



Vaccination : le temps des doutes ?

INITIATIVES

« L'œil de l'enfant retire de la contemplation du monde des émotions et des pressentiments qui feraient honte à bien des découvertes conquises de haute lutte par l'esprit de l'homme mûr. » (Hölderlin)

La prévention sanitaire et ses excès

La prévention des grands 'maux' contemporains, tabac, alcool, drogues, excès alimentaires, s'efforce d'atteindre l'idéal de sécurité absolue pensé par une société obsédée par le risque zéro. Mais l'être humain 'résiste', et le culte de la prévention n'atteint pas ses objectifs et ne va pas non plus sans dysfonctionnements éthiques.

Le vendredi 23 septembre 2011, le sociologue **Patrick Peretti-Watel**, auteur récemment avec **Jean-Paul Moatti** du remarquable livre « Le principe de prévention, le culte de la santé et ses dérives »¹ était présent à Bruxelles pour échanger sur ces questions, à l'invitation du FARES, d'Éducation Santé et de l'asbl Question Santé. Il les aborda le matin pendant un séminaire et l'après-midi au cours d'une conférence.

À la croisée de la promotion de la santé et de l'éducation permanente

Comment 'réinventer' la prévention, qui semble se trouver aujourd'hui dans une impasse biomédicale peu féconde, à la fois normative et sans véritable prise sur les principaux déterminants de la 'bonne' ou 'mauvaise' santé ?

Le séminaire du matin apporta un début de réponse à cette question cruciale, en nourrissant les réflexions de la vingtaine de participants de l'éclairage apporté tant par la promotion de la santé que par l'éducation permanente. Animée par **Bernadette Taeymans** (Question Santé), la matinée permit notamment la relation par **Taous Hassaini**, assistante sociale au CPAS de Morlanwelz, d'une expérience de remise dans le mouvement du marché de l'emploi de bénéficiaires d'un revenu d'insertion au départ d'animations... sur la santé. À première vue, rien de plus éloigné des préoccupations quotidiennes de personnes en situation précaire que cela. Et pourtant, grâce à un pa-



Le séminaire du matin : on tourne, on tourne, mais pas en rond !

Photo © Samuel Pirret

tient travail sur l'estime de soi nourri aux valeurs émancipatrices de l'éducation permanente, cela marche, jusqu'à l'obtention de résultats positifs en termes d'insertion et, fait plus remarquable encore, de pérennisation des emplois (re)trouvés.

Cette stratégie indirecte semble d'autant plus intéressante dans un climat de méfiance générale des populations et des travailleurs en particulier à l'égard des initiatives préventives des pouvoirs publics, soupçonnés d'être plus motivés par l'entretien des 'outils de travail humains' que par une protection désintéressée de la santé publique, comme le soulignait Patrick Peretti-Watel dans un de ses judicieux commentaires.

Cela dit, si tout le monde pouvait s'accorder sur la haute valeur à accorder à l'éducation permanente en santé, cela n'empêche nullement de rester lucide quant à ses limites, par exemple quant au petit nombre de bénéficiaires de ses interventions pour guider leurs choix de vie de façon éclairée, ou encore le risque de tomber d'un excès de manipulation à une 'liberté de décider' exagérée, qui peut s'avérer nocive elle aussi.

Pour une prévention plus éthique

Dans sa conférence de l'après-midi, donnée devant une bonne cinquantaine de personnes, le sociologue rappela la pertinence

des méthodes d'observation pour la santé publique, ironisant sur le fait que l'option constructiviste de la recherche en sciences humaines est souvent perçue comme peu... constructive par les autorités politiques.

Son exposé porta essentiellement sur quelques idées fortes défendues dans son livre, pas nécessairement d'une originalité bouleversante, mais exposées de manière limpide, par exemple la confusion entre le bon et le beau, le malsain et le laid, ou encore la stigmatisation des conduites dénoncées comme dangereuses. Le tout illustré de nombreux visuels souvent spectaculaires, comme cette image d'un homme obèse étranglé par un chapelet de saucisses ('Obesity is suicide') pour mettre en garde le gros (à moins que ce soit grand !) public contre les risques associés au surpoids...

Il eut aussi cette jolie formule : 'La prévention montre les gens du doigt plutôt que de leur tendre la main'. Propos sans doute un peu injuste, mais néanmoins toujours d'actualité de nos jours, les exemples foisonnent.

Il rappela aussi cette évidence que la prévention est souvent le cheval de Troie pour des valeurs conservatrices, notamment en termes d'éducation sexuelle, et que la prévention s'adresse le plus souvent à un personnage de fiction, l'*homo medicus*, rationnel, calculateur, autonome, capable de se projeter dans l'avenir et préoccupé fortement par sa santé. Le propos du conférencier n'était pas pour autant de prôner la liberté sans entrave et sans nuance et de rejeter toute forme de prévention. Ce serait tomber dans le piège dénoncé par un participant, qui rappelait que la valorisation de la liberté de choix et du droit au plaisir sont aussi une stratégie très ancienne, et d'une redoutable efficacité, de l'industrie du tabac, dont la capacité de manipulation perverse est sans égale.

Mais Patrick Peretti-Watel revendique que cette prévention moderne soit plus éthique,

¹ Paru en novembre 2009 au Seuil dans la collection La République des Idées. En vente dans toutes les bonnes librairies !

plus légitime, plus efficace, et moins médicale... Ce dont il aura convaincu aisément la plupart de ses auditeurs².
Pris par son sujet, le conférencier n'eut malheureusement pas le temps de s'attarder sur

le domaine spécifique de la lutte antitabac, ce qui eût été bienvenu au FARES... Ce sera peut-être pour une prochaine fois !
Cette journée particulièrement stimulante se termina par le verre de l'amitié à l'occasion

des 30 ans d'existence de Question Santé, à laquelle l'auteur de ces lignes rendit un hommage bien mérité !³

Christian De Bock

² Nous espérons pouvoir vous proposer son texte dans un de nos prochains numéros.

³ Voir dans ce même numéro le texte 'Des questions sans réponse ? Encore heureux !'

Comment aborder la prévention en médecine générale ?

Rencontres entre médecins généralistes et patients

Comment aborder la prévention en médecine générale ? Voilà la question que l'asbl Promo Santé et Médecine Générale (PSMG) avait envie de poser à la fois à des médecins généralistes et à des patients.

Une opportunité, la sortie du DMG+

La sortie récente du DMG+, le volet prévention du Dossier Médical Global, en faisait effectivement un sujet d'actualité. Quels messages seraient diffusés aux médecins généralistes pour leur donner envie et leur faciliter l'abord de la prévention avec les patients ?

Parallèlement à une recherche de littérature, PSMG a décidé de réunir un groupe de médecins et de patients pour réfléchir à la question. La Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS), fédération indépendante des associations de patients en Communauté française, a été contactée pour, ensemble, réfléchir et construire ces rencontres.

La LUSS est évidemment très preneuse de ce type de rencontre d'une part pour développer avec les usagers des aspects de promotion de la santé et de prévention et d'autres part pour initier le débat entre deux acteurs qui se retrouvent rarement dans des conditions comme celles-là.

La rencontre entre deux mondes

La décision a été prise de réunir 6 médecins et 6 patients deux samedis matins. Pas trop de monde pour faciliter les échanges, pas trop de rencontres pour ne pas annihiler

nos chances de recruter des volontaires... Une des conditions pour l'invitation des patients était la nécessité d'avoir un médecin généraliste. Du côté des médecins, ce sont des praticiens travaillant en solo plutôt qu'en maison médicale qui ont été invités afin que les messages soient adaptés à la réalité du plus grand nombre.

Au final, 7 médecins généralistes et 5 patients se sont retrouvés lors des rencontres co-animées par la LUSS et PSMG en octobre et novembre 2010.

Premier constat : les uns et les autres sont contents de pouvoir se rencontrer dans ce contexte, en dehors de la consultation. Le dialogue se libère et permet d'entrevoir l'autre dans un cadre différent.

Des pistes à diffuser

Les jeux de rôle et débats utilisés pour atteindre l'objectif de départ ont permis à la fois à PSMG et à la LUSS de dégager d'intéressantes pistes de travail pour l'avenir.

Outre la mise en perspective des réalités de chacun, des recommandations d'attitudes à adopter sont ressorties. Celles-ci, classiquement connues, sont essentiellement adressées aux médecins généralistes et vont dans le même sens que ce que PSMG a pu récolter dans sa recherche de littérature.

Loin d'être spécifiques à la seule prévention, beaucoup de recommandations concernent la relation médecin-patient en général :

- la nécessité d'être à l'écoute du patient, de ses attentes et de ses préoccupations ;

- la nécessité de rendre acteur le patient, de l'impliquer et de reconnaître son expertise ;
- la nécessité de l'informer de manière personnalisée, avec un langage approprié et en fonction de ce qu'il sait déjà, s'assurer que le patient a bien compris ;
- la nécessité de respecter le rythme du patient ; accepter, par exemple, le choix pour le patient de ne pas envisager d'arrêter de fumer pour le moment ;
- la nécessité de valoriser le patient et d'être non culpabilisant ;
- la nécessité de prendre en compte l'entourage du patient.

Concrètement, les participants ont dégagé des pistes simples mais utiles à rappeler qui pourront aider les médecins généralistes à aborder la prévention :

- être pro-actif : tirer profit du motif de consultation ou de la saison mais également parler de prévention lors de contacts pour un autre motif (renouvellement d'ordonnance par exemple), proposer des consultations de prévention ;
- s'organiser : prévoir des plages horaires pour la prévention, tirer parti des logiciels, utiliser des échéanciers ;
- rassembler les outils existants.

Des slogans ont même été imaginés.
Pour les médecins : « Je prends du temps pour mon patient, j'en gagne pour nos avenir ».
Pour les patients : « Dans le cadre de la prévention, je dégage du temps, je m'organise avec mon médecin traitant, je gagne en qualité de vie ».

Ces préceptes rejoignent également les principes de base de la promotion de la santé tels que les prévoit la Charte d'Ottawa.

La difficulté est pour les uns comme pour les autres de les mettre en œuvre concrètement mais la volonté est là, indéniablement ! Et ceci est certainement un des enseignements principaux que nous pouvons retirer, LUSS et PSMG, de ce projet : la volonté de travailler ensemble et de s'améliorer même si bien sûr sur certains points bien précis, des questionnements, voire des divergences sont encore présents, entre autre en ce qui concerne l'information des patients. Quelles sont les limites de l'information ? En fait, doit-on y mettre des limites ? Quelles sont les informations que le patient veut recevoir ? Jusqu'où le médecin doit-il/veut-il aller ? Doit-on informer au-delà de la consultation proprement dite ?

Ne pas oublier les associations de patients

Un message fort des patients aux médecins est celui de faire le lien entre le patient et les associations de patients. Rappelons ici que nos patients, recrutés par la LUSS, étaient tous membres d'associations de patients. Les associations de patients peuvent collaborer utilement avec les médecins généralistes dans le sens où elles réalisent des missions d'information, de soutien et d'entraide.

Une question à ce propos : jusqu'où informer les patients des conséquences des dépistages qu'on leur propose ? À ce stade, il n'y a pas de

consensus sur la question. Cela reste un débat important entre professionnels et patients. Ces questionnements vont permettre à la collaboration de continuer, avec pour objectif de proposer aux médecins généralistes des pistes qui pourront à la fois les soutenir dans leur travail au quotidien et correspondre à ce dont les patients ont besoin.

Valérie Hubens, Promo Santé & Médecine Générale et **Carine Serano**, LUSS asbl

Adresses des auteures

Promo Santé & Médecine Générale,

c/o SSMG, rue de Suisse 8, 1060 Bruxelles.

Courriel : coordination@promosante-mg.be.

Internet : www.promosante-mg.be

Ligue des usagers des services de santé,

av. sergent Vrithoff 123, 5000 Namur.

Courriel : luss@luss.be.

Internet : www.luss.be

Vaccination contre le papillomavirus et politique de santé publique

Le gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles a décidé d'entamer cette année, dans les écoles de Wallonie et de Bruxelles, la vaccination des jeunes filles contre le cancer du col de l'utérus. Pour Écolo, cette politique de vaccination pose question et risque de poser problème.

