Plate-forme Prévention sida et de l'Observatoire du sida et des sexualités.

Ce projet soulève beaucoup de questions et d'inquiétudes, d'autant que le secteur sida a connu une période de coordination par l'**Agence de prévention du sida** qui a montré les limites de ce genre d'organisme : budgets disproportionnés (au détriment du terrain), conflits d'intérêts, planification peu efficace, dirigisme. Le secteur s'est d'ailleurs réorganisé depuis plus de dix ans en tenant compte des enseignements de cette période. Ainsi, les missions de construction des campagnes grand public assurées auparavant par l'Agence ont été reprises par la Plate-forme Prévention sida, créée à cet effet en 2000.

L'Observatoire du sida et des sexualités, créé en 2001, a quant à lui repris les missions de recherche, d'observation et de planification. En collaboration avec le Service communautaire Sipes (ESP-ULB), il a mis en place les *Stratégies concertées de la prévention des IST/sida* en 2004, un processus de planification participative associant les divers intervenants de la prévention des IST/sida et visant à définir un cadre de référence commun pour l'analyse et l'action.

L'arrivée d'un organisme central remet fortement en question le statut des *Stratégies concertées* en tant que processus – 'bottom-up' et horizontal – et en tant que cadre de référence pour l'intervention. Si elles étaient intégrées, elles co-existeraient avec des missions de contrôle de l'organisme (notamment de pilotage et d'évaluation) ainsi que d'actions

de communication, ce qui peut s'avérer incompatible.

En ce qui concerne la Plate-forme, c'est tout le travail de participation des publics cibles et des professionnels de différents secteurs réalisé en amont ainsi que les démarches d'accompagnement et de formation à l'utilisation des outils qui pourraient être remis en question. Les tendances politiques actuelles font craindre que les campagnes soient réduites à des actions ponctuelles (via des appels à projets ou des appels d'offre) sans réel travail de promotion de la santé.

Prévention des IST/sida : des spécificités à maintenir

Les enseignements de près de trente ans de lutte contre le sida ainsi que les acquis des dernières années nous permettent de mettre en évidence des spécificités et des « incontournables » à maintenir pour une prévention de qualité :

- la prévention des IST/sida en Fédération Wallonie-Bruxelles est mise en œuvre à travers des approches complémentaires : travail avec des publics cibles spécifiques (homosexuels masculins, prostituées et prostitués, usagers de drogues, migrants), interventions de proximité à l'échelle locale et développement de campagnes de communication vers la population générale et les jeunes. Cette articulation entre publics cibles particuliers, spécificités locales et campagnes plus généralistes est nécessaire et doit être maintenue ;
- la lutte contre le VIH/sida s'est élargie depuis plusieurs années à la prévention des autres IST ainsi qu'à celle des hépatites. De plus, elle ne peut se réduire à la diffusion d'information et à la promotion du préservatif. La défense des droits et la lutte contre les discriminations dont sont l'objet différents publics cibles – en particulier les personnes séropositives – sont indissociables du travail de prévention et de promotion de la santé globale et constituent un objectif transversal des *Stratégies concertées* ;
- la proximité avec des publics marginalisés, stigmatisés (usagers de drogues, migrants sans papiers, personnes séropositives, etc.) et la

participation de ces publics est une des caractéristiques du travail des associations de terrain, du processus de construction des campagnes et des *Stratégies concertées*. L'organisation future du secteur de la promotion de la santé ne doit pas entraver, mais doit au contraire soutenir cette participation et favoriser un climat de confiance entre professionnels et non professionnels ;

- l'intervention auprès de publics précarisés, marginalisés voire clandestins nécessite parfois une souplesse qui cadre mal avec le statut d'un organisme centralisé. Par exemple les comptoirs d'échange de seringues ont d'abord été mis en place par les associations et n'ont été avalisés officiellement que 6 ans après leur mise en place, alors qu'ils ont clairement contribué à diminuer la prévalence du VIH parmi le public des usagers de drogues injecteurs ;
- l'articulation prévention-dépistage-soins est recherchée à travers les collaborations sur le terrain et les *Stratégies concertées*, en rassemblant des acteurs de ces trois domaines. Cette articulation est insuffisante au niveau politique alors qu'elle est plus que jamais nécessaire dans un contexte où le traitement est reconnu comme ayant un impact au niveau préventif et où le dépistage précoce devient la clé de voûte du dispositif de prévention. La réforme doit intégrer cette exigence d'intégration en favorisant l'intersectorialité et en permettant le développement d'une réelle politique en matière de dépistage ;
- les processus de construction des campagnes de communication grand public ont été développés dans le souci de stimuler la participation d'acteurs de différents secteurs et de différentes zones géographiques de la Fédération ainsi que celle du public cible. Des procédures spécifiques de travail et des critères de qualité ont été élaborés collectivement afin de permettre la prise en compte de la parole des parties prenantes dans la construction des campagnes et d'intégrer les publics spécifiques dans les campagnes générales. L'expertise accumulée en la matière et les enseignements de ce travail doivent être

sauvegardés afin de continuer à garantir la qualité de ces actions ;

