



Pauvreté ne rime pas avec santé

Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé

Les inégalités socio-économiques de santé vont bien au-delà des inégalités en termes de disponibilité et d'accessibilité des services de santé. La santé dépend de toute une série de facteurs distribués de manière inégale entre les différentes classes socio-économiques.

Quelques faits assez frappants – que nous développerons plus en détail dans les pages qui suivent – en attestent :

- les personnes sans diplôme vivent en moyenne 3 à 5 ans de moins que les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long (Bossuyt et al., 2004);
- ces personnes vivent en bonne santé en moyenne 18 à 25 années de moins (Bossuyt et al., 2004);
- les personnes au chômage et les personnes malades ou invalides ont un risque respectivement 3 et 8 fois plus important que les personnes au travail, d'avoir des problèmes dépressifs et d'anxiété (De Boyser, 2007);
- plus de la moitié des personnes sans diplôme ou diplômées de l'enseignement primaire sont en surpoids, contre « seulement » un peu plus

d'un tiers des diplômés de l'enseignement supérieur (Vancorenland, 2006).

De plus, quand on parle d'inégalités socio-économiques de santé, on part de l'hypothèse que la santé suit un **gradient social**: à position socio-économique décroissante, la santé individuelle tend à se détériorer et l'espérance de vie à diminuer.

L'étendue des différences varie selon l'indicateur choisi (traditionnellement la formation, le revenu et l'emploi), le groupe ou la population étudiée et l'endroit où l'étude a été menée. Il s'agit bien d'un phénomène de gradient (progressivité) et non de seuil (Whitehead et Dahlgren, 2006).

Indicateurs des inégalités socio-économiques de santé

Dans tous les pays occidentaux pour lesquels des données sont accessibles, la mortalité et la morbidité augmentent au fur et à mesure qu'on descend dans l'échelle sociale (Stronks, 1997). Ceci a été mis en évidence dans de nombreuses études.

La mortalité

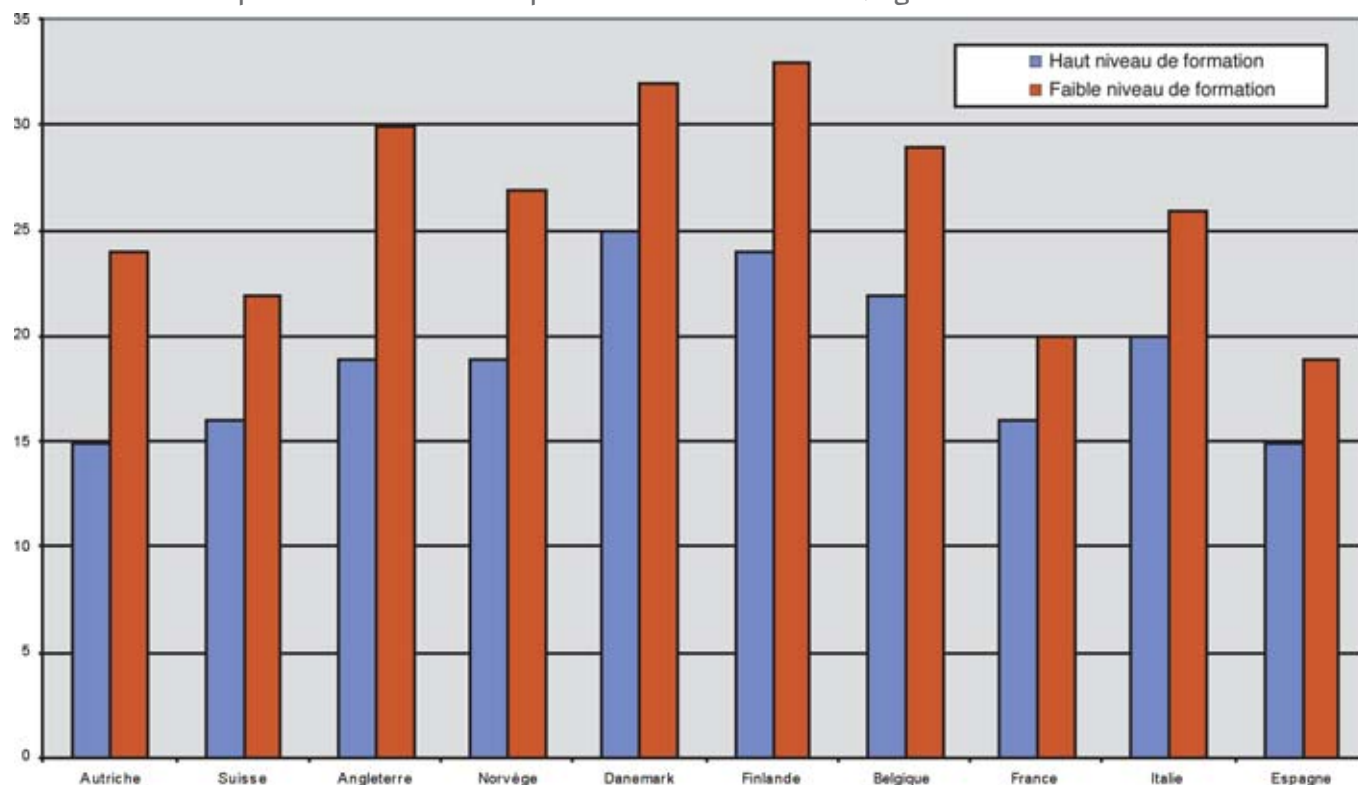
Mackenbach et al. (1997) ont observé, pour 11 pays européens, que le risque de mortalité pour