Cette décision induit un coût de 600.000 € à charge du budget communautaire pour un bénéfice-santé escompté évalué à 70 % de réduction des lésions de cancer du col.

Rien n'est cependant moins sûr. Aucune démonstration n'a été faite de l'efficacité, au-delà de 7 années, de ce vaccin qui doit être administré avant les premiers rapports sexuels. Ainsi, au mieux, la jeune fille vaccinée sera partiellement protégée jusqu'à l'âge de 20 ans et ce, avec un niveau de protection imprécis.

Le monde scientifique s'accorde pour dire que les données manquent au sujet de la vaccination contre le papillomavirus et que le recul est insuffisant pour évaluer et préciser des effets positifs ou indésirables à terme.

Ces éléments avaient jusqu'ici conduit légitimement la Communauté française à une posture réservée vis-à-vis de ce vaccin, privilégiant l'information et la promotion du dépistage qui sont, à l'évidence, les meilleurs moyens de prévention du cancer du col.

La position du gouvernement a basculé au lendemain de la décision de la Flandre de se lancer dans cette aventure, en offrant le vaccin gratuitement aux écolières, et la ministre francophone justifie la décision récente par de nouvelles marges budgétaires et une diminution du prix des vaccins, aucun autre paramètre n'ayant évolué.

Si le Conseil supérieur de la santé propose d'inclure le vaccin contre le papillomavirus dans son programme de vaccination, le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) est, lui, plus mitigé (avis de 2007).

Le *Répertoire commenté des médicaments* de la Santé publique termine même ses commentaires à ce sujet d'une manière assez claire : « l'effet éventuel de la vaccination sur

l'apparition d'un cancer du col de l'utérus avec les vaccins actuels est plus faible que celui d'un dépistage cervical bien planifié ».

D'évidence la posture initiale privilégiant l'information et le dépistage dans un programme structuré offrait un cadre plus rationnel à la prévention du cancer du col de l'utérus que l'utilisation du vaccin contre le papillomavirus, aux effets potentiellement positifs à court terme, mais clairement limités. L'illusion de son efficacité, le sentiment de sécurité induit par le vaccin risquent en outre de freiner le recours au dépistage.

Fondamentalement, en cette période de forte contrainte budgétaire, il nous semble que l'appréciation des choix d'investissements en matière de prévention doit nécessairement s'appuyer sur une évaluation solide de leur impact sur la santé.

En l'occurrence, pour ce qui concerne la prévention du cancer du col de l'utérus, il importe de hiérarchiser les stratégies d'action : information contradictoire et claire, accès favori-

sé au dépistage et puis, option vaccinale. Ces stratégies ont des coûts et des bénéfices à évaluer dans la transparence et avec une indépendance optimale.

Plus largement, Écolo s'interroge sur les moyens d'aide à la décision que se donnent les pouvoirs publics dans le champ de la santé publique en général et dans le domaine des

vaccins en particulier : quels sont les déterminants de la décision ? L'opportunité budgétaire, les lobbies commerciaux, l'expertise, la pression médiatique... ? Autant de paramètres qui pèsent dans les choix et pas toujours au bénéfice unique de la santé publique...

Écolo plaide donc pour que les acteurs du monde politique et de la société civile initient

une réflexion sur l'amélioration de la gouvernance dans ce domaine et sur la mise en place d'outils et de procédures qui en accroissent la qualité au bénéfice de la collectivité.

Jacques Morel et **Patrick Dupriez**, députés Écolo

Le sommeil

Un Belge sur quatre souffre de troubles du sommeil et c'est généralement à partir de 45 ans que cela se complique, car plus on avance en âge plus les plaintes deviennent nombreuses.

Alors que le sommeil des hommes se détériore plus tôt, ce sont les femmes qui s'en plaignent d'abord. Cela s'explique en partie parce qu'elles consultent davantage leur médecin et peut-être aussi à cause de la condition des femmes dans la société. Au-delà de 60 ans, une personne sur deux n'est pas satisfaite de son sommeil.

Méconnaissance

Comme l'a montré une enquête de la Belgian Association of Sleep Research (BASS), les Belges n'ont pas une idée très réaliste de leur sommeil. Parmi les idées reçues, on note la méconnaissance de la durée d'une nuit de sommeil qui reste invariablement estimée à huit heures pour 61 % des personnes interrogées. Plus fondamentalement, les gens ignorent surtout que le sommeil se modifie au cours de l'existence, autrement dit que des changements apparaissent au fil du temps dans la qualité du sommeil. L'ignorance de ces changements physiologiquement normaux attribuables au vieillissement conduit à des malentendus qui ont des répercussions inquiétantes en matière de santé publique et plus particulièrement dans la population âgée. Par exemple, beaucoup de gens sont persuadés qu'à l'âge adulte une bonne nuit est une nuit ininterrompue faite d'un sommeil de plomb. Or, les réveils intra-sommeil conscients peuvent apparaître vers la quarantaine. Ainsi,



Photo © Isopix

des phénomènes strictement normaux sont pris pour de l'insomnie. Simultanément, l'attente irréaliste insatisfaite produit des comportements contreproductifs vis-à-vis du sommeil, ce qui renforce encore les difficultés. En consultation, il est frappant de constater combien des personnes pourtant sensées peuvent se montrer bien peu 'malignes' en matière d'hygiène de sommeil ! C'est ainsi que les Belges sont, avec leurs voisins Français, les champions de la consommation d'anxiolytiques et de somnifères. On pourrait s'interroger sur cette étonnante caractéristique probablement due à des éléments culturels et à la formation du corps médical.

Le vieil adage "Les heures avant minuit comptent double" est-il vrai ou faux ?

Une nuit de sommeil comporte deux types de sommeil distincts : du sommeil lent et du sommeil paradoxal. La majeure partie du sommeil lent qui est considéré comme le plus réparateur physiquement a lieu en début de nuit. Avant l'invention de l'électricité, les gens se couchaient beaucoup plus tôt qu'aujourd'hui. Ils avaient alors l'impression d'avoir déjà très bien dormi s'ils se réveillaient après minuit.

Question de quantité...

La quantité de sommeil nécessaire pour éprouver l'impression subjective d'avoir bien dormi est variable d'un individu à un autre mais dépend aussi du besoin de sommeil. Ce dernier varie en fonction de l'âge : il est maximum chez le nourrisson, reste élevé chez l'enfant, est important chez l'adolescent puis commence à décroître avec l'âge adulte. Ce besoin est sans doute lié au développement. La durée du sommeil dépend aussi de l'importance ou non des activités mentales et physiques diurnes, de la présence de maladie physique ou mentale, de l'état de grossesse chez la femme. Le maintien d'activités physiques et mentales tout au long de la vie y compris à un âge avancé est un gage de bon sommeil. Une retraite mal préparée ou mal assumée peut entraîner des changements radicaux de ces activités avec des effets pernicious sur le sommeil.

L'état physiologique est un autre facteur qui affecte la durée du sommeil. Une maladie physique ou mentale peut augmenter la durée du sommeil. Les maladies aiguës augmentent généralement la durée du sommeil alors que

dans certaines maladies mentales on assiste à des hypersomnies ou à des insomnies. C'est le cas, par exemple, dans la dépression.

L'état de grossesse est bien connu comme situation modifiant la quantité et la qualité du sommeil. Les modifications hormonales bouleversent la manière habituelle de dormir. En début de grossesse, un besoin impérieux de dormir se fait sentir alors qu'au troisième trimestre l'insomnie prend le dessus.

■
Dans une étude récente en France, on a constaté que le passage à la retraite chez des personnes bénéficiant de 80 % de leur ancien salaire s'accompagnait d'une diminution des troubles du sommeil, surtout chez les hommes.
■

Les enquêtes révèlent que la majorité des gens (62 %) dorment, en moyenne, entre 7 et 8 heures. Ils sont 13 % à dormir entre 9 et 10 heures et 2 % plus de 10 heures. À l'inverse, on observe un peu plus de courts dormeurs que de long dormeurs puisque 15 % de la population dort entre 5 et 6 heures et 8 % moins de 5 heures. Dans chacune de ces catégories, la quantité de sommeil lent profond reste identique (environ 100 minutes) parce que c'est le « cœur » du sommeil indispensable à la survie. La différence se marque par davantage de sommeil léger et paradoxal chez les longs dormeurs. Parfois, les personnes qui disent bien se porter et dormir peu font de courtes siestes dont elles ne sont pas conscientes à certains moments de la journée.

Il semble bien que la quantité de sommeil nécessaire pour un individu donné dépende davantage de caractéristiques innées que de l'apprentissage. Au cours du vieillissement la durée du sommeil est modifiée principalement à cause des éveils conscients intra-sommeil qui deviennent plus longs et plus nombreux. Ces éveils physiologiques sont plus mal vécus par les femmes d'âge moyen ou plus âgées. De fait, le sommeil vieillissant se caractérise par un allègement. Avec l'avancée en âge, le sommeil léger (NREM, stades 1 et 2) domine alors que le sommeil profond et très profond à ondes lentes (stades 3 et 4) diminue. Mais

comme c'est, probablement, ce dernier type de sommeil qui procure la récupération physique, l'impression d'avoir bien dormi se déprécie.

Mais concrètement, le temps consacré au sommeil n'est pas véritablement modifié car, par habitude, le temps passé au lit reste identique. On peut faire l'hypothèse que la durée du sommeil est fonction d'éléments innés et acquis comme on peut le constater dans certaines familles où on peut observer une aggrégation familiale du phénomène 'mal dormir'. Comme tant d'autres comportements, c'est au sein même de la famille que des apprentissages défectueux se transmettent, *a fortiori* en ce qui concerne la manière de dormir qui relève de l'intime. D'un autre côté, accepter cette hypothèse est encourageant dans la mesure où il est toujours possible d'inculquer des comportements plus favorables au sommeil par des stratégies appropriées.

Il existe une relation entre la durée du sommeil et la longévité. Un taux plus élevé de mortalité quel que soit l'âge est observé chez les très courts dormeurs (4 heures ou moins) et chez les longs dormeurs (10 heures ou plus). Dans une étude récente en France, on a constaté que le passage à la retraite chez des personnes bénéficiant de 80 % de leur ancien salaire s'accompagnait d'une diminution des troubles du sommeil, surtout chez les hommes avec une augmentation de la quantité de sommeil. La garantie de ressources suffisantes pour l'avenir lève probablement ainsi une source potentielle de tracas.

En ce qui concerne les maladies du sommeil liées à la durée, l'insomnie se caractérise, entre autres symptômes, par une plainte relative à une durée insuffisante de sommeil. Les insomniaques ont une très mauvaise perception de la durée de leur sommeil et il est courant de les entendre dire qu'ils ne dorment pas et même, pour certains depuis des années ! Pourtant, l'observation objective en laboratoire de leur sommeil indique bien la présence de sommeil, mais d'un sommeil de mauvaise qualité. À l'inverse, les insomniaques ont tendance à valoriser davantage leurs périodes d'éveil. Cette perception erronée de la durée du sommeil pourrait être due à un trouble mnésique. Par opposition, l'hypersomnie beaucoup moins présente que l'insomnie se distingue par une durée excessive de sommeil. Elle est

rare ou présente dans un tableau psychiatrique comme la dépression. Le syndrome de Kleine-Levin est une hypersomnie récurrente rare.

Si on compare la durée actuelle du temps moyen consacré au sommeil avec le passé, on constate une diminution de 1 h 30. Ceci correspond à un cycle de sommeil en moins chez nos contemporains. Cela serait-il en rapport avec l'apparition de l'éclairage électrique et, plus récemment, de la télévision ?

... Et de qualité

La qualité du sommeil est appréciée par l'individu de manière subjective. Un être humain considère que son sommeil est de bonne qualité s'il a l'impression d'avoir bien dormi et est, selon la formule consacrée, frais et dispos au réveil. Cette bonne forme acquise grâce au repos procuré par le sommeil permet de vaquer à ses occupations pendant la journée sans trop de fatigue.

Comme on le sait, à partir de la quarantaine, des réveils conscients intra-sommeil se produisent. Selon leur nombre et leur durée, le dormeur peut penser avoir mal dormi. Il est normal de se réveiller une ou plusieurs fois par nuit. Cela ne fait que traduire l'effet du vieillissement sur le sommeil. Par contre, il est particulièrement pénible et anormal de ne pas pouvoir se rendormir assez rapidement après un éveil. Dans ce cas, la qualité du sommeil est diminuée et si cela se produit souvent la qualité de la vie est touchée.