- le développement de dispositifs de recherches et recherches-actions pertinents nécessite des interactions permanentes avec le terrain sur un pied d'égalité entre chercheurs et intervenants. Il doit bénéficier d'une indépendance vis-à-vis du politique tant en termes de choix des questions de recherche, de méthodes de recueil de données que d'interprétation et d'utilisation des résultats afin d'éviter toute instrumentalisation, en particulier sur des sujets sensibles et des catégories de la population marginalisées. L'indépendance et l'horizontalité sont des acquis qui ne doivent pas être remis en question ;
- une planification utile et efficace doit reconnaître pleinement l'expertise des acteurs de terrain à travers la mise en œuvre de processus de concertation participatifs et représentatifs de ces acteurs. Elle doit viser l'exhaustivité dans l'analyse des problématiques et l'opérationnalisation des réponses avant d'établir des priorités en fonction des moyens disponibles. La planification et la concertation doivent continuer de répondre à une logique qui part du terrain pour remonter vers le politique (bottom-up), tout en renforçant le dialogue entre intervenants et décideurs.

Questions posées par la réforme

En parallèle aux spécificités mises en évidence ci-dessus, la réforme en cours soulève des questions que nous souhaitons adresser aux responsables politiques. Comment les priorités seront-elles établies ? La prévention des IST/sida sera-t-elle maintenue en tant que priorité ? La prévention et la promotion de la santé auprès de publics cibles spécifiques (homosexuels masculins, prostitué/es, usagers de drogues, migrants) seront-elles garanties et comment ? Comment les spécificités locales, en particulier pour les acteurs travaillant en Wallonie, pourront-elles être prises en compte par un organisme centralisé, censé coordonner les actions en Fédération

Wallonie-Bruxelles tout en étant implanté à Bruxelles ?

En quoi le fonctionnement de l'organisme en voie de création sera-t-il différent de celui de l'Agence prévention sida (hormis le fait qu'il coordonnera l'ensemble de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive) ? Quels seront les impacts concrets sur le travail des associations ? Quelle sera la plus-value pour les acteurs de terrain ? En quoi l'intersectorialité sera-t-elle soutenue et renforcée ? Pourquoi concentrer des missions aussi diverses, dont certaines semblent même incompatibles (soutien, action et évaluation, par exemple) ?

L'arrivée d'un organisme opérationnel central remet fortement en question le statut des Stratégies concertées en tant que processus – 'bottom-up' et horizontal – et en tant que cadre de référence pour l'intervention.

Les exigences en termes de qualité et d'évaluation sont de plus en plus rigoureuses vis-à-vis des associations (réalisations de pré et post-tests, critères de qualité, participation des publics et des professionnels etc.). L'organisme sera-t-il soumis aux mêmes exigences dans ses activités, et un contrôle du respect de ces exigences sera-t-il mis en place ? Quelle sera la place des promoteurs de programmes et de projets en son sein ? En quoi la réforme en cours permettra-t-elle de répondre aux enjeux centraux posés par la prévention IST/sida aujourd'hui ? En particulier, comment pourra-t-elle intégrer les questions du traitement comme prévention ? Permettra-t-elle de définir une politique de dépistage adéquate ? Les procédures de financement, de suivi et de contrôle seront-elles modifiées ? Quelles seront les éventuelles nouvelles exigences ? Quels seront les rôles respectifs de l'Administration et de l'organisme en la matière ?

Quelles seront les modalités de participation et de concertation des acteurs professionnels et non professionnels, y compris le public cible ?

En conclusion

Les acteurs de la prévention des IST/sida souhaitent mettre en évidence trois incontournables.

Conserver à la prévention des IST/sida son caractère prioritaire dans un contexte de recrudescence des cas de VIH et d'autres IST.

Sauvegarder et valoriser les acquis et les enseignements de dix ans de travail, basé sur : la construction collective et participative des campagnes de communication grand public assurée par la Plate-forme prévention sida ; l'élaboration concertée des analyses de situation et des plans opérationnels pour les différents publics cibles à partir des acteurs de terrain, de leurs partenaires (professionnels ou non) et des publics cibles, assurée par l'Observatoire du sida et des sexualités ; l'approche intégrée qui articule les programmes destinés à des publics cibles vulnérables, le travail de proximité au niveau local et l'approche de communication grand public.

Rencontrer dans la réforme en cours **les nouveaux défis posés par la prévention**, en soutenant l'intersectorialité afin de développer une politique de dépistage adéquate et de renforcer les liens avec le secteur curatif pour faire face aux enjeux du « traitement comme prévention ».

Le Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM) des Stratégies concertées est composé des personnes et institutions suivantes : F. Arends (Ex æquo), V. Laloux (Ex æquo), C. Cheront (Espace P), J. Defourny (Sidasol), A-F. Gennotte (Centre Elisa- CHU Saint-Pierre), J-C. Legrand (Centre de Référence CHU Charleroi/Sida-IST Charleroi-Mons), M. Louhenapessy (Sidais migrants - Siréas), V. Martens (Observatoire du sida et des sexualités, FuSl), T. Martin (Plate-forme Prévention Sida), F. Parent, (Sipes ESP-ULB), M. Quinet-Le Docte (SES Huy), B. Rusingizandekwe (CPSA Namur), F. Uurlings (Centre de Référence CHU Liège), C. Van Huyck (Modus Vivendi)

Matériel

Manger simple pour manger mieux

Le Plan national nutrition santé propose trois nouveaux documents d'information. Le premier, **'Manger simple pour manger mieux'**, met en évidence « cinq réflexes simples à acquérir pour vous aider à modifier votre alimentation » : choisir des céréales complètes, manger des légumes secs, consommer moins de viande, penser aux fruits et légumes pour un bon équilibre acido-basique et jongler avec les matières grasses. Chaque partie est illustrée de recettes appétissantes. Cela va des *wraps avocat-poulet* au *saumon à la florentine*, en passant par le *houmous*, le *chili sin carne* et les alternatives à la viande (steak de quorn à l'indienne, tofu sauce aigre douce, tortilla au quinoa), sans oublier quand même la *mayonnaise maison* !