les hommes exerçant une activité professionnelle manuelle est plus important que pour les hommes exerçant une activité intellectuelle, ceci pour les catégories d'âges 30-44 ans et 45-59 ans. Siegrist et Marmot (Willems, 2005) ont étudié pour différents pays européens les différences de mortalité entre les classes du haut et du bas de l'échelle sociale. Ils ont observé que ces différences pouvaient aller de 4 à 10 ans selon les pays.

Une étude récente sur les inégalités socio-économiques chez les personnes âgées dans 11 pays européens confirme cette thèse (Huisman M et al., 2004). Elle montre que pour les hommes et les femmes âgés de 60 à 69 ans, le taux de mortalité est plus important pour les personnes ayant un faible niveau de formation (voir figure 1 pour les hommes).

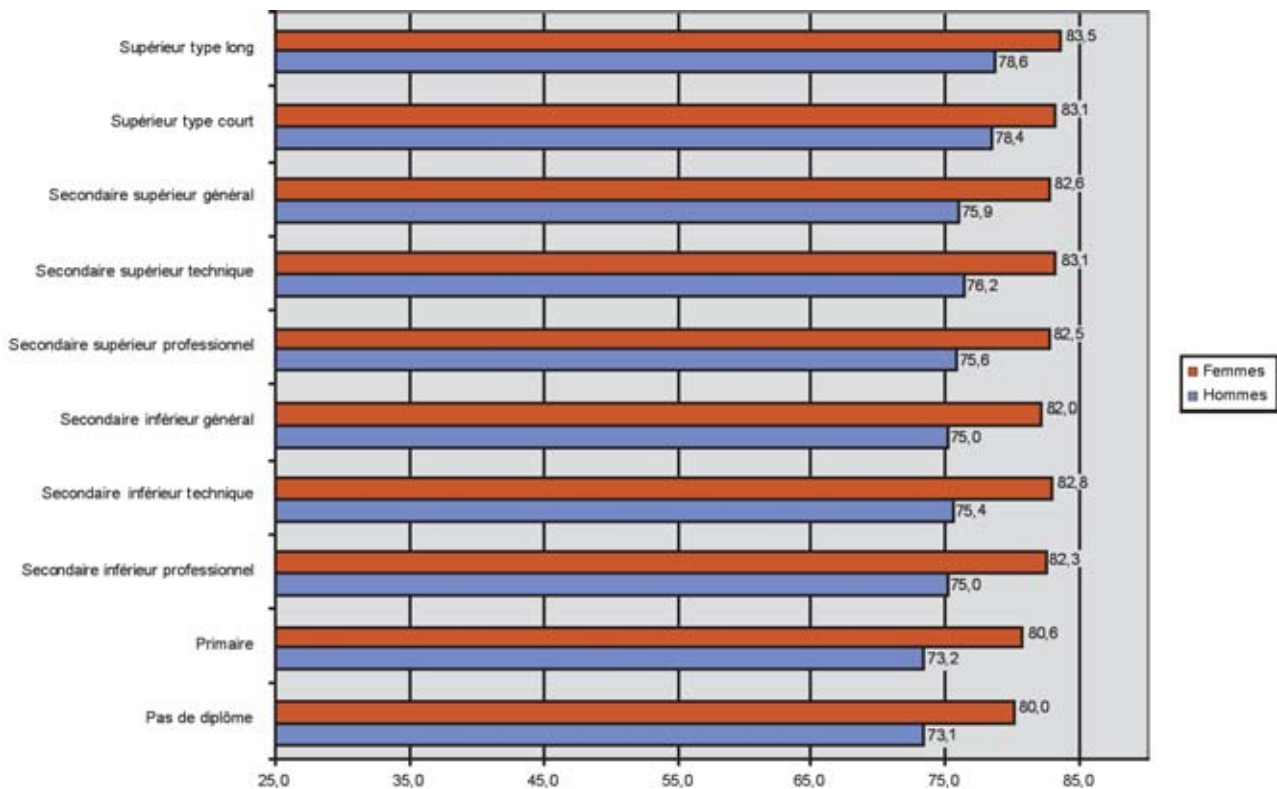
En Belgique aussi, il apparaît que les risques de décès dépendent du niveau de formation, du statut socio-professionnel et du revenu. Si on analyse l'espérance de vie des hommes et des femmes à 25 ans, on observe une différence significative entre les diplômés de l'enseignement supérieur de type long et les personnes non diplômées : les premiers peuvent espérer atteindre 78,6 ans (hommes) et 83,5 ans (femmes), tan-

Figure 1 - Taux de mortalité (par 1000 personnes et par an) pour les hommes les plus et les moins formés, âgés de 60 à 69 ans



Source : Huisman et al. (2004). Socioeconomic differences in mortality among elderly people in 11 European population

Figure 2 - Espérance de vie des hommes et des femmes de 25 ans en fonction du niveau de formation



Source : Bossuyt N et al. (2004) Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium.

dis que pour les seconds, l'espérance de vie se limite à 73,1 ans (hommes) et 80 ans (femmes). Cela fait en moyenne 3 ans d'écart pour les hommes, et 5 ans pour les femmes (Bossuyt et al., 2004). La figure 2 montre clairement qu'il s'agit d'un gradient qui englobe toute l'étendue des niveaux de formation.