La polysomnographie ou enregistrement polygraphique du sommeil permet d'obtenir des données objectives sur la qualité du sommeil : temps mis pour s'endormir, temps de sommeil total, efficacité de sommeil, architecture du sommeil (nombres de cycles, caractéristiques des cycles), électrocardiogramme, analyse de la respiration et des apnées éventuelles, oxymétrie, débit cardiaque, électromyogramme de divers muscles. Il faut remarquer qu'il peut exister des discordances entre les éléments objectifs relevés par l'enregistrement au cours de la nuit et le discours subjectif du dormeur qui apprécie la qualité de sa nuit le matin.

L'indice d'efficacité du sommeil (IES) est calculé par le rapport entre le temps de sommeil total divisé par le temps passé au lit et multiplié par cent. On parle d'insomnie à partir d'un IES inférieur à 85 %, mais à partir de 70 ans,

l'IES est de 79 % sans être pathologique. La mauvaise qualité du sommeil dépend de facteurs extrinsèques et intrinsèques à l'individu. Parmi les éléments extrinsèques, l'environnement du sommeil comme la nutrition jouent un rôle. Une chambre qui n'est pas seulement réservée au sommeil n'est pas un lieu propice pour obtenir un sommeil de bonne qualité car l'environnement lui-même conditionne l'individu à son insu. Si des activités d'éveil y sont présentes, la chambre sera associée inconsciemment à l'éveil. C'est le cas si on y regarde la télévision, on y mange, on lit ou on pratique n'importe quelle autre activité qui requiert la vigilance. La seule exception concerne les rapports sexuels. Idéalement la chambre devrait être sobre et par là inviter au sommeil. La literie joue un rôle, mais probablement pas aussi important que le prétendent les marchands. Cependant, il est évident qu'une bonne literie apporte un confort supplémentaire au dormeur. Une chambre doit aussi être régulièrement aérée et si le temps et l'environnement le permettent, il est préférable de dormir avec la fenêtre ouverte.



Photo © Fotolia

■
Une activité physique intense peu avant d'aller dormir allonge l'endormissement et nuit à la qualité du sommeil. Il est préférable d'arrêter toute activité physique intense après 17 h.
 ■

Chez l'être humain la température a un rythme nyctéméral (variation de ± 1 degré) et se trouve à son minimum vers 3 à 4 h le matin. La température trop élevée ou trop basse de la chambre influence la qualité du sommeil. La qualité du sommeil est meilleure si l'on est bien couvert, à l'exception de la tête.

Le bruit perturbe le sommeil dans tous les cas. Ceci dépend à la fois du niveau sonore et du caractère soudain et inhabituel du bruit. Mais il arrive que l'on parvienne à s'habituer à des bruits habituels en fonction du sens qu'on y accorde. À partir du moment où l'individu donne au bruit un sens négatif, le bruit devient souffrance. Les vagissements d'un bébé réveillent sa mère mais n'ont parfois pas d'influence sur le sommeil du père!

Comme le sommeil des personnes âgées est de plus en plus léger et fragile, le bruit est un facteur de réveil très présent. L'isolation phonique des bâtiments et des chambres en particulier est un impératif : le sommeil n'a-t-il pas un prix ?

La lumière est un stimulant et l'obscurité est l'amie du sommeil. Il est d'ailleurs plus facile de dormir dans le noir ou la pénombre que d'éviter le bruit.

Les excitants sont évidemment préjudiciables au sommeil. La caféine a une demi-vie

Approche cognitivo-comportementale

Si l'insomnie transitoire peut bénéficier d'un traitement pharmacologique, on ne peut, en principe, soigner une insomnie chronique avec des médicaments (sommifères et/ou anxiolytiques). Le traitement de référence est un traitement psychologique fondé sur une approche cognitivo-comportementale. Il consiste d'abord à analyser l'insomnie en fonction d'antécédents immédiats (les événements diurnes qui précèdent le problème), d'en répertorier les conséquences pour l'insomniaque et son entourage et de prendre en compte les antécédents historiques (histoire de l'insomnie,

caractéristiques personnelles). Cette analyse est généralement complétée par la tenue d'un agenda de sommeil et par des réponses recueillies grâce à des questionnaires validés.

Le traitement proprement dit consiste à fournir à l'insomniaque d'une part des moyens de lâcher-prise et d'autre part rectifier les croyances erronées à propos du sommeil pour dissiper toutes les fausses interprétations. Ce traitement est basé sur des niveaux de preuves (evidence based medicine¹) depuis 1994.

G.A.

¹ Le concept d'Evidence-based medicine (EBM) ou médecine basée sur le niveau de preuve est issu des travaux de Cochrane, un épidémiologiste écossais (1972), puis formulé tel qu'il existe aujourd'hui au Canada en 1980. Il est frappant de constater qu'encore aujourd'hui, certaines pratiques médicales ne sont pas fondées sur des preuves scientifiques mais font partie de l'art médical où l'intuition du praticien, son expertise et/ou la tradition, sont des éléments dominants. Le principe de l'EBM est de fournir au patient le traitement le plus efficace en fonction des risques et avantages. Ce traitement est basé sur des niveaux de preuves scientifiques hiérarchisés. Du niveau le plus haut au niveau le plus bas, on trouve les conclusions de méta-analyses, les essais contrôlés randomisés, les études de cohorte, les études de cas témoins, et les avis d'experts. La médecine fondée sur le niveau de preuve ne remplace pas la médecine basée sur le jugement ou l'expérience du médecin (art médical) mais la complète adéquatement, (G.A.).

de 5 à 7 heures en fonction de la tolérance individuelle. La théine/caféine présente dans le thé est moins excitante parce que le thé en contient moins et qu'il est préparé par infusion. Les boissons au cola riches en caféine, les boissons dites énergisantes, la nicotine du tabac et la théobromine du chocolat sont également des excitants qui peuvent nuire au sommeil en fonction de l'heure de consommation. Par précaution et d'autant que l'on a un sommeil de piètre qualité, il est préférable de les éviter trois à quatre heures au moins avant de se coucher.

Le dernier repas de la journée peut gêner l'endormissement s'il est copieux et composé principalement d'aliments riches en protéines et en graisses. Un repas léger le soir devrait s'imposer. Idéalement, il devrait surtout être composé de glucides à index glycémique bas. Si l'alcool est bien une substance anxiolytique qui favorise l'endormissement, il altère le sommeil qui est fragmenté et agité. À la suite de la consommation d'alcool, une réduction du sommeil profond, des éveils et des cauchemars apparaissent.

Une activité physique intense peu avant d'aller dormir allonge l'endormissement et nuit à la qualité du sommeil. Il est préférable d'arrê-

ter toute activité physique intense après 17h. Certains médicaments contiennent également des substances excitantes qui déstabilisent le sommeil, autant bien lire les notices ou en parler avec son médecin.

L'état émotionnel dans les moments qui précèdent le coucher joue un grand rôle. C'est Shakespeare qui disait « là où loge le souci, le sommeil ne s'abat jamais ». En effet, des soucis obsédants, des ruminations anxieuses créent un climat mental délétère. Les signes physiques de l'angoisse sont divers selon les individus mais la tension musculaire est très souvent présente.

Le sommeil et la tension musculaire sont incompatibles. Dormir s'est s'abandonner au relâchement. Pour tomber dans les bras de Morphée et jouir d'un sommeil réparateur il ne faut pas résister avec une cuirasse musculaire. Curieusement, la qualité du sommeil dépend aussi de variables sociales. Dans l'ordre, les célibataires, séparés, divorcés et veufs disent avoir un sommeil de moins bonne qualité que les personnes qui vivent en couple mais ce constat vaut aussi pour l'estimation de la santé en général.

Enfin, deux maladies fréquentes altèrent la qualité du sommeil par leurs manifesta-

tions pathologiques. Il s'agit du syndrome des jambes sans repos et du syndrome des apnées du sommeil.

La sieste – qui est un pur bonheur – ne nuit pas au sommeil de nuit si on respecte les consignes suivantes : 1. elle doit impérativement se faire entre 12 h. et 15 h. car cela correspond à une propension à dormir en fonction des rythmes biologiques ; 2. elle ne doit pas être supérieure à 30 minutes.

Il existe aussi la sieste-flash, plus courte. Le peintre catalan Salvador Dali était un adepte de cette sieste. Son truc ? il recommandait de s'installer confortablement dans un fauteuil (espagnol de préférence !) avec une clé dans la main et une assiette au sol, sous la clé. Dès que le sommeil s'approfondit le relâchement musculaire fait tomber la clé dans l'assiette et le bruit réveille.

Bien se connaître pour bien dormir

Pour conclure, s'il n'est pas possible de changer de catégorie de dormeur (moyen, court, long) à laquelle on appartient probablement parce que cela dépend de conditions innées, il est possible d'en faire varier la durée et d'en améliorer la qualité.

Comportements quotidiens et habitudes qui peuvent interférer avec le sommeil

Pratiques qui réduisent le besoin

homéostatique au moment du coucher

- activité insuffisante durant la journée
- être resté couché à se reposer durant la journée

Habitudes liées au sommeil

- faire des siestes, somnoler durant la journée ou la soirée
- être semi-éveillé durant la soirée
- dormir beaucoup les week-ends

Pratiques qui perturbent la régularité du rythme circadien

- exposition insuffisante à la lumière le matin entraînant un retard de phase
- exposition trop précoce à la lumière le matin avec avance de phase

Habitudes liées au sommeil

- horaires de sommeil irréguliers
- sommeil matinal les week-ends

Pratiques qui augmentent le niveau d'éveil

- fumer durant la soirée
- consommation excessive de caféine ou trop tard pendant la journée
- consommer de l'alcool le soir
- faire de l'exercice tard le soir
- dernier repas trop tard ou trop de liquide ingéré (peut causer un reflux-gastro-œsophagien ou des mictions fréquentes)
- rentrer tard le soir, traîner avant de se mettre au lit

Habitudes liées au sommeil

- appréhension quant au sommeil durant la soirée
- s'éveiller en se préparant à aller au lit
- pas de routines avant le sommeil
- parler au lit de choses stressantes
- regarder la TV, lire, s'engager dans des comportements incompatibles avec le

sommeil avant d'éteindre les lumières, tomber endormi avec la radio ou la TV

- faire des efforts pour s'endormir
- regarder l'heure durant la nuit
- rester au lit durant les éveils nocturnes prolongés ou rester longtemps éveillé au lit le matin
- dormir dans un environnement de sommeil inadéquat : partenaire qui ronfle, bruits, lumière vive le matin ou animaux dans la chambre.

Adapté de Yang CM, Spielman AJ, Glovinsky PB. Nonpharmacologic strategies in the management of insomnia. Psychiatr Clin North Am 2006;29(4):900; with permission, in Glovinsky A. et al. Nonpharmacologic strategies in the management of insomnia, rationale implementation. Sleep Medicine Clinics, 2008, Vol. 3. N°2. (traduit par Guy Adant)

Si on n'est pas satisfait de son sommeil, il est raisonnable d'examiner jour après jour ses comportements individuels en termes d'activités physiques et mentales, de repas, de prises d'excitants et d'alcool, d'environnement de sommeil et d'état émotionnel avant le coucher. Ne pas perdre de vue que des facteurs d'environnement interviennent également. Il est bon de faire de sa chambre un lieu paisible exclusivement réservé au sommeil.

À cela s'ajoute la préparation au sommeil. Celle-ci débute une heure avant l'heure du coucher. Elle consiste à produire des comportements favorables au sommeil et à supprimer le plus possible ce qui lui est néfaste. Par exemple, réduire très progressivement tout type d'excitation ou de contrariété, boire une petite tasse (pour ne pas devoir se lever la nuit et se rendre aux toilettes) de tisane

aux plantes soporifiques, se détendre physiquement et mentalement, lâcher prise progressivement pour se coucher dès les premiers signes du sommeil. En cas de réveil, s'il s'avère que l'on est incapable de s'endormir, il convient de ne pas faire trop d'efforts pour dormir à tout prix car tout effort génère une tension physique et psychique qui va empêcher le retour du sommeil. C'est plutôt le moment de pratiquer la relaxation ou la visualisation et de se laisser surprendre par le sommeil. Il vient toujours à l'improviste.