Deux autres brochures visent un public féminin : **'Enceinte et en bonne santé par une alimentation équilibrée'** met en évidence les recommandations spécifiques à la grossesse (iode, fer, acide folique) ; **'Des os solides par une alimentation équilibrée'** rappelle l'importance du calcium et de la vitamine D pour prévenir l'ostéoporose. Ces deux documents offrent une forte densité d'information, et sont sans doute un peu moins 'digestes' que le premier.

Les trois brochures sont téléchargeables sur le site www.monplannutrition.be, rubrique 'la boîte à outils du PNNS'. Ils peuvent aussi être commandés gratuitement à nvnp.pnns@health.belgium.be.

Outils

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur l'Outilthèque santé

Propos recueillis par **Christian De Bock**

Vous connaissez sûrement l'Outilthèque santé, ne fût-ce qu'en prenant connaissance chaque mois dans *Éducation Santé* d'un outil pédagogique jugé particulièrement intéressant par sa Cellule d'évaluateurs. Nous avons voulu aller plus loin, et avons posé quelques questions à un membre de l'équipe promotion santé de la Mutualité Socialiste-Solidaris qui travaille à ce projet.

Éducation Santé : Dites-nous tout d'abord en quoi consiste l'Outilthèque.

Muriel Durant, pour l'équipe :

L'Outilthèque Santé est un centre de référence de jeux et outils pédagogiques en promotion de la santé. Il s'agit d'un programme reconnu et soutenu depuis plus de 10 ans par la Fédération Wallonie-Bruxelles.

« Centre de référence de jeux et outils pédagogiques en promotion de la santé »,

c'est un peu obscur comme appellation, on en est bien conscients. Concrètement cela signifie quoi ?

D'abord, au cœur de notre projet, il y a le site www.pipsa.be, qui est avant tout une base de données de jeux et outils pédagogiques, sur une grande variété de thématiques en lien avec la santé. Mais www.pipsa.be, c'est bien plus que ça. La principale caractéristique de cette base de données, c'est que pour la grande

majorité des outils répertoriés, un avis les accompagne (nous y reviendrons plus tard). Ensuite, nous proposons le site www.creerunoutil.be. Il s'agit d'un guide qui offre des balises théoriques et méthodologiques pour une démarche de qualité dans la construction d'outils pédagogiques. La plupart des outils référencés sur le site pipsa.be sont disponibles *pour consultation* dans nos locaux. Sur rendez-vous, nous proposons une découverte des outils,



'Je vais bien à l'école', le préféré de Maria

qui peut s'accompagner aussi de conseils méthodologiques. L'espace documentaire comprend aussi des livres, articles et références en processus pédagogiques et en promotion de la santé. Par exemple, la collection complète de *Éducation Santé* est disponible chez nous... et aussi bien d'autres références indispensables ! Parlons aussi de l'aide méthodologique à la conception d'un outil pédagogique. Nous proposons un soutien aux créateurs d'outils pour formaliser et organiser leurs idées et leur démarche... et au final les aider à produire un outil pertinent, utile et... utilisé ! Et enfin, nous dispensons des formations autour de l'outil pédagogique, sur demande. Quelques exemples de formations : où trouver les outils pédagogiques et comment les utiliser ; l'outil pédagogique dans un projet de santé communautaire ; créer un outil pédagogique (pourquoi, comment ?)... Les services de l'Outilthèque Santé sont proposés gratuitement à tous les intervenants porteurs de projets pédagogiques en santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

ES : Que cache le mystérieux acronyme PIPSa ?

M.D. : Une des évaluatrices d'outils de notre réseau nous a dit qu'il signifie pour elle « Plaisir Intégral en Promotion de la Santé appliquée »... Ça pourrait être ça ! Mais en fait, cela veut dire : « Pédagogie Interactive en Promotion de la Santé ». Bref, ça parle de l'outil pédagogique, qui implique interactions, mise en travail !
ES : Quand ce projet a-t-il vu le jour, pourquoi, dans quel contexte ?