La morbidité

Mackenbach et al. (1997) ont également observé des inégalités socio-économiques en termes de morbidité. Il s'agit du nombre de personnes souffrant d'une **maladie donnée** pendant un temps donné, en général une année, dans une population.

L'incidence (nouveaux cas) ou la **prévalence** (la somme de tous les cas) sont deux façons d'exprimer la morbidité d'une maladie. Différents types d'indicateurs ont été utilisés pour mesurer le taux de morbidité : la santé perçue, l'invalidité, les maladies chroniques et les problèmes de santé de longue durée.

De manière générale, parmi les hommes de 25 à 69 ans, les diplômés de l'enseignement secondaire inférieur et en dessous ont un niveau de santé subjective moins bon que les diplômés de l'enseignement secondaire et de l'enseignement supérieur. Ils ont également un risque plus important d'avoir des problèmes d'invalidité (difficultés pour monter les escaliers, pour mar-

cher, pour lire, etc.), des problèmes liés à des affections chroniques (cancer, diabète, maladies de cœur, etc.), et d'avoir des problèmes de santé de longue durée.

En Belgique, les résultats des enquêtes de santé de 2001 et 2004 vont dans le même sens. Hardonk et al. (2004) ont analysé les résultats de l'enquête de santé de 2001, et ont entre autres mis en évidence la corrélation négative qui existe entre le niveau de formation (5 niveaux différents) et le risque de morbidité. Ils ont utilisé différents indicateurs, dont la santé subjective, les affections, les maladies chroniques et handicaps de longue durée, et les limites auxquelles une personne est confrontée suite à une affection de longue durée. Ces résultats ont été confirmés par les résultats de l'enquête 2004 (De Boyser, 2007). Quand on parle de morbidité, le plus frappant est sans doute l'analyse des différences en termes d'espérance de vie en bonne santé. Les résultats sont encore plus impressionnants que ceux de l'analyse de l'espérance de vie tout court (voir figure 3 page suivante). Les diplômés de l'enseignement supérieur de type long ont une espérance de vie en bonne santé, respectivement pour les hommes et les femmes, de 70,9 ans et 74,1 ans, contre 55,8 ans et 54,8 pour les non diplômés. Cela fait en moyenne 18 ans d'écart pour les hommes, et 24 ans pour les femmes (Bossuyt et al., 2004).

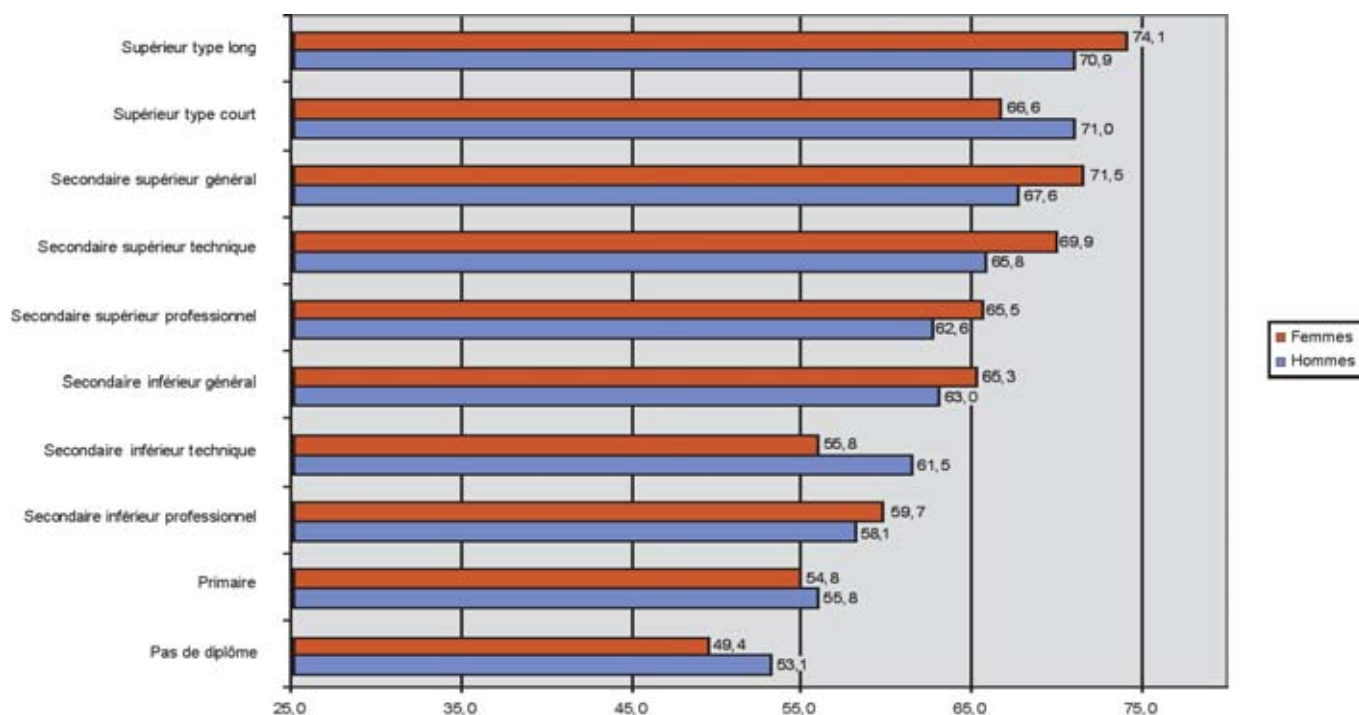
A noter que le gradient observé en termes d'espérance de vie et d'espérance de vie en bonne santé à mesure qu'on descend dans le niveau de formation a également été observé pour d'autres indicateurs de la position socio-économique, comme le revenu et la catégorie socio-professionnelle.