Contrairement aux idées reçues, aucun médicament ne procure un sommeil naturel de qualité. Les anxiolytiques et les somnifères, mêmes les plus récents, sont des médicaments utiles dans des situations aiguës comme l'insomnie transitoire mais ne conviennent pas à un usage chronique. Le vrai

problème est que ces substances puissantes sont anti-éveils et confortent l'idée mythique que chacun se fait encore de son sommeil. Bien vieillir n'est-ce pas s'adapter à des conditions nouvelles ? Accepter de dormir autrement en est une. Si ces conseils ne suffisent pas il faut savoir qu'il existe un traitement sans médicament de l'insomnie chronique étayé par de nombreuses études. Ce traitement est encore peu répandu principalement faute de praticiens compétents. Mais une formation spécialisée est maintenant proposée aux médecins généralistes, psychologues, kinésithérapeutes, bacheliers en soins infirmiers et en ergothérapie.

Guy Adant, licencié en éducation pour la santé post-gradué en santé mentale, formateur

Question Santé, trente ans déjà

Des questions sans réponse ? Encore heureux!



« C'est entre trente et trente et un an que les femmes vivent les dix meilleures années de leur vie » (Sacha Guitry)

Cela fait donc 30 ans qu'est née l'asbl

Question Santé. Trente années jalonnées d'interrogations multiples sur les thèmes les plus divers de santé publique, trente années de questionnements éthiques, trente années à éviter les pièges de la communication choc pour injecter un peu d'incertitude dans les messages sanitaires, bref trente années de nuances et de délicatesse.

N'est-il pas temps que cela change, que Question Santé nous donne enfin les réponses que les plus anciens d'entre nous attendent avec angoisse depuis si longtemps au lieu de continuer à nous poser des questions ? N'est-il pas temps que l'asbl cesse de jouer les donneuses de leçon déformées par l'esprit délétère de mai 68 ? N'est-il pas temps que les campagnes médiatiques dont les autorités la chargent soient enfin spectaculaires et efficaces ?

Vous ne me croyez pas ? Vous voulez des preuves des errements de Question Santé ? J'en ai !

En 1983 déjà, ces dangereux activistes affirmaient :

'Depuis notre création, à Question Santé, nous nous interrogeons sur l'aspect moralisateur et dogmatique de l'éducation sanitaire.

*Une nouvelle religion faite de Bien et de Mal : les bons comportements qui vous feront atteindre le paradis de la santé harmonieuse, et les mauvais qui vous précipiteront dans l'enfer de la maladie et de la mort. Point de salut pour ceux qui boivent, fument et ne font pas de gym tonic (rappel, nous sommes en 1984, ndlr l'époque bénie du disco et de Véronique et Davina). Rarement l'éducation à la santé cherche simplement à faire réfléchir, à permettre le choix.'*¹

Et leurs productions récentes ne montrent aucun progrès, au contraire, ils persévèrent

dans l'erreur ! Quelques titres : 'Être bien dans sa tête, une obligation sociale ?', 'Être chômeur, la belle vie ?', 'Puisqu'on est jeunes et cons, les prises de risque à l'adolescence', 'Maigrir à tout prix, une obsession intemporelle', 'Prévention et santé : un peu, beaucoup, pas du tout'. La liste est accablante et se passe de tout commentaire. Nous en avons assez de ces gens qui tablent sur l'intelligence du public plutôt que sur son 'temps de cerveau disponible'. De ces promoteurs de santé qui donnent la priorité à l'autonomie individuelle, et à la mobilisation collective. De ces formateurs qui croient aux vertus de l'éducation permanente pour amener les publics à réfléchir en adultes à leurs choix de vie plutôt qu'à manipuler leurs comportements. Mais que fait donc la police sanitaire ? Le moment n'est-il pas enfin venu d'empêcher Question Santé de nuire ?

¹ Texte de présentation de l'exposition 'Regards sur l'éducation sanitaire 1856 - 1984', à l'occasion de l'installation de Question Santé dans ses locaux de la rue du Viaduc à Bruxelles. L'exposition proposait de remarquables photos de Christian Carez au départ de la célèbre collection de cires du Musée Spitzner.

Reprenons nos esprits.

Au fil du temps, Question Santé a su se rendre indispensable au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles en développant une expertise précieuse en matière de communication santé. Cette expertise lui a permis non seulement de déployer ses propres campagnes, mais aussi d'apporter son soutien à nombre d'initiatives du secteur associatif, et d'appuyer les autorités lorsqu'il fallait donner au public une information nuancée sur un sujet d'actualité, en échappant au piège du sensationnel à tout prix.

Comme vous le savez, notre Communauté dispose d'un outil législatif intéressant pour permettre à des messages de promotion de la santé d'atteindre une large audience, en exploitant des moyens de communication de masse, radio et télé, normalement réservés aux annonceurs riches et privés vu leur coût prohibitif.

Je n'ai pas peur d'affirmer que grâce à son expertise construite patiemment, Question Santé a contribué de manière significative à ce que les campagnes 'santé' n'aient pas à rougir de la comparaison avec les spots des grands annonceurs commerciaux, tout en faisant entendre et voir une autre manière de concevoir la communication.

Mieux même, l'asbl, en jouant régulièrement le rôle d'interface entre les décideurs politiques et les agences 'traditionnelles' de communication, nous a souvent fait éviter le pire en matière de communication institutionnelle. En choisissant délibérément la voie de la discrétion, Question Santé a sans doute parfois manqué un peu de 'punch' dans ses messages, mais elle a témoigné ainsi d'un véritable respect du public, qui mérite qu'on lui 'vende' la santé avec d'autres armes que celles qui servent à promouvoir des margarines améliorées ou le traitement de la dysfonction érectile !



À côté de ces travaux mass médiatiques par définition très visibles, impossible de résumer ici 30 ans de réalisations diverses et nombreuses. Pas question toutefois de passer sous silence l'industrie beaucoup plus discrète de l'asbl en matière d'éducation permanente. Il y a un monde de différence entre un spot télé vu par des centaines de milliers de personnes et un

atelier 'mon attitude face à la vaccination' suivi par une dizaine de participants dont certains viennent d'abord pour le café et le morceau de tarte. Et bien, dans ce cas-là aussi, Question Santé est fidèle au poste, avec des animateurs compétents, respectueux et enthousiastes, des dossiers solides, des échanges qui permettent aux gens de construire et partager un savoir plutôt que d'acquiescer des gestes normés.

Ce travail de terrain, très intense aussi en région bruxelloise (Question Santé bénéficie de longue date d'une reconnaissance de la Commission communautaire française de Bruxelles – Capitale), est-il est vrai une excellente école de modestie pour l'équipe. Rien de tel en effet que de confronter les beaux principes théoriques qui nous guident à la réalité des vrais gens dans la vraie vie... Cela nous vaut des atterrissages pas toujours en douceur, mais salutaires.

Souhaitons pour terminer à son directeur Patrick Trefois ainsi qu'à son équipe que les trente prochaines années soient trente nouvelles glorieuses pour Question Santé.

Christian De Bock

Discours prononcé lors de la venue de Patrick Peretti-Watel à Bruxelles à l'occasion du 30^e anniversaire de l'asbl Question Santé

RÉFLEXIONS

Vaccination : le temps des doutes ?

En Belgique, l'adhésion de la population et du corps médical à la vaccination est globalement bonne. Cependant, les signes ne manquent pas pour annoncer la fin du temps béni pour les vaccinés, celui de la simple adoption d'une vaccination sur base d'une « recommandation », sans réflexions et interrogations concomitantes.

Parmi les questions émergentes au sein de la population, on peut distinguer deux catégories principales.

Il y a une interpellation du sens même de la vaccination : est-ce vraiment utile (car les maladies ne sont pas si graves) ? Est-ce encore

nécessaire (puisque les maladies ont disparu) ? Est-ce efficace (puisque on voit encore des épidémies malgré la vaccination) ? Est-ce judicieux (puisque l'immunité après maladie est meilleure) ?

La sécurité des vaccinations constitue le second questionnement, une interrogation récurrente parmi les personnes hésitant à recourir à cette méthode préventive.

Les réponses à ces doutes et inquiétudes se doivent d'être nuancées : la recherche du consentement éclairé des citoyens impose à la fois une information sérieuse et une démarche pédagogique.

La vaccination : trop performante ?

La vaccination est victime de ses succès. De nombreuses maladies infectieuses, dans le passé, étaient endémiques et/ou provoquaient des épidémies récurrentes, avec leurs corollaires de mortalité et de morbidité.

Ainsi, jusqu'aux années soixante, la diphtérie était endémique en Belgique, avec des épidémies ponctuelles. Après l'introduction de la vaccination généralisée des nouveau-nés en 1959, l'incidence a baissé rapidement : de 1.313 cas pour la seule année 1959, on est passé à 1.752 cas pour les 10 années suivantes, de 1960 à 1969 (dont 55 décès). Depuis le début des

années 80, seul 1 cas de diphtérie a été déclaré. Les épidémies survenues dans les années 90 en Russie et en Ukraine ont démontré la réversibilité de cette sécurité, dès que l'organisation de la vaccination est perturbée et que les couvertures vaccinales s'effondrent. La poliomyélite était également endémique dans le passé en Belgique et une majorité de la population était infectée dès l'enfance. Dans un premier temps, grâce à une amélioration importante de l'hygiène et une vaccination ponctuelle non organisée, on a observé dans les années 50 une évolution de la situation endémique, vers des poussées épidémiques, touchant des groupes d'âge plus avancés avec des cas plus symptomatiques. Avec les campagnes généralisées de vaccination à la fin des années 50 et l'obligation vaccinale introduite en 1967 dans notre pays, l'incidence de la maladie a spectaculairement et rapidement diminué. Actuellement, il n'y a plus de cas de transmission indigène de poliomyélite en Belgique. Cependant, des cas importés pourraient déclencher des épidémies locales dans des sous-groupes de population non immunisés en raison d'un refus de vaccination, comme cela s'est passé aux Pays-Bas en 1992-1993. La rougeole nous offre un autre exemple éloquent en cette année 2011, avec l'écllosion de multiples épidémies dans les pays européens. Avant l'introduction de la vaccination, près de 95 % des enfants faisaient la maladie avant l'âge de 15 ans. L'infection évoluait par poussées épidémiques, tous les 2-3 ans. L'incidence de la rougeole a très fortement diminué depuis la mise en place de la vaccination généralisée des nouveau-nés (passant de 823/100.000 habitants en 1982 à 73/100.000 en 1993 et à 1,8/100.000 en 2009). Toutefois, en raison d'une couverture vaccinale insuffisante et de la forte diminution de la circulation du virus sauvage, des poches de population non immunisée se forment. Elles sont le point de départ de petites épidémies récurrentes. En outre, l'âge moyen des personnes contractant la rougeole s'élève. Au 1^{er} août 2011, selon l'Institut scientifique de santé publique, 485 cas de rougeole ont été déclarés en Belgique alors qu'on en dénombrait seulement 40 pour toute l'année 2010. Rappelons que, pour obtenir l'élimination de la rougeole, nous devons atteindre l'objectif

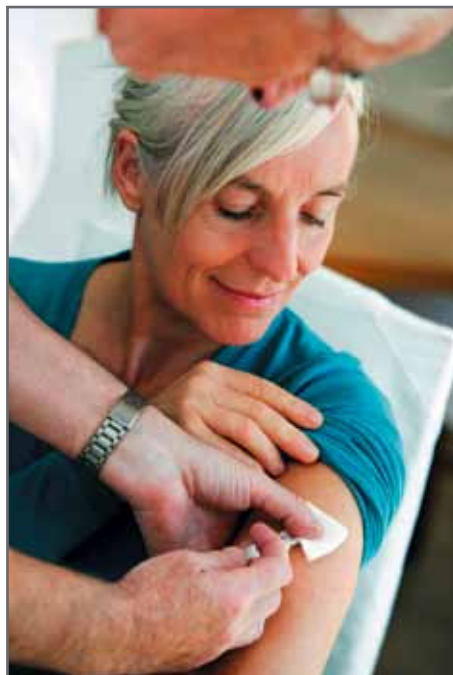


Photo © Isopix

de 95 % de couverture vaccinale pour deux doses de RRO (Rougeole-Rubéole-Oreillons). Le souvenir de ces épidémies et de leurs conséquences parfois dramatiques s'est estompé : les jeunes parents actuels ne connaissent plus le tableau clinique et les conséquences potentielles des maladies infectieuses. Une information permanente est donc indispensable pour maintenir la mémoire collective et une motivation vaccinale.