M.D. : L'Outilthèque Santé est née en 1999. En 1998, la mise en place du nouveau

décret (déjà un 'nouveau' décret... ndlr) organisant la promotion de la santé en Communauté française changeait le paysage de tout un secteur. Les missions confiées par la Communauté française au Service Promotion de la Santé de la Mutualité Socialiste dans le cadre de l'ancienne « Règlementation en Éducation pour la santé » ne cadraient plus avec ce nouveau décret. La Mutualité a donc fait le pari de lancer ce nouveau projet et a initié l'Outilthèque Santé. C'était le début d'Internet. Tous les inventaires d'outils qui existaient en Belgique étaient sur papier, donc très « périssables ». Une belle occasion était donnée de faire quelque chose d'innovant en proposant un catalogue d'outils en ligne. Et puis, bien sûr, il y avait la plus-value que le service voulait proposer : les avis qui accompagnent les outils et qui permettent (on l'espère du moins !) de guider les utilisateurs d'outils dans leur choix, et opter pour l'outil le plus pertinent par rapport à leur projet.

L'objectif premier reste le même depuis le début : favoriser un processus de qualité autour de l'utilisation et de la conception des outils pédagogiques en promotion de la santé. Toutes nos actions vont dans ce sens, que ce soit le site PIPSa, les formations, l'accompagnement méthodologique...

ES : Quel intérêt avait une mutualité de se lancer dans ce genre d'aventure ? On est très loin du paiement des indemnités ou du remboursement des soins de santé !

M.D. : Le rôle d'une mutualité va bien au-delà du paiement des indemnités ou du remboursement, même si ça n'est pas toujours connu du grand public. D'ailleurs, la loi sur les mutualités de 1990 le stipule bien : « Les mutualités ont pour but, dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle



'Un bébé comment ça marche ?', un chouchou de Pierre

et de solidarité, de promouvoir le bien-être physique, psychique et social ». Bref, le domaine de la santé tel que défini par l'OMS. Outre le cadre légal, il y a une réelle conviction, portée par la Mutualité Socialiste-Solidaris et son secteur associatif, de la pertinence et de l'importance de la promotion de la santé. On constate, comme tout un chacun dans le secteur, la présence (et la croissance !) d'inégalités sociales de santé. Une partie importante des affiliés de la Mutualité Socialiste-Solidaris sont d'ailleurs des personnes fragilisées. On sait bien qu'outre la nécessaire intervention financière, une mobilisation est nécessaire. Le cadre de la promotion de la santé, les stratégies prioritaires définies par la Charte d'Ottawa, c'est quelque chose en quoi nous croyons. D'ailleurs, un grand projet de promotion de la santé se met en place au sein de la mutualité, en plus du projet « Outilthèque Santé »... Il concerne l'alimentation ! La suite dans un prochain numéro d'*Éducation Santé* !

ES : Quels étaient les objectifs de départ de l'Outilthèque, ont-ils évolué au cours du temps ?

M.D. : L'objectif premier de ce projet reste le même depuis le début : favoriser un processus de qualité autour de l'utilisation et de la conception des outils pédagogiques en promotion de la santé. Toutes nos actions vont dans ce sens, que ce soit le site PIPSa, les formations, l'accompagnement méthodologique...

ES : Au cœur de votre projet, il y a le site internet www.pipsa.be. Pouvez-vous nous le décrire ?

M.D. : D'abord, il faut bien le dire, et sans se vanter, le site PIPSa représente des heures et des heures de travail.



'En rang d'oignons', l'outil qui fait pleurer Muriel... de joie

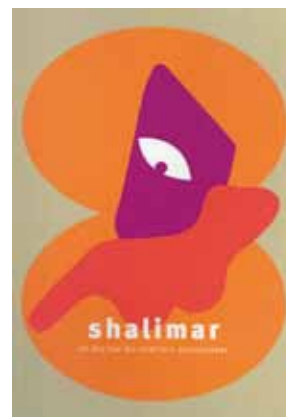
Il s'agit d'une part d'une base de données, comme nous l'avons déjà dit. Cette base de données est assortie d'avis sur la qualité des outils présentés. Une partie des avis sont émis par un groupe pluridisciplinaire et intersectoriel d'évaluateurs. L'autre partie des avis sont ceux d'utilisateurs-internautes. Le site propose également un agenda avec toute l'actualité de la prévention et de la promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles (et même au-delà). Une newsletter mensuelle est envoyée à presque 4000 abonnés. Enfin, vous trouverez sur le site des ressources, des liens, des informations sur la promotion de la santé et sur l'outil et l'utilisation de l'outil dans le cadre de projets de promotion de la santé. En 2010, le site a été complètement transformé. En 10 ans, Internet a beaucoup évolué, nos besoins aussi : la nécessité d'une refonte était apparue. Le travail a commencé en 2009 par un audit externe. En effet, les membres de l'équipe travaillant quotidiennement sur le site, il leur était impossible d'avoir une vision d'utilisateur « lambda ». Deux focus groupes ont été organisés afin d'obtenir les avis, frustrations, attentes et suggestions d'un panel d'utilisateurs. Suite à cela, un cahier des charges a été rédigé et suite à un appel d'offres, un fournisseur de la Fédération Wallonie-Bruxelles a été choisi. Le nouveau site a été lancé à l'occasion de la journée des 10 ans de PIPSA, le 23 novembre 2010. Entre fin novembre 2010 et décembre 2011, le site a continué à évoluer. La newsletter de PIPSA a été améliorée. Depuis janvier de cette année, il est enfin

complètement terminé. Cela ne signifie pas qu'il n'y a plus rien à faire ! Cette gestion nécessite un travail quotidien et rigoureux pour diffuser une information de qualité. Notre espoir pour l'avenir : qu'il y ait de plus en plus d'avis d'utilisateurs sur le site. En effet, les avis de personnes qui ont « testé » l'outil sur le terrain, diffèrent souvent de ceux des évaluateurs PIPSA. Mieux que les grands discours, cette juxtaposition de points de vue parfois contradictoires, permet au visiteur de prendre du recul et de relativiser la toute-puissance de l'outil. Nous mettons en place un réseau d'utilisateurs. Plus d'infos sur pipsa.be !
ES : Comment faites-vous pour dénicher les outils ? Scannez-vous la toile en permanence, les promoteurs prennent-ils