Des inégalités qui s'accroissent...

Malgré une amélioration constante de l'état de santé moyen – en Belgique, le gain annuel de survie s'est élevé en moyenne à plus de trois mois par an entre 1885 et 1995 (Defeyt Ph. et al., 1997) –, plusieurs études européennes ont mis en évidence le fait que ces dernières décennies, les inégalités en termes de mortalité ont augmenté. Si on prend le cas de la Suède, on observe qu'entre 1980 et 1997 le différentiel d'espérance de vie entre un homme de 20 ans issu du groupe socio-économique le plus élevé et un homme issu du groupe socio-économique le plus bas, est passé de 2,11 ans à 3,79 ans. L'augmentation des inégalités est essentiellement due à une diminution plus importante du taux de mortalité dans les groupes socio-économiques en haut de l'échelle sociale relativement aux groupes dans le bas de l'échelle (Willems, 2005).

Dans le cas de la Belgique, certaines estimations quant à l'évolution des inégalités en termes de santé subjective, de maladies et d'affections chro-

Figure 3 - Espérance de vie en bonne santé perçue chez les hommes et les femmes de 25 ans, en fonction du niveau de formation



Source : Bossuyt N. et al. (2004) Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium.

riques ont été faites à partir des données des enquêtes de santé de 1997 et 2001. On y observe que les inégalités, tant au niveau de la santé subjective que des maladies et affections chroniques, ont diminué. Cependant, vu le manque de recul, ces résultats sont à interpréter avec prudence, et ne nous permettent pas de donner une tendance claire quant à l'évolution des inégalités de santé pour la Belgique (Willems, 2005).

Déterminants des inégalités socio-économiques de santé

Différents mécanismes explicatifs ont été proposés dans différentes études traitant de la problématique des inégalités socio-économiques de santé. Mackenbach (1994) a proposé une synthèse de ces mécanismes qu'il a systématisés en quelques modèles explicatifs. Dans le cadre de cet article, nous en développerons deux (les plus travaillés par les différentes études) : celui de la **mobilité sociale sélective** et celui des **causes sociales**.

Nous développerons davantage le deuxième modèle, celui-ci ayant été le plus exploité, et étant le plus significatif quant à la compréhension des inégalités socio-économiques de santé (Mackenbach, 2005).

La mobilité sociale sélective

Le modèle de la mobilité sociale sélective fait l'hypothèse que l'état de santé ou un déterminant de l'état de santé influence la position socio-économique d'un individu, et donc sa

mobilité sociale au sein de la société. La position socio-économique est dès lors, dans le cadre de ce modèle, une conséquence plutôt qu'une cause de l'état de santé ou de ses déterminants. Les théories défendant la thèse de la sélection sociale en distinguent deux types : la sélection directe et la sélection indirecte (Peersman, 2000).

Le modèle de **sélection directe** fait l'hypothèse que la santé influence directement la mobilité sociale d'un individu. Selon que l'individu est en bonne ou en mauvaise santé, il aura tendance à monter ou à descendre dans l'échelle sociale. Cela signifie que les personnes en moins bonne santé, et par conséquent ayant une espérance de vie moins élevée, se concentreront au bas de l'échelle sociale.

Le modèle de **sélection indirecte** implique que les facteurs déterminant la mobilité sociale influencent également l'état de santé d'un individu. Par exemple, le fait qu'un individu ait une perception positive et proactive par rapport à son avenir influencera sa motivation à investir dans l'éducation et la formation, mais également sa motivation à adopter des comportements sanitaires favorables à sa santé.

« Des recherches montrent qu'il existe effectivement une mobilité sociale descendante dépendant des problèmes de santé mais que l'impact de ce mécanisme est minime et ne peut expliquer les inégalités de santé. De même, le mécanisme de sélection indirecte est confirmé mais sans pour autant être capable d'expliquer les différences de

mortalité et de morbidité entre les groupes sociaux. » (Willems et al., 2007).

Les causalités sociales

Le modèle de causalités sociales implique que la position socio-économique d'un individu influence son état de santé. Cette influence se fait par l'intermédiaire de toute une série de déterminants, qui peuvent être regroupés en deux catégories : les **facteurs structurels** (matériels et non matériels), liés aux conditions de vie, et les **facteurs culturels**, liés aux comportements et styles de vie (Peersman, 2000).