Peser les avantages et inconvénients

Un préalable nécessaire pour pouvoir approcher la question de la sécurité des vaccins est de poser le cadre d'un raisonnement adéquat. Il ne s'agit ni de nier les incertitudes, ni de mener une propagande pour la vaccination, en miroir de celle menée par des groupes d'opposants inconditionnels à la vaccination. Le choix de recommander une vaccination repose toujours sur un bilan d'avantages et d'inconvénients. Les éléments qui entrent en jeu dans cette évaluation sont multiples :

- la maladie justifie-t-elle une prévention vaccinale : morbidité, mortalité, fréquence, modes de transmission, conséquences socio-économiques, etc. ?
- le vaccin proposé a-t-il montré des preuves scientifiques (effets cliniques et épidémiologiques) d'efficacité, offre-t-il un profil de sécurité bien étayé, etc. ?

- la vaccination est-elle faisable et pérenne : coût pour les finances publiques, organisation de l'administration des vaccins (services de santé), distribution des vaccins, accessibilité financière et culturelle, etc. ?

La complexité et la rigueur de cette évaluation doivent être communiquées au public, afin que chacun puisse comprendre les enjeux, individuels et collectifs, impliqués dans l'acceptation ou le refus d'une vaccination.

■

Le souvenir des épidémies passées et de leurs conséquences parfois dramatiques s'est estompé : les jeunes parents actuels ne connaissent plus le tableau clinique et les conséquences potentielles des maladies infectieuses.

■

Par ailleurs, il faut rappeler quelques facteurs qui déterminent la perception des risques par une population. Un article qui reste d'actualité les résumait ainsi en 1999 :

- les risques volontaires, librement assumés, sont mieux acceptés que les risques imposés, non volontaires ;
- les risques naturels sont plus facilement tolérés que les risques qui sont la conséquence d'une intervention humaine ;
- de nombreux parents acceptent de recourir à des mesures préventives uniquement lorsque le risque de maladie grave peut être écarté à 100 % par la vaccination ;
- certains parents refusent la vaccination parce qu'ils préfèrent ne rien faire plutôt qu'agir. Beaucoup de parents se sentent plus coupables si leur enfant développe des lésions ou décède suite à une intervention choisie par eux-mêmes, plutôt que suite à la survenue spontanée d'une maladie ;
- certains parents comptent sur le fait que la vaccination des autres enfants protégera leurs propres enfants, grâce à la barrière immunitaire obtenue ;
- plutôt que sur des données statistiques, les parents basent leur décision en matière de vaccination sur des faits culturels, personnels et religieux. La couverture vaccinale est aussi influencée par l'éducation et le statut socio-économique.

Prendre conscience des enjeux collectifs

Trop longtemps, les enjeux de la vaccination ont été éclairés uniquement en terme de bienfaits et de protection individuels. Nous prenons cependant de plus en plus conscience des implications collectives et systémiques de la vaccination. Ainsi, nous constatons que la vaccination pèse sur l'écosystème de certains microbes et l'épidémiologie des maladies. La vaccination des enfants par le vaccin conjugué contre le pneumocoque, par exemple, induit un glissement des sérotypes impliqués dans les infections cliniques. Selon le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), l'introduction d'une vaccination généralisée contre la varicelle soulève des questions quant à sa pertinence dans le contexte actuel des pratiques et connaissances.

Nous savons aussi que l'atteinte d'objectifs comme l'éradication ou l'élimination d'une maladie exige des couvertures vaccinales très élevées, et demande dès lors une adhésion collective massive. Face aux maladies infectieuses, se protéger, c'est protéger les autres... et protéger les autres, c'est se protéger !

Ce débat sur la responsabilité collective en matière de sécurité vis-à-vis des maladies infectieuses doit certainement être porté par les professionnels de santé.

L'information sur le net

En matière d'informations sur la santé, on trouve tout et n'importe quoi sur Internet. Plusieurs études européennes récentes chiffrent la proportion de la population surfant à la recherche d'informations sur la santé à 50 - 80 % des gens, selon les pays. Et même pour les internautes considérant qu'Internet n'est pas une source importante d'information, des recherches et lectures fréquentes peuvent influencer les processus décisionnels.

Les recherches psychologiques et comportementales montrent que l'influence de l'information sur les perceptions et comportements n'est pas toujours consciente. Or que lit-on sur Internet à propos de la vaccination ?

Une étude a été menée en 2009, sur base de la recherche sur google.com des termes anglais « vaccination », « vaccines » et « immunization OR immunisation ». Pour les États-Unis,

21 des 30 premiers résultats étaient des sites consacrés à la vaccination, dont 5 étaient clairement anti-vaccination. La même recherche sur google.ca mettait en évidence 8 sites anti-vaccination sur les 30 premiers items. Moins la recherche est spécifique, plus la probabilité d'aboutir sur un site d'opposants à la vaccination est forte. Ceci signifie que les personnes les moins informées, qui sont donc les plus susceptibles de chercher des informations, utiliseront des termes très généraux qui les conduiront plus souvent vers des sites anti-vaccination. Une analyse de ces derniers montrent des contenus sur l'insécurité des vaccins, évoquant notamment des relations causales supposées entre vaccinations et maladies d'origine inconnue comme la sclérose en plaques, l'autisme, la mort subite du nourrisson, etc.

Des arguments continuellement répétés sont l'affaiblissement de l'immunité, l'immunité temporaire ou illusoire, la composition des vaccins qui rend malade, la surcharge du système immunitaire des enfants (surtout avec les vaccins combinés). Parallèlement, des traitements dits plus efficaces que la vaccination, comme l'homéopathie, sont évoqués. Les sites d'opposants à la vaccination sont très interconnectés, permettant ainsi un renforcement mutuel de l'informa-

tion. La majorité de ces sites font aussi appel à l'émotion, via des histoires d'enfants (appuyées de photos parfois) atteints d'affections et de complications supposées liées à une vaccination. Les témoignages de parents et la mise en place de forums répercutant questions et réponses donnent une vitrine à ces récits de vie, émouvants et respectables certes, mais sans la distance et l'apport des nuances et mises au point scientifiques indispensables à une réelle information. Le recours aux médias sociaux comme Facebook et Twitter ouvre encore le champ des possibilités.

Mais quel est l'impact des visites sur ce type de site ? Selon les auteurs d'une étude on line, une recherche et une visite sur des sites critiques vis-à-vis de la vaccination peut entraîner des changements considérables dans la perception : les risques liés à la vaccination sont majorés et ceux liés à l'absence de vaccination réduits. Ces changements persistent encore 5 mois après l'étude initiale.

Comment parler de vaccination à ses patients ?

Une enquête menée en France (Baromètre Santé 2005 -INPES) permet d'approcher les inquiétudes de la population vis-à-vis des vaccins. Dans un contexte de large acceptation de la vaccination (43 % des répondants se disent « très favorables » et 47 % « plutôt favorables », soit 90 % des sondés au total), on note cependant que

- 10 % des répondants réfutent l'affirmation « les vaccins sont testés pour s'assurer qu'ils sont sans risque » et 17 % l'affirmation « un vaccin dangereux serait identifié comme tel lors des essais cliniques » ;
- 55 % se disent d'accord avec l'idée « il est très angoissant de se faire vacciner avec un nouveau vaccin, même s'il a été soigneusement testé » ;
- 38 % pensent qu'« en se faisant vacciner, il est possible d'attraper une forme grave de la maladie contre laquelle le vaccin est censé protéger ».

Dans un guide destiné aux médecins, les auteurs rappellent qu'il s'agit d'abord d'ouvrir un dialogue sur le sujet avec le patient. De manière générale, on peut commencer par explorer ce que sait le patient et son point de

Pour informer le public

Provac, une association interuniversitaire qui apporte, depuis 20 ans, ses compétences à l'organisation d'un programme structuré de vaccination en Communauté française, a réalisé divers documents de sensibilisation :

- Vacciner ? Mieux comprendre pour décider. Programme de vaccination de la Communauté française. Édition 2010. www.sante.cfwb.be
- Les rendez-vous des vaccins.
- Quelles vaccinations pour les adolescents de 14-16 ans ?

Le site www.vacc.info reprend des informations validées scientifiquement et des réponses à des questions souvent posées sur la vaccination.

À propos du « ton juste »

Des exemples récents (grippe aviaire, puis grippe pandémique H1N1) nous montrent combien les excès de médiatisation peuvent jeter le trouble et aboutir à des effets inverses de ceux recherchés ! On retrouve à l'origine de ces phénomènes d'amplification et de dramatisation d'une situation, une conjonction de facteurs. De manière très schématique, voici quelques considérations assez spectaculaires.

Une surenchère des médias. À ce propos, **Jean-Jacques Jespers** relève que « *Malheureusement, la logique fondamentale de fonctionnement de la plupart des grands médias aujourd'hui, ce n'est pas une logique de service. C'est une logique de profit. Or, les recettes pour faire du profit sont connues depuis un siècle et demi. Il n'est pas indispensable que la nouvelle soit vraie, mais il faut que la nouvelle soit sensationnelle, qu'elle suscite de l'émotion, qu'elle provoque un réflexe d'adhésion et de fidélité au média, que ce soit la télévision ou le journal. Ce qui est bon pour les médias, c'est ce qui suscite chez le public une envie d'en savoir plus, une envie de continuer à consommer le média. Ce n'est pas ce qui est vrai, ou ce qui est réellement important.* »

Une surenchère des scientifiques. Voici

ce qu'en disait **Guy Meulemans**, médecin vétérinaire expert en virologie aviaire : « (...) *il y a des complices qui sont les scientifiques. Les scientifiques qui sont en charge du diagnostic, de la recherche sur ce genre de virus et qui ne sont pas subsidiés tant qu'il n'y a pas un gros relais médiatique. J'ai travaillé trente-six ans dans la recherche sur les virus aviaires et il était très difficile d'obtenir des crédits de recherche. Mais, regardez un peu la masse de crédits qui a été libérée – et qui continue à l'être – par l'Union européenne, les États-Unis, les gouvernements européens, en matière de recherche sur la grippe aviaire. Donc, les scientifiques n'ont pas du tout intérêt à diminuer la portée du problème, au contraire, ils vont 'pousser sur le champignon'. Au mieux, ils vont dire qu'il existe un problème potentiel impossible à nier.* »

Des intérêts commerciaux colossaux.

Derrière chaque maladie évitable par vaccination, il y a un vaccin, un ou plusieurs producteurs, des bénéfices potentiels, des cours de bourse et des actionnaires. Ce contexte d'enjeux économiques et de guerre commerciale parfois induit des phénomènes de méfiance, des soupçons de corruption ou de manipulation de certains experts et responsables, etc.

Des maladresses des pouvoirs publics et l'application du principe de précaution.

Jean-Jacques Jespers toujours : « *Par exemple, on dit que le but des autorités publiques est de défendre la sécurité et la santé des gens. Oui, mais le but des élus est aussi d'être populaires et d'être vus dans les médias, dans l'espoir d'être réélus. Ainsi, il est très spectaculaire, et très rentable en termes de visibilité médiatique, d'aller isoler des zones entières, avec de grosses équipes de décontamination, avec des gens en combinaisons spéciales, munis de gants et de lunettes de protection qui vont recueillir les oiseaux morts... Ces motivations peuvent conduire les autorités publiques à avoir des attitudes contre-productives comme de vouloir écarter les véritables experts, de prendre la parole à leur place pour être sur le devant de la scène.* »

In fine, le citoyen est perdant, car il doute de la crédibilité de tous et ne sait plus où s'appuyer pour construire un choix éclairé...

Toutes les citations sont reprises de « *Grippe aviaire : un emballement médiatique* », sur www.questionsante.be/outils/grippe_aviaire.html.

vue général sur la vaccination ; on tente de repérer ce qu'il a compris, les réticences et les préoccupations dans ses propos.