Nous proposons un soutien aux créateurs d'outils pour formaliser et organiser leurs idées et leur démarche... et au final les aider à produire un outil pertinent, utile et... utilisé !

spontanément contact avec vous, pouvez-vous compter sur un réseau d'informateurs pour vous signaler les nouveautés et les perles rares ?

M.D. : Il faut ici parler du travail de fourmi de **Maria Sugero**, la documentaliste du service. Elle fait un formidable travail de veille documentaire, à l'affût de toutes les nouveautés, en utilisant les ressources du web : newsletters, flux RSS... Par ailleurs, elle fait partie de deux réseaux de documentalistes : le RBD (Réseau Bruxellois des Centres de documentation en santé) et le réseau inter-documentalistes des CLPS. Certains outils nous sont proposés par les promoteurs eux-mêmes. Les demandes sont examinées en équipe. Nous refusons par exemple d'insérer dans la base de données des outils qui sont issus du secteur de l'industrie agro-alimentaire, pour des raisons éthiques (refus de faire de la publicité indirecte).



'Shalimar', l'outil qu'Annick 'sent' le mieux

Des internautes nous signalent parfois aussi des outils qui ne sont pas répertoriés dans la base de données.

ES : Comment fonctionne concrètement la sélection des outils qui seront évalués ?

M.D. : Sur base des recherches de Maria, nous sélectionnons en équipe les outils qui seront examinés par la « cellule d'évaluateurs ».

ES : Qui sont les évaluateurs, combien sont-ils, comment sont-ils recrutés, comment travaillent-ils ?

M.D. : La cellule d'évaluateurs est un « groupe pluridisciplinaire et intersectoriel ». Autrement dit, on y trouve des personnes issues d'horizons divers, qui sont actives dans le secteur de la promotion de la santé et/ou l'éducation : CLPS, associations actives dans le champ de la promotion de la santé, secteur jeunesse, assuétude, enseignement... Les évaluateurs se retrouvent lors de « cellules ». Trois évaluateurs (et un animateur de notre équipe) se penchent de manière approfondie sur un outil. Pour cela, ils se basent sur une grille d'analyse. Élaborée en étroite collaboration avec l'APES-ULg, cette grille permet d'objectiver l'analyse, d'avoir un cadre commun à tous les experts. Elle a d'ailleurs évolué en 11 ans d'expertise, suite aux retours des évaluateurs.

Pour le recrutement des évaluateurs, on fait appel à des gens actifs dans les différents domaines que nous avons évoqués. Il arrive aussi que certaines personnes nous demandent spontanément de faire partie de la cellule. Les évaluateurs s'engagent pour minimum 2 ans. Les personnes intéressées suivent trois jours de formation pour faire connaissance avec la grille d'analyse et avec

la démarche d'évaluation des outils. Une fois par an, les évaluateurs sont réunis lors d'une plénière. C'est l'occasion de faire un retour sur une année d'expertise, et d'approfondir l'un ou l'autre thème (par exemple, en 2011, nous avons discuté des inégalités sociales de santé, et de la manière d'utiliser un outil pédagogique en les prenant en compte). C'est toujours un moment très riche... et très convivial aussi. Il y a une bonne ambiance. Pour la fête des 10 ans de PIPSa, on a interviewé une série d'évaluateurs et on s'est rendu compte que pour eux, les cellules d'analyse étaient de bons moments. D'ailleurs, une bonne partie des évaluateurs nous accompagnent depuis la création du projet !

ES : Quelle est l'équipe permanente de l'Outilthèque ?

M.D. : Commençons par les hommes, ou plutôt l'unique homme du service. **Pierre Baldewyns** est le responsable du service Promotion Santé. Médecin de formation, il chapeaute l'ensemble des projets (et retourne en plus ses manches pour mettre ses mains dans le cambouis, je ne le dis pas pour froter les sus-mentionnées manches, promis !). **Catherine Spièce**, co-fondatrice du projet, gère plus particulièrement le



'Des plumes et des voix',
Pierre le trouve très harmonieux

projet PIPSa, accompagnée de **Muriel Durant** (moi, quoi). **Maria Sugero**, dont j'ai déjà parlé, assure la mise à jour quotidienne du site. C'est aussi à elle qu'il faut s'adresser pour une visite de notre centre de documentation. **Carine Perin** est notre experte informatique et web. Elle travaille aussi sur la communication autour du site. Enfin, **Annick Cornelis** assure tout le travail administratif et comptable. Les membres de l'équipe travaillent sur le projet « Outilthèque », mais pas uniquement ! Nous travaillons également sur des projets de la mutualité. C'est très vaste : ça va de la rédaction de brochures à l'encadrement de projets de promotion de la santé, à la

mise à jour de l'Inventaire des groupes d'entraide, etc.