Déterminants structurels

Bien que les conditions de vie des individus se soient, ces dernières décennies, relativement améliorées dans nos pays occidentaux, les personnes se situant au bas de l'échelle sociale ont, relativement au haut de l'échelle, de moins bonnes conditions de vie (Peersman, 2000). Dans ce qui suit, on distinguera les **conditions matérielles** (de vie, d'habitat et de travail) des **conditions psychosociales**.

Les conditions matérielles

La qualité des **conditions matérielles** est traditionnellement expliquée par le niveau de privation économique. « Un manque de moyens financiers se traduit par un habitat peu sain et avec moins d'espace, situé dans un quartier peu sûr offrant moins de possibilités de loisirs pour les enfants. (...) Les conditions matérielles de travail sont moins favorables aux groupes de faible statut socio-économique. Les personnes apparte-

nant à ces groupes sont plus souvent soumises à un travail physique dur (...)» (Willems, 2007).

A titre d'exemple, le CBS néerlandais (Centraal Bureau voor de Statistiek) a mis en évidence le lien entre la catégorie socio-économique et différents indicateurs, dont notamment le pourcentage de personnes témoignant avoir des conditions de travail difficiles. Plus on descend dans l'échelle sociale, plus le pourcentage de personnes se plaignant de mauvaises conditions de travail augmente : on passe de 10 % pour les classes sociales supérieures à 37 % pour les classes sociales se situant dans le bas de l'échelle (Stronks, 1997).

Pour la Belgique, des données récentes (SILC 2004 – Statistics on Income and Living Conditions) vont dans le même sens. Raeymaeckers et Dewilde (2007) ont observé des différentiels assez significatifs entre riches et pauvres, notamment au niveau du logement, de l'environnement et des moyens financiers (voir tableau 1).

Les différences entre « pauvres » et « non pauvres » sont très significatives¹. Concernant le logement, on observe que les personnes pauvres ont 5 fois plus de risque de faire face à une insuffisance en matière d'équipements sanitaires ainsi qu'à un logement en mauvais état (ce qui représente près d'une personne sur deux en situation de pauvreté), et 13 fois plus de risque d'avoir des problèmes de chauffage (cela concerne 4 personnes en situation de pauvreté sur 10).

Du point de vue de l'environnement, les différences les plus significatives concernent la pollution et le bruit, la criminalité et le vandalisme, et la propreté du quartier : les personnes en situation de pauvreté risquent respectivement neuf, quatre et six fois plus souvent d'être confrontées à ce genre de problèmes.

Enfin, concernant les moyens financiers, les différences les plus importantes concernent les gros achats, qui constituent un problème pour près de 80 % des personnes pauvres, contre moins de 10 % pour les personnes non pauvres. Plus d'un quart des personnes pauvres ont également des difficultés pour les petits achats.

Le manque de moyens financiers a également un impact sur la difficulté de faire face aux dépenses en soins de santé, et dès lors sur le report des soins : 60 % des personnes pauvres ne peuvent intégrer les coûts liés aux soins de santé dans le budget du ménage, et 17 % doivent reporter les soins dont ils ont besoin (De Boyser, 2007). Ainsi, bien qu'en principe tout le monde ait accès aux soins de santé, le volet financier pose souvent problème.

Concernant la part relative des frais de santé dans le budget familial, on observe que celle-

Tableau 1 - Différences dans les conditions matérielles, selon le revenu par rapport au seuil de pauvreté

	Pauvres	Non pauvres
Logement		
Insuffisance d'équipements sanitaires	15 %	3 %
Mauvais état de l'habitation	49 %	9 %
Impossibilité de chauffer correctement le logement	41 %	3 %
Environnement		
Pollution, smog et bruit	36 %	4 %
Criminalité, vandalisme	53 %	12 %
Propreté du quartier	49 %	8 %
Accessibilité limitée aux transports en commun	23 %	19 %
Moyens financiers		
Ne peuvent se permettre :		
- des petits achats	26 %	1 %
- des gros achats	78 %	7 %
- des outils technologiques	37 %	5 %

Source : Enquête de santé 2004 (Raeymaeckers P., Dewilde C., 2007)

ci est plus lourde pour les ménages dont la personne de référence n'a qu'une formation limitée et dont le revenu est limité. Près de la moitié des personnes ayant un diplôme primaire ou sans diplôme avouent que leurs dépenses de santé sont très difficiles à supporter (alors que cela ne concerne même pas 15 % des personnes issues de l'enseignement supérieur).

On peut penser que les frais de santé difficiles à supporter mènent à un report de la consommation médicale. On observe une différence de 10 % entre les personnes diplômées de l'enseignement primaire ou sans diplôme et les personnes issues de l'enseignement supérieur (voir tableau 2). Une chose est sûre : l'accessibilité financière aux soins de santé n'est pas garantie à tous (Vancorenland, 2006).