Si le patient se montre indécis ou peu concerné, une information de type cognitif est utile (caractéristiques des maladies, pourquoi et comment se faire vacciner, avantages et effets indésirables, etc.). Si le patient semble réticent, il est utile de lui demander de préciser ses craintes ou ses doutes. On l'aide ainsi à réfléchir et on peut adapter l'information. Si le patient a peur des complications, il est nécessaire de lui donner des données concrètes qui lui permettent de comparer la fréquence et la nature des complications liées d'une part aux maladies, d'autre part aux vaccins. Nous sommes là dans le contexte de l'entretien motivationnel et de la consultation négociée.

Le ton juste

Il est déconseillé d'exagérer les avantages et de minimiser les inconvénients pour convaincre le patient : outre une perte éventuelle de crédibilité si le patient s'informe (sur internet par exemple...), cette attitude peut même avoir un effet opposé en renforçant les résistances du patient. Ainsi, il apparaît d'analyses récentes que les intentions de vaccination sont moindres lorsqu'on fait appel à la peur des conséquences négatives d'une non-vaccination contre la rougeole, plutôt qu'à un message encourageant la protection.

Les nuances dans les énoncés des messages ont une influence réelle. Ainsi, le texte suivant « *specific vaccines can indeed produce illness-like symptoms; however, the complete*

illness » était proposé avec deux chutes finales « *will never appear* » (version tranchée) ou « *will appear extremely rarely* » (version nuancée). La comparaison des effets des deux messages a montré que la version tranchée de négation des risques conduisait paradoxalement à une perception du risque plus forte que la version nuancée.

Que conclure de tout ceci ? Les approches actuelles de la politique vaccinale doivent certainement évoluer pour répondre à la complexité croissante des questions posées dans la société. Les vaccinateurs, les éducateurs et responsables de santé publique seront contraints de s'adapter aux évolutions sensibles observées dans les perceptions collectives vis-à-vis de la vaccina-

tion et aux moyens d'informations actuels. Mais écouter les usagers, développer leurs aptitudes de poser eux-mêmes leurs choix, adapter les services de santé... Cela ne vous rappelle-t-il pas la démarche de promotion de la santé ?

D^r Patrick Trefois, Question Santé asbl, majeur et vacciné

Quelques références

- Sanford R. Kimmel. Vaccine Adverse Events : Separating Myth from Reality. Am Fam Physician 2002 ; 66 :2113-20.
- Vaccinations. Guide pratique pour le médecin. Version février 2009. INPES.
- P. Gache et al. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. Revue Médicale Suisse

n° 80. <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=31657>

- C. Betsch. Innovations in communication : the internet and the psychology of vaccination decisions. Eurosurveillance, vol 16, issue 17, 28 avril 2011. www.eurosurveillance.org
- C. Betsch et al. The Influence of vaccine-critical websites on perceiving vaccination risks. J Health Psychol 2010 ; 15 : 446-55.

Investir 1 % du budget des soins dans la promotion de la santé

Les inégalités sociales de santé sont des réalités bien documentées en Belgique. L'absence de plans ambitieux de l'action publique pour les réduire significativement est préoccupante dans une société où l'égalité des chances est une valeur de référence. On dispose pourtant de multiples études, à l'image des tableaux de bord de la santé en Wallonie, de l'Enquête nationale de santé ou encore des études des mutualités et de la Fondation Roi Baudouin qui quantifient le problème et avancent des pistes de solutions.

Quelques chiffres donnent à réfléchir : un écart d'espérance de vie de 7 ans entre classes sociales défavorisées et aisées ; pour l'espérance de vie en bonne santé, cet écart monte à 18 ans ; 50 % de sur-incidence des maladies cardiovasculaires chez les plus défavorisées, etc. Ces gradients sociaux se retrouvent au niveau des déterminants de santé : sédentarité, tabagisme, alimentation déséquilibrée, stress... sont systématiquement plus fréquents dans les groupes de population moins favorisés. En Hainaut, les inégalités de santé entraînent chaque année un excès de 1800 décès. Les inégalités sociales en matière de santé s'installent dès l'enfance. Exemple, on évalue à 9 % l'obésité franche chez les enfants de familles d'ouvriers contre 2 % chez les familles aisées. Le constat est clair : les politiques sociales des dernières décennies ont permis un accès relativement équitable aux soins de santé mais pas à la santé !

Les politiques d'accessibilité à des soins de santé de qualité sont éthiquement et socialement indispensables mais elles ne peuvent résoudre structurellement les inégalités de santé parce que l'origine du problème est en amont des soins, dans les conditions de vie, l'accès à l'information et à l'éducation, la qualité de l'environnement des lieux de vie et de travail, les revenus...

Pour s'attaquer au problème, les recommandations scientifiques, dont celles de l'OMS¹, préconisent deux voies d'actions complémentaires :

- intégrer les dimensions bien-être, santé, équité dans les politiques publiques (logement, emploi, éducation, culture, petite enfance, revenus...);
- renforcer structurellement la promotion de la santé et en faire une composante à part entière des politiques publiques et du système de santé. Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui en Belgique francophone comme vient de le mettre en évidence un audit externe du dispositif existant².

Le premier axe est essentiel. Son niveau de mise en œuvre dépendra des orientations politiques et des formes de gouvernance à tous les niveaux de pouvoirs.

Le second est plus technique, à portée complémentaire du premier mais avec une possibilité de mise en œuvre rapide. Cela mérite quelques développements.

La promotion de la santé vise à créer des

conditions de vie qui permettent le développement du bien-être en donnant à la population un meilleur contrôle sur les moyens de préserver et d'améliorer sa santé. Cela va donc bien au-delà de la simple information du public (indispensable mais pas suffisante) ; il faut aussi améliorer les conditions et les environnements de vie pour les rendre propices au bien-être et à la santé. Menus équilibrés dans les cantines scolaires, espaces verts dans les quartiers, villes et villages piétons admis, qualité et accessibilité de l'offre alimentaire, régulation éthique du marketing visant les enfants, protection contre la fumée du tabac, actions de renforcement des liens sociaux... sont quelques illustrations de l'action de promotion de la santé dans les milieux de vie.

■
Le constat est clair : les politiques sociales des dernières décennies ont permis un accès relativement équitable aux soins de santé mais pas à la santé!
■

La promotion de la santé ne peut donc se concevoir qu'avec la participation des acteurs sociaux et économiques, élus, enseignants, élèves, éducateurs, associations, clubs, familles, professionnels... Tous sont des opérateurs potentiels de promotion de la santé. Encore faut-il que le système de

1 WHO Commission on Social Determinants of Health. Report. Geneva : World Health Organization, 2008.

2 Évaluation du dispositif de santé de la Communauté française. Colette Barbier. Éducation Santé, n° 269, pp 13-15, 2011. Voir le site www.educationsante.be.

santé publique les valorise et les soutienne concrètement dans ce rôle en mettant à leur disposition expertises, outils, accompagnement et coordination des interventions. Ceci nécessite de renforcer significativement le dispositif de promotion de la santé pour qu'il puisse rendre ces services à l'ensemble de la population et plus particulièrement dans les territoires défavorisés.

Les approches sont largement communes à celles du développement durable et certains objectifs concrets sont complémentaires. On pense en particulier à la qualité de l'alimentation et de sa production, à la mobilité douce et à la lutte contre la sédentarité, à la qualité de l'environnement physique des lieux de vie. Les agendas de la lutte contre les inégalités sociales de santé, de la promotion de la santé, de la cohésion sociale et du développement durable devraient être coordonnés et les programmes d'actions se renforcer mutuellement.

À l'heure actuelle, l'organisation et les moyens qualitatifs et quantitatifs du secteur de la pro-

motion de la santé ne sont pas à la hauteur des enjeux sociétaux évoqués plus haut. Où trouver les financements susceptibles de renforcer le secteur de la promotion de la santé ? C'est une question d'une brûlante actualité politique et institutionnelle.

Un scénario, à étudier sérieusement, serait de convaincre les gestionnaires sociaux et professionnels de l'INAMI de consacrer **1% du budget soins de santé** à un investissement en « bons pères de famille » dans la promotion de la santé. Un impressionnant panel d'experts internationaux rappelait récemment dans le Lancet³ que 2/3 des maladies chroniques (maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, diabète, hypertension, cancers, troubles mentaux...) ont pour facteurs favorisants communs le tabagisme, une alimentation déséquilibrée, le manque d'activité physique, la consommation excessive de sel et d'alcool. La promotion de la santé est un moyen efficace de lutter contre ces facteurs⁴. Ne pas la prendre en compte spécifiquement dans les réflexions en cours sur le budget INAMI et l'impact du vieillissement serait une erreur de gouvernance.

L'opérationnalisation de cet investissement devrait être confiée aux Communautés / Régions parce que très logiquement c'est en décentralisation et en proximité avec la population que cet investissement structurel a le plus de chance d'être productif. Les communes et provinces devraient être impliquées dans ce dispositif parce que leur proximité avec les citoyens et leur capacité d'action sur le cadre de vie en font des niveaux de responsabilité publique incontournables pour intégrer sur le terrain promotion de la santé, développement durable et cohésion sociale. Pour la Belgique francophone, cet apport de ressources (et partant d'intérêt politique) permettrait de construire un véritable dispositif de service public en promotion de la santé.

D' Luc Berghmans, Observatoire de la Santé du Hainaut

Opinion publiée dans La Libre Belgique le 28 septembre 2011 et reproduite avec son aimable autorisation

³ Priority actions for the non-communicable disease crisis. Lancet, vol. 377, pp 1438-1447, 2011.

⁴ A challenge for health promotion. D. McQueen. Global Health Promotion, vol. 18, pp 8-9, 2011.

OUTILS

Mic Mac

Enterre la hache de guerre avec ta tribu !

Mic Mac est un jeu de société coopératif et de stratégie abordant le concept des violences avec un focus sur les stéréotypes de genre dans un objectif de prévention. Il souhaite également promouvoir les relations égalitaires.

Description de l'outil

Matériel

Une boîte en bois contenant :

- 92 cartes : 45 cartes *Aventure* et 3 cartes *Montagne sacrée*, 29 cartes *Chemin* (dont 5 cartes *Chemin Joker*) et 1 carte *Tipi*, 12 cartes

recto *Symbole de paix* et verso *Hache de guerre*, 2 cartes *Légende*

- 5 pions Membres de la Tribu : le/la chef, cuisinier(ère), chaman(e), chasseur(euse), couturier(ère)
- 2 dés à 6 faces
- Sablier
- Règles du jeu

En option, un guide pédagogique (téléchargeable).

Concept

Mic Mac est un jeu de société coopératif et de stratégie, conçu pour être joué en famille. La tribu Mic Mac doit rejoindre le tipi en ré-

coltant les 6 symboles de la paix avant que leurs ennemis, les Shavapaoukwa, n'aient déterré leurs 6 haches de guerre. La tribu vivra des aventures, des défis et des obstacles, répartis en 6 grandes thématiques.

Mais le jeu peut également être joué en groupe avec un animateur, car Mic Mac est aussi un jeu de prévention des violences. Il aborde surtout les relations égalitaires hommes/femmes. Le guide pédagogique propose des informations théoriques et des pistes pour exploiter le jeu.

Objectifs

- Aborder le concept des violences et les stéréotypes de genre.

- Découvrir et valoriser des attitudes de gestion de la violence et d'alternative à la violence : connaissance de soi, négociation, coopération, empathie, écoute, communication non violente, maîtrise de soi, affirmation de soi et sentiment d'appartenance.
- Promouvoir les relations égalitaires.

Conseils d'utilisation

Malgré le fait que le jeu s'adresse d'abord aux familles, avec des enfants à partir de 8 ans, le promoteur propose également que ce jeu soit utilisé par des éducateurs, enseignants, parents, animateurs... Il pourrait, par exemple, s'inscrire dans un programme global de prévention de la violence et se combiner avec d'autres animations.

Il peut être joué avec des groupes d'enfants d'environ 8 joueurs, pour autant qu'un adulte accompagne la première partie.