ES : Quelle collaboration avez-vous avec la Pédagothèque de l'INPES en France, avec la Médiathèque en Communauté française, avec les divers centres de ressources documentaires, dans les CLPS et ailleurs ?

M.D. : En ce qui concerne les CLPS, comme dit plus haut, notre documentaliste fait partie du réseau inter-documentalistes, ainsi que du Réseau Bruxellois des Centres de documentation en santé. Cela permet de précieux échanges d'informations. Une fois par an, une séance de présentation des « coups de cœur » de l'année est organisée dans nos locaux, afin de présenter au réseau inter-documentalistes des CLPS les outils qui ont été jugés particulièrement intéressants par les évaluateurs (un « coup de cœur », c'est un outil qui a été jugé particulièrement cohérent, attractif, interactif, soutenant pour l'animateur et soutenant pour la promotion de la santé).



'Mic Mac', le jeu sur la non-violence qui fait flèche de tout bois pour Carine

La PIPSaBox Parentalité

Le projet « PIPSaBox » s'inscrit dans l'objectif d'augmenter l'accessibilité aux outils informatifs et pédagogiques de qualité pour les acteurs de terrain, et de favoriser l'utilisation de l'outil dans un processus de promotion de la santé. Les PIPSaBox ont pour ambition de fournir un ensemble choisi de ressources informatives et pédagogiques de qualité, actuelles et accessibles via Internet. La préoccupation principale est de proposer des ressources orientées vers l'action concrète et réaliste. Le contenu des PIPSaBox évolue au fur et à mesure des nouveautés et des opportunités. La dernière version mise à jour est disponible sur le site www.pipsa.be. La première PIPSaBox, éditée en 2011, a

pour thématique le soutien à la parentalité (enfants de 0 à 3 ans). Elle permet aux professionnels débutants de se familiariser avec le thème et de découvrir différents supports informatifs et pédagogiques utiles pour une intervention relative à la parentalité. Les professionnels chevronnés peuvent y découvrir de quoi enrichir leur « boîte à outils » d'information et/ou d'intervention.

Le livre-DVD Un bébé, comment ça marche ? (www.bebemarche.be) édité par Latitude Jeunes (Service Jeunesse de la MS-S) à destination des parents et des professionnels fait bien entendu partie de cette PIPSaBox (voir à ce propos Éducation Santé n°235 - <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1028>)

Nous sommes également en lien avec la Médiathèque en Communauté française, via son service Éducation pour la santé. Un membre de notre équipe fait partie de la cellule d'évaluateurs de la collection Éducation pour la Santé, et une personne de chez eux fait partie de la cellule d'évaluateurs PIPSa. Nous collaborons sur certains projets. Par exemple, la Médiathèque nous a fourni des références documentaires pour la PIPSaBox Parentalité (voir encadré). À l'heure actuelle, nous n'entretenons pas de partenariat avec la pédagothèque de l'INPES. En 1999, lors de la mise



'Une valise pleine d'émotions',
l'autre coup de cœur de Muriel

en place du projet, nous avons reçu un accueil chaleureux et un « coup de pouce » bienvenu pour initier la procédure d'analyse d'outils. Entraînés par les nombreuses activités générées par ce nouveau projet (et des ressources en personnel qui ne sont pas celles d'aujourd'hui !), nous n'avons pas pu entretenir de liens comme nous l'aurions souhaité. Cela dit, nous sommes attentifs à leurs réalisations, et réciproquement ! Lors de l'Université d'été en santé publique de Besançon, une documentaliste de l'INPES nous a d'ailleurs dit qu'elle utilisait très régulièrement le site PIPSa.

Fin 2010, l'INPES nous a invité à présenter l'Outilthèque Santé dans le numéro spécial 410 de *La Santé de l'Homme* intitulé « S'informer, se documenter en éducation et promotion de la santé ».

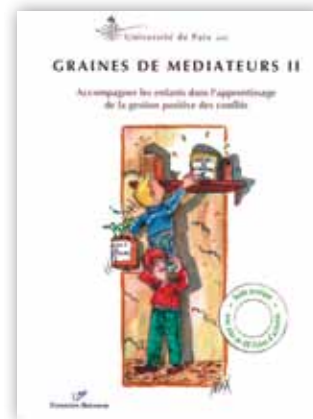
ES : La Fédération Wallonie-Bruxelles vivra

prochainement une importante réforme de son dispositif de promotion de la santé et de médecine préventive. Comment l'Outilthèque pourra-t-elle se positionner dans ce nouveau contexte ?

M.D. : Quelle que soit la formule qui sera choisie, une Outilthèque santé devra avoir sa place. Nous pensons qu'il est très important que ce soit disponible en Fédération Wallonie-Bruxelles (tout comme une revue de promotion de la santé d'ailleurs !).

ES : Pour terminer, une question à chaque membre de l'équipe : quel est votre coup de cœur personnel parmi tous les outils « PIPSa » ?