Les conditions psychosociales

L'état de santé d'un individu est également influencé par le **contexte psychologique et social** dans lequel il vit. Celui-ci est influencé par divers facteurs : sa santé mentale (au sens large du terme), l'étendue et la qualité de son réseau social, mais aussi le degré de contrôle qu'il a sur sa vie (« locus of control »). A noter qu'outre le fait que ces différents indicateurs peuvent avoir un impact l'un sur l'autre – par exemple, le degré

de contrôle sur le niveau de santé mentale – les conditions de vie matérielles ont également un impact sur les conditions psychosociales – par exemple, l'environnement sur le niveau de santé mentale (Stronks, 1997).

De manière générale, on observe que les personnes se situant dans le bas de l'échelle sociale ont une moins bonne **santé mentale**, peuvent moins compter sur leur **réseau social** en cas de problèmes matériels ou psychologiques, et ont un **degré de contrôle** moins important que les personnes issues des catégories socio-économiques plus favorisées.

La santé mentale

Outre le réseau social qu'une personne peut mobiliser en cas de problèmes, ainsi que son degré de contrôle dans la gestion de son quotidien, différents éléments ont été avancés dans la littérature comme ayant une influence sur la santé mentale d'une personne : le décès d'un conjoint, le divorce, les problèmes financiers, le chômage de longue durée, etc. (Stronks, 1997). Pour la Belgique, différents auteurs ont récemment mis en évidence le lien qui existe entre situation socio-économique et santé mentale (dont les problèmes dépressifs, d'anxiété et les troubles du sommeil).

Tableau 2 - Différences dans l'accès aux soins de santé, selon le niveau de formation

	Part relative des frais de santé dans le budget familial	Frais de santé difficiles à supporter	Nécessité de reporter une consommation médicale
Primaire ou sans diplôme	9,4 %	51,2 %	16,5 %
Secondaire inférieur	9,7 %	38,7 %	10,8 %
Secondaire supérieur	5,1 %	28 %	9,7 %
Enseignement supérieur	4,1 %	13,8 %	6,8 %
TOTAL	6 %	28,1 %	9,9 %

Source : Enquête de santé 2004 (Vancorenland S. 2006).

¹ La pauvreté est ici définie – à partir d'une série d'indicateurs – comme « la non-réalisation d'un niveau de standard de vie, dans le sens d'un manque « imposé », lié à des moyens économiques insuffisants » (Raeymaeckers et Dewilde, 2007).

Tableau 3 - Différences dans la santé mentale, selon le revenu et l'activité (données pour la Flandre)

	Mal-être psychologique	Graves problèmes mentaux	Problèmes dépressifs	Anxiété	Troubles du sommeil
Revenu					
Pauvres	Non significatif	Non significatif	10,8 %	9,0 %	Non significatif
Non pauvres	Non significatif	Non significatif	6,8 %	5,3 %	Non significatif
Activité					
Au travail	19,8 %	9,5 %	4,5 %	3,5 %	16,2 %
Chômeur	30,7 %	18,9 %	15,3 %	10,9 %	24,5 %
Malade ou invalide	49,7 %	37,9 %	37,5 %	26,5 %	48,4 %

Source : Enquêtes de santé 2001-2004 (De Boyser 2007).

En se basant sur les enquêtes de santé de 2001 et 2004, De Boyser (2007) a notamment mis en évidence que les personnes ayant un revenu en dessous du seuil de pauvreté² ont un risque plus important d'avoir des problèmes dépressifs (différence de 5 %) et d'anxiété (différence de 4 %) (voir tableau 3).

Les résultats sont encore plus significatifs lorsqu'on compare les personnes ayant un emploi, les personnes au chômage et les personnes malades ou invalides. Ainsi, on observe que les chômeurs et les malades ou invalides ont un risque respectivement 3 et 8 fois plus important que les travailleurs d'avoir des problèmes dépressifs et d'anxiété. Pour ce qui est des troubles du sommeil, les différences sont moins importantes, mais on observe que cela concernerait près d'un quart des chômeurs et près de la moitié des personnes malades ou invalides. Enfin, De Boyser observe que près de 20 % des chômeurs et 40 % des malades ou invalides ont de graves problèmes mentaux, alors que cela ne concerne que moins de 10 % des travailleurs. Quant au mal-être psychologique, cela concernerait près d'un tiers des chômeurs et la moitié des personnes malades et invalides, pour « seulement » 20 % des personnes au travail.

Le réseau social

Quand on parle de réseau social, on distingue l'aspect structurel de l'aspect fonctionnel. La structure d'un réseau social réfère à un facteur quantitatif : le nombre de personnes que connaît une personne, la fréquence des contacts qu'elle entretient avec celles-ci, et le type de personnes qu'elle connaît. L'aspect fonctionnel réfère davantage à un facteur qualitatif : le soutien social (matériel et moral) qu'une personne peut espérer mobiliser au sein de son réseau (De Boyser et Levecque, 2007).

Outre le fait d'être davantage sujet à des problèmes psychologiques, « (...) les personnes de faible statut socio-économique semblent avoir un réseau social moins important et une moindre possibilité de faire appel à un soutien social. Cela a

² Le seuil de pauvreté est le niveau en dessous duquel un individu est considéré comme pauvre. Il est fixé à 60 % du revenu médian (De Boyser, 2007).