Temps de jeu : environ 30 minutes

Latitude Junior propose une **formation d'une matinée** dans ses bureaux, à Bruxelles. Renseignements au 02/515 04 02 ou par mail latitude.junior@mutsoc.be

Bon à savoir

Les MicMacs sont les membres d'une tribu vivant actuellement en Gaspésie (Québec). Le jeu s'inspire largement des principes égalitaires de leur tribu. Latitude Junior a cependant pris la liberté d'imaginer une légende et des aventures sans rapport direct avec des faits historiques.

Vous trouverez plus d'information concernant le jeu sur le site www.latitudejunior.be

Où trouver l'outil

Chez l'éditeur : Latitude Junior, Place Saint Jean 1-2, 1000 Bruxelles. Tél : 02 515 04 02.

Courriel : latitude.junior@mutsoc.be.

Vous pouvez le commander en ligne sur www.latitudejunior.be.

Prix :

- 15 € pour les particuliers affiliés de la Mutualité socialiste
- 20 € pour les particuliers non affiliés
- 20 € jeu et guide pédagogique pour les institutions

Frais de port : 4 €

Les CLPS (Centres locaux de promotion de la

santé) suivants peuvent vous prêter cet outil : CLPS du Brabant wallon, CLPS de Huy-Waremme, CLPS de Liège, CLPS de Mons-Soignies. Le Centre de documentation de Cultures & Santé peut aussi vous prêter cet outil.



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

La Cellule d'experts de PIPSA (www.pipsa.be) a accordé la mention 'coup de cœur' à cet outil en 2010.

Appréciation globale

Autour d'une dynamique ludique attrayante et réellement amusante, Mic Mac aborde le thème de la violence et des facteurs de prévention, avec un focus sur les stéréotypes de genre.

L'animateur pourra faire le lien avec des situations proches du vécu, dans la mesure où Mic Mac permet de faire vivre par le jeu des valeurs bien réelles et propose un travail sur les représentations des enfants. La prévention des violences est particulièrement bien mise en action par les exemples de vie de la tribu. Le guide d'exploitation propose des fiches « résumé » pour aborder le jeu rapidement avec un minimum de concepts-clés, ainsi que des explications approfondies. Clair, il guide l'utilisateur pas à pas dans les valeurs et concepts qui sous-tendent le jeu et

la mise en œuvre de celui-ci. Les références théoriques sont nombreuses, solides et opérationnelles pour aller plus loin si l'animateur en ressent le besoin.

Objectifs de l'outil

- Faire vivre des exemples de situations quotidiennes au cours desquels des résolutions de conflits et d'égalité sont à résoudre.
- Comprendre certains phénomènes (genre et inégalités).
- Découvrir et valoriser des attitudes de gestion de la violence et d'alternative à la violence : connaissance de soi, négociation, coopération, empathie, écoute, communication non violente, maîtrise de soi, affirmation de soi et sentiment d'appartenance.
- Susciter réactions et débats sur le thème de la violence et de l'égalité.

Public cible

À partir de la 2^e primaire (il est préférable que les enfants maîtrisent la lecture).

En famille, en contexte scolaire, maison de jeune, mouvement de jeunesse, école de devoir, milieu associatif en général.

Utilisation conseillée

Le guide d'exploitation du jeu demande un certain temps d'appropriation par l'animateur afin d'en utiliser correctement la symbolique. Temps de jeu d'environ 1 heure.



Sept films sélectionnés par les mutualités lors du Festival ImagéSanté 2010

Au-delà des récompenses attribuées à différentes réalisations par l'ensemble des jurys en 2010 lors d'ImagéSanté, le festival international du film de santé de Liège¹, les mutualités de la Cité ardente² ont souhaité sélectionner sept films et les proposer au grand public au travers d'un triple DVD.

L'implication active des mutualités dans le festival ImagéSanté et l'édition de cette sélection participent à leur rôle de promotion de la santé. Cela véhicule également une image positive de la santé, mettant en évidence des thématiques et des messages qui valorisent un mode de vie sain afin de permettre à chacune et chacun de redevenir acteur de son bien-être. Le DVD aborde plus précisément les thématiques suivantes : la marchandisation de la santé, la surdité, la prévention du suicide chez les jeunes, la santé en lien avec l'environnement, l'alimentation, l'exploitation humaine au travail, la mort et le deuil.

Comme chacun des films inclus dans la *Collection Éducation pour la santé* de La Médiathèque, les documentaires du DVD sont accompagnés d'une fiche pédagogique comportant notamment les points principaux abordés dans le documentaire, les objectifs pédagogiques qui peuvent être abordés à l'aide du média, les éventuelles remarques ou réserves à l'emploi du document, une appréciation du public visé et le niveau d'enseignement minimal requis pour le comprendre et en apprécier le contenu.

Les 7 films sélectionnés

Secret de plantes

« L'if, arbre de vie, arbre de mort »,

de Jean-Luc Bouvret – 52' – France – 2009.

Au travers d'une histoire de l'if, le film est l'occasion d'une approche multidisciplinaire sur une même espèce végétale : aspects culturels, mythologiques, utilitaires pour l'homme

en tant que ressource en pharmacologie ou... matériau pour la construction d'armes. Ce documentaire illustre parfaitement l'ambiguïté des rapports entre l'homme et la nature.

Sourds et malentendus,

de Sandrine Herman et Igor Ochonowicz
69' – France – 2008.

Sandrine, sourde de naissance, raconte son histoire avec la volonté de partager sa vision du monde. En suivant son parcours, de la naissance à l'âge adulte, ce documentaire milite pour le droit des sourds à utiliser la langue des signes, même dans l'enseignement « classique » avec des enfants entendants.

La dernière tentation,

de Claude Couderc – 57' – France – 2009.

Rien à voir avec le film de Scorsese 'La dernière tentation du Christ' (1988), bien qu'il s'agisse aussi ici d'aborder un sujet tabou, le suicide des jeunes. C'est en allant à la rencontre de ces jeunes et en racontant l'histoire de chacun d'eux que ce moyen métrage cherche à comprendre et à analyser les raisons qui peuvent les pousser à vouloir en finir avec l'existence. Le film ne juge pas, ne donne pas de recette mais questionne simplement.

Mâles en péril,

de Sylvie Gilman et Thierry Lestrade
55' – France – 2005.

Féminisation de la nature d'un côté, diminution du nombre de spermatozoïdes chez l'homme et augmentation du nombre de malformations sexuelles à la naissance chez les petits garçons. Notre capacité à nous reproduire est-elle menacée ? Ce documentaire nous informe sur les dangers de certaines substances chimiques présentes dans notre environnement ou dans certaines matières cosmétiques.

Des petits trucs pour avoir la pêche,

film collectif de 8 élèves du Collège Saint François d'Ans, encadrés par Delphine Herman
5' – Belgique – 2008.

Ce (très) court métrage tend à faire passer des messages simples et précis sur le concept de l'alimentation saine. Ludiques et dynamiques, ils exerceront un attrait certain sur le jeune public.

La mise à mort du travail – La destruction,

de Jean-Robert Viallet – 66' – France – 2009. Sous forme d'enquête, ce documentaire en trois volets (la destruction est le premier) aborde l'organisation du travail aujourd'hui et ses répercussions sur la santé et le bien-être des hommes et des femmes. À travers l'histoire de cinq femmes, le film nous révèle combien il est urgent de repenser cette organisation mortifère.

C'est fini,

de Guy Wach – 52' – France – 2006.

La mort d'un proche est un événement à la fois unique et universellement partagé. Sans angoisse ni voyeurisme, ce film aborde deux dimensions : rencontres avec les personnes dont le métier les amène à côtoyer la mort, et en même temps interrogations personnelles et intimes sur ce thème.

Le DVD est à votre disposition à La Médiathèque de la Communauté française. Pour plus d'informations : La Médiathèque - Service éducatif, Collection Éducation pour la santé, Place de l'Amitié 6 à 1160 Bruxelles. Tél. 02 737 19 29. Fax : 02 737 18 88 ou par courriel : service.educatif@lamediatheque.be.

Simon Trappeniers

À vos agendas...

À noter déjà dans votre agenda : l'édition 2012 du festival international ImagéSanté se tiendra au Domaine universitaire du Sart-Tilman (Liège) du lundi 12 au samedi 17 mars 2012.

¹ Voir Éducation Santé n°257 – ImagéSanté... Clap 9°1 – FEULIEN C., TRAPPENIERS S., n°258 – ImagéSanté 2010 : les films récompensés – FEULIEN C. et n°260 – ImagéSanté, saison 9, épisode 3. Dernier zoom sur l'édition 2010 – FEULIEN C., TRAPPENIERS S.

² Mutualité chrétienne, Solidaris mutualité, Mutualité Neutre de la Santé, Omnimut.

Citation du mois

« Je ne suis pas toujours de mon avis. »

Paul Valéry



Réforme institutionnelle

Voici le passage concernant la promotion de la santé de la note 'Un État fédéral plus efficace et des entités plus autonomes – Accord institutionnel pour la 6^e réforme de l'État', présentée le 11 octobre 2011 par le formateur **Elio Di Rupo**.

Homogénéisation de la politique de prévention

Seules les entités fédérées peuvent prendre des initiatives en matière de prévention. Si ces actions de prévention supposent la participation des prestataires de soins par l'intermédiaire d'actes remboursables (par exemple des honoraires de dépistage ou les honoraires pour l'administration d'un vaccin), ces prestations pourront être honorées par l'INAMI. Ces accords peuvent être conclus avec l'INAMI de manière asymétrique. Les moyens que le fédéral affecte actuellement à la prévention seront transférés, de même que le Fonds de lutte contre les assuétudes. Cela concerne 76,6 millions pour la prévention (vaccination, dépistage, PNNS, hygiène dentaire dans les écoles, consultations de sevrage tabagique), et 5 millions pour le Fonds de lutte contre les assuétudes.

Santé dentaire

La Fondation pour la santé dentaire propose un de ces outils sympas dont elle a le secret, 'La princesse et la brosse magique'. Il s'agit d'une belle histoire, destinée aux enfants de 5 à 7 ans, dont

l'ambition est de contribuer à prévenir la carie de la petite enfance (CPE). Ce conte se décline en un livret illustré et un DVD, qui évoquera vaguement quelque chose à ceux dont 'Cendrillon' a bercé l'enfance...

Ce matériel est mis gratuitement à la disposition des enseignants dans un coffret contenant le DVD, 25 livrets et 6 fiches de jeux et coloriage au format A5, faciles à reproduire en A4. Ces fiches sont également téléchargeables en A4 sur le site www.souriez.be.

Les activités éducatives de la Fondation sont réalisées pour le Comité de l'assurance de l'INAMI et financées par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

Fondation pour la santé dentaire, av. De Fré 191, 1180 Bruxelles. À commander par fax au 02 375 86 12, et par courriel à info@souriez.be.

Internet : www.souriez.be.

Assuétudes

Eurotox

Le rapport 2010 'L'usage de drogues en Communauté française' est sorti.

Ce rapport propose les descriptions du cadre légal et réglementaire d'une part, et de la situation épidémiologique d'autre part. Il propose aussi un nouveau chapitre sur les données indicatives recueillies dans des groupes spécifiques (milieu festif, personnes prostituées...). Si ces données ont été séparées des données épidémiologiques 'traditionnelles', c'est parce qu'elle ne donnent 'que' des indications sur les consommations de groupes de personnes non représentatifs de leurs 'pairs'. Par exemple, les données récoltées en milieu festif ne représentent pas 'les jeunes en milieu festif', mais ceux qui se sont adressés spontanément à une organisation de réduction des risques. Toutefois, ces données permettent de formuler des hypothèses intéressantes, qui pourraient être poussées plus avant par une étude plus exhaustive. Il en va de même pour les autres groupes décrits dans ce chapitre.

Un extrait du rapport, traitant des tests salivaires ('craches tests') fait l'objet d'un tiré-à-part téléchargeable, comme le rapport complet, via le site www.eurotox.org (onglet 'documents'). Le site offre aussi une 'Recherche-action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection', financée par la Région wallonne, qu'Eurotox a co-réalisée avec Modus Vivendi. La première partie explore l'offre et les besoins du dispositif mis à disposition des usagers, et la seconde partie cible les besoins des usagers. Un croisement de l'analyse du dispositif selon les besoins des usagers est également abordé dans l'étude.