M.D. : Pour Pierre, c'est *Des plumes et des voix* de la Médiathèque pour sa richesse thématique, sa simplicité, ses abondantes pistes et sa gratuité ! Mais il a surtout plus qu'un faible pour les outils du Service Jeunesse de la MS-S (où il a passé une partie de sa jeunesse) comme *Accro, moi non plus !*, *Sécurité sociale* et *Un bébé, comment ça marche ?* Comme le dit Pierre, ce n'est pas parce qu'il est un peu chauvin que ce ne sont pas les meilleurs outils du monde ! Pour Catherine : *Graine de médiateurs*, un outil belge, un bel exemple en matière de démarche pédagogique adaptée à l'école, impérissable car il y aura malheureusement toujours des conflits à résoudre. Cette démarche éducative part des interactions entre enfants et enseignants.



'Graine de médiateurs', un outil avec lequel Catherine ne se dispute jamais

Pour Maria : *Je vais bien à l'école*. Un outil gratuit (téléchargeable donc accessibilité maximale), facile à utiliser, qui propose des activités très concrètes.

Carine a craqué pour *Mic Mac*, un jeu coopératif qui aborde la non-violence. Annick choisit *Shalimar*, un jeu sur les relations amoureuses en contexte multiculturel (et un outil maison ! comme le dit Pierre ...).

Enfin, j'en sélectionne deux pour ma part. D'abord *Une valise pleine d'émotion*, qui travaille ce qui me semble être un point primordial en promotion de la santé : la reconnaissance des émotions chez les enfants du maternel. Ensuite, j'ai aussi craqué sur *En rang d'oignons* de CORDES ... pour les illustrations, et bien sûr aussi pour les démarches pédagogiques, c'est un coup de cœur de PIPSa, savez-vous !

L'Essentiel

Retour sur le Salon de l'auto

Comme à chaque édition de cette grand-messe hystérique de la consommation, la foule était au rendez-vous en janvier dernier à Bruxelles-Expo pour la 90^e édition du Salon de l'auto, malgré la crise.

Pour la Fédération Inter-Environnement Wallonie, ce rendez-vous biennal dédié au culte de l'auto-

centrisme relève de l'anachronisme. La voiture individuelle, fut-elle « propre » ou électrique, apparaît en effet contraire aux principes les plus élémentaires d'une mobilité durable.

Le chiffre de 606.000 visiteurs enregistré en 2010 a-t-il été battu ? Les carnets de commande ont-ils souffert du niveau exceptionnel des ventes atteint en décembre 2011, suite à l'annonce de la

suppression des incitants fiscaux à l'achat d'un véhicule « vert » ? Voilà deux questions qui ont mobilisé le traitement médiatique du Salon¹. D'autres interrogations, pourtant plus essentielles, ne sont jamais abordées, la première portant sur le sens même de cet événement : est-il encore opportun, en 2012, alors que les budgets pour l'entretien des infrastructures routières font

« Le pessimisme est d'humeur,
l'optimisme de volonté »
Alain

défaut, que les villes étouffent sous le trafic, que la réduction de la consommation énergétique constitue un impératif que nul ne nie, est-il encore opportun, donc, de célébrer le culte de l'automobile ?

Si les arguments de vente ont changé au fil du temps, la puissance et la vitesse cédant la place à la faible consommation et aux réductions d'émissions de CO₂, le modèle de mobilité proposé par la voiture n'a pas changé. Il s'agit encore et toujours d'un transport individuel, polluant, gourmand en énergie et en espace. Qu'elle soit diesel ou à essence, hybride ou électrique, une auto reste une auto qui encombre le réseau, émet plus ou moins de CO₂ mais aussi de particules fines



Photo © Fotojia

et autres polluants locaux, consomme de l'énergie depuis sa production jusqu'à sa destruction... Et si elle a sa place dans nos modes de déplacement,

elle ne peut pas/plus en être le centre.

Inter-Environnement Wallonie déplore qu'au fil de ses éditions, le Salon de l'auto entretienne un mythe dépassé au mépris d'enjeux majeurs pour la collectivité. Pour la fédération environnementale, la mobilité de demain ne peut se construire autour de la voiture individuelle. Elle passera au contraire par le développement intensif de transports publics compétitifs et complémentaires, la mise en place de voiries au service de la mobilité douce (marche, vélo), l'abandon du véhicule personnel au profit d'un système d'utilisation partagée.

Adapté d'un communiqué d'**Inter-Environnement Wallonie**

1 Si vous voulez vraiment connaître la réponse, c'est 'non' (-7 %) et 'oui' (-10 % par rapport à janvier 2011)...



LA Santé de l'homme

La Santé de l'homme n° 412 - mars-avril 2011

Depuis janvier 2010 (n°405) tout nouveau numéro publié est intégralement accessible sur Internet, à partir du site de l'Inpes: www.inpes.sante.fr

Aide à l'action

« Le marketing social peut être très utile dans un programme de santé publique », entretien avec Karine Gallopel-Morvan
Marketing social et santé publique : deux exemples canadiens, par Francis Lagarde

Dossier. Promouvoir la santé des personnes en situation de handicap

Introduction, Cécile Allaire, Audrey Sitbon

Concepts, connaissances et politiques d'intervention

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : financer des actions et des recherches, par Juliette Bloch

Personnes en situation de handicap : concepts et définitions, par Pascale Roussel

Obstacles à la santé et handicap : des liens sociaux déficients, par Audrey Sitbon