Tableau 4 - Différences dans le soutien social, selon le revenu par rapport au seuil de pauvreté

	Non pauvres	Pauvres
Ne peut pas compter sur l'aide de l'entourage ou de la famille en cas de problèmes		
Sentiments de solitude	5,5 %	8,5 %
Manque de soutien matériel		
Rester à son chevet	18,1 %	25,5 %
Aider pour préparer les repas en cas de maladie	13,3 %	16,7 %
Manque de soutien affectif		
de quelqu'un qui tient à vous et à qui vous tenez	11,6 %	16,2 %
de quelqu'un qui peut vous câliner	19,0 %	25,6 %
Manque de soutien émotionnel		
Discuter	10,7 %	18,8 %
Confier ses problèmes intimes et ses angoisses	16,0 %	22,7 %
Avoir des bons conseils	11,4 %	16,8 %
Manque d'interaction sociale positive		
Passer de bons moments	8,3 %	14,1 %
Se détendre	11,7 %	19,0 %

Source : Enquête de santé 2001 (De Boyser et Levecque 2007).

un impact sur la santé parce que le réseau et le soutien social sont des éléments cruciaux dans la gestion des facteurs de stress. » (Willems, 2007). De Boyser et Levecque (2007) ont, pour la Belgique, étudié le lien entre statut socio-économique et réseau social, dans ses dimensions structurelles et fonctionnelles. Du point de vue de l'étendue du réseau social et de la fréquence des contacts, elles ont observé qu'il n'y a pas de différences significatives au dessus et en dessous du seuil de pauvreté.

Il n'en est pas de même pour ce qui est de la qualité du réseau social, où on observe des différences significatives entre pauvres et non pauvres. De manière générale, on observe que les personnes vivant sous le seuil de pauvreté peuvent moins compter sur leur entourage en cas de problèmes et ont davantage de sentiments de solitude que les personnes au dessus de ce seuil. Elles ont également moins de chance d'avoir un soutien matériel et moral de qualité, ainsi que des relations sociales positives (voir tableau 4).

L'empowerment

Le degré d'« empowerment » (littéralement le fait d'acquiescer et d'avoir un certain pouvoir) fait référence au degré de contrôle qu'un individu

a dans la gestion de sa vie au quotidien, à l'étendue de sa liberté quant aux choix qu'il doit faire (étudier plutôt que travailler, avoir une certaine autonomie dans la gestion de ses tâches professionnelles ainsi que par rapport à ses collègues, etc.).

Selon Marmot (2006), il existe un lien entre « empowerment », situation socio-économique et santé : les conditions sociales d'un individu déterminent positivement son degré de liberté et d'autonomie, qui lui-même a une influence positive sur son état de santé.

Ceci a été mis en évidence dans l'étude britannique « Whitehall II ». Elle montre que plus on descend dans la hiérarchie professionnelle, plus le risque d'infarctus et d'autres affections est élevé. Deux modèles explicatifs ont été mis en évidence :

- le degré de **contrôle de la demande** : ce modèle met en évidence le fait que le stress au travail (qui a un impact sur l'état de santé d'un individu) est moins causé par l'ampleur du travail que par le degré d'autonomie qu'un individu a dans la gestion des différentes tâches qui lui sont attribuées;
- le degré de **reconnaissance sociale** : le désé-

quilibre entre efforts consentis et reconnaissance a une influence sur le niveau de stress. Les travailleurs dans le bas de l'échelle professionnelle, de par leur manque de contrôle de la demande et de reconnaissance, auraient un risque d'infarctus et d'autres affections plus important.

L'étude Whitehall II met également en évidence que le degré de contrôle d'un individu n'est pas uniquement déterminé par son cadre professionnel. Elle montre par exemple que les femmes qui ont moins d'autonomie et de liberté dans la gestion du ménage ont un risque d'infarctus plus élevé que les femmes avec davantage de contrôle. Ceci est également confirmé pour les maladies mentales.

En se basant sur la hiérarchie sociale et pas seulement professionnelle, Wilkinson (dans Lynch et al., 2000) fait les mêmes observations. Il démontre que les inégalités de revenus affectent la santé au travers des perceptions liées à la position relative dans la hiérarchie sociale. Ces perceptions produisent des ressentiments négatifs, tels que la honte et la méfiance, qui engendrent des comportements négatifs pour la santé, mais également des comportements qui ont indirectement un impact néfaste sur la santé (comportements antisociaux, manque de participation civique, ce qui implique une carence en capital social et en cohésion au sein de la société).

Déterminants culturels

« Des études épidémiologiques ont démontré de manière convaincante que le comportement individuel relatif à la consommation de tabac, à l'activité physique, aux habitudes alimentaires, à l'utilisation des structures de soins de santé préventives et à d'autres activités sont en étroite relation avec la santé et la maladie. (...) Différentes études ont montré que les groupes socio-économiques bas présentent un profil de risque plus important. » (Willems, 2007).

L'enquête de santé de 2004 a clairement montré le lien entre style de vie à risque et position socio-économique (Vancorenland, 2006). En règle générale, les personnes moins qualifiées ont un style de vie moins sain. Elles mangent généralement de manière moins saine (moins de légumes, de fruits, de poisson et de pain gris) et présentent davantage de surpoids et d'obésité (voir tableau 5).