L'usage de drogues en Communauté française, rapport 2010, par L. CASERO, M. HOGGE, M. RWUBU, PH. BASTIN, M. DAL, C. VANHUYCK, 160 pages. Eurotox asbl, rue Jourdan 151, 1060 Bruxelles. Tél. : 02 539 48 29. Fax : 02 644 21 81.

Courriel : info@eurotox.org.

Assu-études

Dans le cadre de sa mission de Point d'appui aux écoles en matière de prévention des assuétudes, le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles a mené une enquête par entretiens semi-directifs auprès des acteurs de l'enseignement secondaire de la capitale (une cinquantaine de personnes dans une quinzaine d'écoles). Ce travail confronte les professions, les pratiques, les places, les rôles des intervenants scolaires et met en lumière des pistes de travail à investiguer par secteur d'activité.

La brochure donne très largement et volontairement la parole à ces intervenants, chefs d'établissement, enseignants, éducateurs, agents PMS et PSE, médiateurs scolaires. Leur discours révèle avec acuité la réalité vécue sur le terrain. Exemples : « *il y a des élèves qui fument et gèrent bien leur consommation, mais il faut être réaliste, cela concerne 2 élèves sur 10, les 8 autres sont en difficulté pour la prise de notes, la concentration, l'effort à fournir... Il y a un grand risque de décrochage* », ou encore « *Se mettre en danger, cela peut être tout : une relation amoureuse qui tourne mal peut être plus grave que fumer du cannabis* ».

Lorsque les acteurs scolaires sont interrogés sur leurs attentes pour aborder, gérer, prendre en compte les comportements à risque, ils expriment leurs besoins, mais font surtout part de leur sentiment d'impuissance, de désarroi, de solitude. Ils sont unanimes pour dire qu'ils agissent dans l'urgence, au coup par coup.

Mais ils ont aussi des pistes et propositions... À travers leurs propos, la question de l'articulation avec l'extérieur de l'école est sous-jacente. Comment ce lien se fait-il ? Un propos qui illustre cette tension : « *Tout ne doit pas être reporté sur l'école. L'école doit redevenir un lieu d'apprentissage, mais pousser les jeunes à aller à l'extérieur est très difficile* ». Cette question se décline aussi en regard des temps propres de l'école, de ses rythmes, de ses règlements, des liens avec les parents, si proches et si lointains... Cette publication de 84 pages est disponible gratuitement au CLPS de Bruxelles.

CLPS de Bruxelles asbl, rue Jourdan 151, 1060 Bruxelles. Tél. : 02 639 66 88. Fax : 02 639 66 86. Courriel : info@clps-bxl.org.

Infor-Drogues

Les dépendances sont multiples, et il est souvent difficile d'en parler et d'agir, pour les personnes qui consomment comme pour leur entourage.

Médicaments

Chez Infor-Drogues, on peut :

- trouver un lieu où parler et s'informer 24 heures sur 24 dans l'anonymat (02 227 52 52);
- dialoguer par Internet via www.infordrogues.be, rubrique 'e-permanence';
- rencontrer quelqu'un pour faire le point : 02 227 52 52;
- se former, être conseillé et soutenu pour une activité de prévention (02 227 52 61);
- obtenir de la documentation et des supports pédagogiques (02 227 52 56).

L'asbl a édité des feuillets pratiques présentant ses différents services. Vous pouvez obtenir ces documents, ainsi qu'une affiche A3 à courrier@infordrogues.be. Adresse : Infor-Drogues asbl, rue du Marteau 19, 1000 Bruxelles.

Politique de promotion de la santé

Suite à la réforme de la santé au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles initiée début juin de cette année, **André du Bus**, député cdH, a interpellé la Ministre de la Santé afin de lui faire part de ses craintes.

S'il rejoint la Ministre sur le principe qu'il faut une politique de prévention ambitieuse, il n'en demeure pas moins qu'une réforme n'a de sens que si elle apporte une plus-value. Le député se pose les questions suivantes : quelle est la plus-value espérée pour la population dans le cadre de cette réforme ? Les missions et les fonctions des organismes appelés à disparaître dans cette réforme (services communautaires de promotion de la santé, Eurotox, Observatoire du sida...) ont-elles été suffisamment analysées ? Leur compatibilité avec les caractéristiques d'un Organisme d'intérêt public (OIP) a-t-elle envisagée ? André du Bus estime en outre que la création d'un OIP chargé du pilotage de l'ensemble des missions en santé pourrait constituer un frein à la participation et l'implication directe des acteurs du secteur de la promotion de la santé. Le député insiste sur le fait que l'adhésion des différents acteurs en la matière (par la participation, la concertation, l'implication...) se révèle nécessaire pour répondre pleinement aux nouvelles mesures et dispositions engendrées par cette réforme. Le député plaide dès lors pour que soient auditionnés les principaux acteurs du secteur notamment associatif afin qu'ils puissent donner leur point de vue sur le sujet.

Communiqué du cdH du 4 octobre 2011

L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) a lancé en septembre sa deuxième campagne média avec le soutien de **Laurette Onkelinx**, Vice-Première Ministre et Ministre de la Santé publique : « *Un médicament n'est pas un bonbon !* »



L'AFMPS joue un rôle essentiel dans la protection de la santé publique en assurant la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments et des produits de santé, en cours de développement et lorsqu'ils sont sur le marché.

Dans le cadre de ses compétences, l'Agence souhaite mettre à la disposition de chaque patient l'information la plus complète et accessible possible sur les médicaments et les produits de santé, afin que ceux-ci soient utilisés de manière rationnelle et sûre.

Après la mise à disposition en ligne des notices et des résumés des caractéristiques du produit (RCP¹) des médicaments autorisés et commercialisés en Belgique, l'AFMPS propose aujourd'hui au grand public douze clés pour un bon usage des médicaments. Le message rappelle qu'un médicament peut être inefficace, inadapté, voire dangereux s'il est utilisé de manière inadéquate, sans l'avis du médecin ou du pharmacien et sans respecter les recommandations de la notice. La campagne est présente dans tout le pays via des affiches dans les pharmacies et les cabinets des médecins généralistes et des pédiatres, via des bannières sur différents sites Internet, via des annonces dans différents journaux et magazines

et bientôt dans les transports en commun de certaines grandes villes.

Ce matériel renvoie vers le mini-site de la campagne : www.unmedicamentn'estpasunbonbon.be.

Communiqué par l'AFMPS

Documentation

Le Réseau bruxellois des centres de documentation en promotion de la santé (RBD Santé) vient de mettre à jour son répertoire. Cette brochure de 32 pages propose les données suivantes sur une vingtaine de centres de documentation : coordonnées, jours et heures d'ouverture, sujets traités, types d'utilisateurs, fonds et collections, services et coûts, autres activités.

Vous pouvez obtenir cette brochure gratuitement au FARES, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.

Vous pouvez aussi consulter ou télécharger ce document sur www.rbd.sante.be/reseau/repertoire-pdf/. Il est également joint à ce numéro de novembre 2011 d'*Éducation Santé* pour les abonnés bruxellois.

Alimentation

L'Observatoire de la Santé du Hainaut propose la brochure '*Alimentation, saveurs et santé*', en collaboration avec le Fonds pour la Chirurgie cardiaque. Ce document gratuit de 44 pages s'adresse à la fois aux relais (communes, mutuelles, médecins, pharmaciens, associations...) et au grand public.

Quatre messages principaux : consommer deux fruits par jour, un atout santé ; éviter le grignotage en optant pour des collations saines ; faire preuve de vigilance à l'égard des graisses dites cachées² ; varier les modes de cuisson.

La brochure contient aussi de nombreux conseils et recettes pour favoriser une alimentation saine sans occulter la dimension plaisir de l'acte de manger.

'*Alimentation, saveurs et santé*', disponible à la Cellule communication de l'Observatoire de la Santé du Hainaut au 065 87 96 14, via le site <http://observatoiresante.hainaut.be> ou par courriel envoyé à cellule.communication@hainaut.be.

Déménagement

Le **Centre liégeois de promotion de la santé** a déménagé depuis le 6 octobre 2011. Il se trouve maintenant au 4^e étage place de la République française 1 à Liège. Les numéros de téléphone, fax et adresses de courriel ne changent pas. Tél : 04 349 51 44. Fax : 04 349 51 30. Courriel : promotion.sante@clps.be. Internet : www.clps.be

1 À consulter sur le site de l'Agence, www.afmps.be. On y trouve (enfin) des notices parfaitement lisibles en PDF.

2 Dans les pays industrialisés, la consommation de graisses est trop élevée. Elles interviennent pour 42 % de l'apport énergétique journalier alors que 30 % suffisent.

Quand je pense à Fernande,
Je bande, je bande,

...

Mais quand je pense à Lilly

...

Merci à Georges Brassens

Tribune Dysfonction publicitaire

Vous n'avez pas pu échapper à la récente et massive campagne de 'sensibilisation' à propos des troubles de l'érection, qui touchent paraît-il 1 homme sur 3 à partir de 40 ans en Belgique : spots radio et télévisés, affiches, site Internet, imprimés distribués via le corps médical, l'émetteur du message a déployé les grands moyens pour convaincre le public qu'il s'agit là d'un problème de santé publique gravissime, bien plus préoccupant sans doute que les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète et autres bobos du même genre. Quel bienfaiteur de l'humanité priapique peut donc bien être à l'origine de cette campagne ? Pouvoirs publics, mutualités, membres éminents de la communauté scientifique dressés contre la mollesse ambiante ?

En cherchant bien, on découvre que cette communication émane d'un certain ELB, soutenu par la Belgian Society for Sexual Medicine. Mais qui est ELB, qui s'inquiète si aimablement et de façon si désintéressée

de la qualité de nos érections ? Je vous le donne en mille, il s'agit ô surprise du laboratoire pharmaceutique Eli Lilly Benelux, qui, par le plus grand des hasards, commercialise en Belgique une des trois molécules concernées par la question, de la famille des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5¹. La firme contourne ainsi la loi qui interdit encore toujours aux laboratoires pharmaceutiques de faire de la publicité directe auprès du grand public pour des spécialités soumises à prescription, et ce malgré les pressions énormes de Big Pharma sur l'Union européenne. Puisqu'on m'empêche de faire de la pub pour ma marchandise, j'en ferai pour la maladie, na, à laquelle je donnerai des... proportions gigantesques. Bien joué, non ? Et tant pis si cela profite aussi à mes collègues de Bayer et Pfizer : quand il y en a pour un, il y en a pour trois !

Christian De Bock, rédacteur en chef

1 La boîte de 12 comprimés dosés à 20 mg coûte la modique somme de 132,48 €, non remboursés bien sûr. C'est bien connu, quand on aime, on ne compte pas...

Initiatives

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| La prévention sanitaire et ses excès, par <i>Christian De Bock</i> | 2 |
| Comment aborder la prévention en médecine générale ? par <i>Valérie Hubens</i> et <i>Carina Serano</i> | 3 |
| Vaccination contre le papillomavirus et politique de santé publique, par <i>Jacques Morel</i> et <i>Patrick Dupriez</i> | 4 |
| Le sommeil, par <i>Guy Adant</i> | 5 |
| Question Santé, trente ans déjà, par <i>Christian De Bock</i> | 9 |

Réflexions

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Vaccination: le temps des doutes ? par <i>Patrick Trefois</i> | 10 |
| Investir 1 % du budget des soins dans la promotion de la santé, par <i>Luc Berghmans</i> | 14 |

Outils

| | |
|----------------------------------------------------|----|
| Mic Mac, ou comment enterrer la hache de guerre | 15 |
|----------------------------------------------------|----|

Vu pour vous

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Sept films sélectionnés par les mutualités lors du Festival ImagéSanté 2010, par <i>Simon Trappeniers</i> | 17 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

Ce numéro contient un supplément 'Répertoire du Réseau Bruxellois des centres de Documentation en promotion de la Santé', destiné aux abonnés en région de Bruxelles-Capitale.

Brèves



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 : Guy Adant, Luc Berghmans, Patrick Dupriez, Valérie Hubens, Jacques Morel, Carine Serano, Simon Trappeniers, Patrick Trefois.

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 : 1.850 exemplaires.

Diffusion : 1.750 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, chée 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.

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



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