L'auto-détermination, pour promouvoir la santé des personnes déficientes intellectuelles, par Claude Renard, Pierre Bizel, Luc Berghmans

« Le handicap doit être abordé comme une question ordinaire de la vie », entretien avec Patrick Gohet

Accessibilité de l'information sur les thèmes de santé pour les personnes en situation de handicap, par Cécile Allaire

Messages de prévention et handicap mental : une adaptation nécessaire, par Éric Marchandet

Témoignages

« Le maintien à domicile, ce n'est pas de l'autonomie », entretien avec Marcel Nuss

« Prendre en compte la mère en situation de handicap pour qu'elle accouche dans de meilleures conditions », entretien avec Béatrice Idiard-Chamois

Nouveaux regards sur les personnes handicapées dépendantes, par Élisabeth Zucman

Du côté des régions : programmes et actions

Soins et éducation à la santé en langue des signes : un défi à relever, par Benoît Drion

Vie affective et handicap mental : un programme en région Paca, par Bernadette Baudet, Lisbeth Fleur, Alain Douiller

Vie affective et sexuelle : un programme évalué en région Pays de la Loire, par Christel Fouache, Karine Chauvin, Marie-Élisabeth Cosson

« Nous travaillons avec les déficients sensoriels pour

qu'ils gardent leur autonomie », entretien avec Francis Guiteau

Aide à l'arrêt du tabac pour les personnes en situation de handicap : un programme-pilote en Languedoc-Roussillon, Anne Stoebner-Delbarre, Roxane Schaub, Simon Thezenas, Jeanne-Carluer, Béatrice Delaye, Didier Cupissol

« La prise en compte du handicap est l'une des missions des agences régionales de santé », entretien avec Marie-Sophie Desaulle
Pour en savoir plus, Laetitia Haroutunian, Céline Deroche

Enquêtes

Échanges autour d'un verre : la communication en appui du constat scientifique, François Beck, Célia Blauel, Cécile Fournier, Emmanuelle Le Lay, Élisabeth Mammari, Jean-Baptiste Richard
Une étude démontre la pertinence de la distribution de fruits et légumes via l'aide alimentaire, Hind Gaigi, Nicole Darmon

Lectures

Olivier Delmer, Céline Deroche, Laetitia Haroutunian, Sandra Kerzanet



Sommaire

Edito

Un bon malade est un malade mort, par *Christian De Bock*

Initiatives

2 Cantine ou street food ?, par *Karin Rondia*

Dans les pays riches comme dans les pays pauvres, on mange de plus en plus à l'extérieur de chez soi. Une évolution qui n'est pas anodine en termes de santé publique. Et un enjeu à l'échelle mondiale.

4 Alcool en milieu étudiant : l'UCL analyse et agit

La consommation d'alcool en milieu étudiant ne date pas d'hier. Ceci dit, avant d'agir, il s'agit de connaître, dans le détail, la situation sur le terrain. L'UCL a ainsi diligenté 8 études parallèles sur le sujet et interrogé près de 7000 étudiants. L'objectif ? Approfondir la connaissance et la compréhension de la consommation d'alcool parmi les étudiants afin d'affiner les actions existantes et de mettre en place de nouvelles mesures concrètes de sensibilisation.

Réflexions

7 De quelques maux de la prévention contemporaine, par *Patrick Peretti-Watel*

Opposer les « bons » et les « mauvais » comportements de santé, distinguer les conduites saines des conduites malsaines, pour nous inciter à embrasser les premières et abandonner les secondes, cela revient d'abord à porter un jugement moral, surtout dans des sociétés où la santé est devenue une valeur cardinale, et où chacun de nous est exhorté à prendre sa vie en main, à devenir l'entrepreneur de sa propre existence pour préserver son « capital santé ».

Stratégie

11 La réforme de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles : quel impact sur la prévention des IST/sida ? par le *Comité de pilotage et d'appui méthodologique des stratégies concertées de prévention IST/sida*

Matériel

14 Manger simple pour manger mieux

Outils

14 Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur l'Outilthèque santé, par *Christian De Bock*

Vous connaissez sûrement l'Outilthèque santé, ne fût-ce qu'en prenant connaissance chaque mois dans Éducation Santé d'un outil pédagogique jugé particulièrement intéressant par sa Cellule d'évaluateurs. Nous avons voulu aller plus loin, et avons posé quelques questions à un membre de l'équipe promotion santé de la Mutualité Socialiste-Solidaris qui travaille à ce projet.

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

Ont collaboré à ce numéro : Comité de pilotage et d'appui méthodologique des stratégies concertées de prévention IST/sida, Patrick Peretti-Watel, Karin Rondia.

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

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

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

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

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

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

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 1950 exemplaires.

Diffusion : 1850 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord préalable de l'auteur et de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Éducation Santé comme destinataire).

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse : www.pipsa.org

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – www.arsc.be

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est **certifié HON**

(Health on the Net – 06/2011).

Notre site adhère à la Plate-forme

www.promosante.net.

Education Santé



FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

La revue **Éducation Santé** est réalisée avec le soutien de la **Fédération Wallonie-Bruxelles** Département de la Santé



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.



L'accès à la santé pour tous

La Mutualité Socialiste



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