Les jeunes issus d'une famille peu qualifiée ont également plus de problèmes de surpoids. En outre, les personnes moins qualifiées et en surcharge pondérale s'en préoccupent moins que les personnes qualifiées et entreprennent donc moins d'actions pour changer leur situation. La consommation de tabac est également fortement dépendante du niveau de formation. On trouve plus de fumeurs parmi les gens moins qualifiés. Ils ont également commencé à fumer

plus tôt, fument davantage et sont plus dépendants du tabac. Pour les comportements alimentaires et tabagiques, c'est surtout le groupe avec une qualification élevée qui se distingue favorablement des autres groupes (voir tableau 6).

Au niveau du comportement sexuel, les personnes moins qualifiées appartenant au groupe à risque (sexuellement actif sans relation fixe) utilisent nettement moins souvent le préservatif comme moyen de protection contre les MST que les gens qualifiés issu du même groupe à risque. De plus, ils connaissent moins bien le sida (transmission, protection et gravité) et se soumettent moins souvent à un test VIH.

Un dernier élément intéressant à mentionner concerne la santé buccale et les soins dentaires. De manière générale, on observe que les gens moins qualifiés montrent une image nettement moins favorable que les gens qualifiés. Souvent, les gens moins qualifiés n'ont plus d'éléments masticateurs, ont davantage de problèmes de mastication, se brossent moins souvent les dents et vont moins souvent chez le dentiste (tableau 7).

Comment expliquer ces différences de comportements ? Beaucoup d'éléments explicatifs déjà présentés ci-dessus peuvent en partie nous aider à mieux comprendre ces différences de comportements et de styles de vie. Par exemple, les conditions matérielles et les conditions psychosociales, qui ont un impact sur le stress, peu-

Tableau 5 - Différences de style de vie selon le niveau de formation : alimentation

	Surpoids		Consommation insuffisante de...			
	Présent	Pas préoccupé	Légumes	Fruits	Pain gris	Poisson
Primaire ou sans diplôme	55 %	53 %	21 %	44 %	53 %	37 %
Secondaire inférieur	48 %	49 %	18 %	45 %	49 %	43 %
Secondaire supérieur	47 %	40 %	15 %	46 %	51 %	41 %
Enseignement supérieur	36 %	38 %	12 %	35 %	42 %	32 %
TOTAL	44 %	42 %	15 %	41 %	47 %	37 %

Source : Enquête de santé 2004 (Vancorenland S. 2006).

Tableau 6 - Différences de style de vie selon le niveau de formation : tabagisme

	Tabagisme			
	% fumeurs	Age de début	Nombre de cigarettes	% gros fumeurs
Primaire ou sans diplôme	27 %	16,6 ans	18,5	12 %
Secondaire inférieur	31 %	17,1 ans	18,3	13 %
Secondaire supérieur	31 %	17,2 ans	17,6	12 %
Enseignement supérieur	23 %	17,9 ans	15	7 %
TOTAL	28 %	17,3 ans	17,1	10 %

Source : Enquête de santé 2004 (Vancorenland S. 2006).

Tableau 7 - Différences dans la santé buccale et les soins dentaires, selon le niveau de formation

	Plus d'éléments masticateurs naturels	Prothèse dentaire	Difficultés à mâcher les aliments durs	Se brosse les dents 2 x par jour	Contrôle régulier chez le dentiste
Primaire ou sans diplôme	36 %	56,7 %	32,9 %	38,3 %	34,1 %
Secondaire inférieur	23 %	49,5 %	21,2 %	43,9 %	41,7 %
Secondaire supérieur	10,8 %	35,8 %	12,2 %	49,4 %	49,5 %
Enseignement supérieur	5 %	26 %	5,3 %	55,9 %	56,2 %
TOTAL	14,5 %	37,7 %	14,3 %	50,3 %	49,1 %

Source : Enquête de santé 2004 (Vancorenland S. 2006).

vent indirectement influencer les bonnes ou mauvaises pratiques en matière de tabagisme. D'autres facteurs plutôt de type identitaire peuvent être avancés. Dans les milieux défavorisés, « sans que l'on puisse généraliser, le corps est moins un objet de valorisation et donc moins un objet de soins et de précautions. Il est un outil qui doit résister au travail. Les affections, la fatigue sont courantes et donc considérées comme normales. L'horizon temporel davantage axé sur le présent pour cause de précarité ou de niveau de formation générale, n'incite guère à projeter dans le futur les conséquences de comportements risqués et de problèmes de santé révélés par des symptômes ressentis » (Avalosse et Feltesse, 1997).

D'autres éléments encore peuvent être à l'origine de ces inégalités de comportements : un manque d'information, par exemple, concernant les conséquences néfastes du tabac, l'utilisation correcte des moyens contraceptifs ou encore la préparation d'un repas sain et équilibré. Ce manque d'information peut être en partie lié aux campagnes de prévention pas suffisamment axées sur les groupes socio-économiques défavorisés (Willems, 2007).

Conclusion

Certes, l'accès financier aux soins de santé n'est pas le même pour tous les groupes socio-économiques, et peut dès lors en partie expliquer les différences en termes de santé qu'on observe entre ceux-ci. Cependant, sur la base de la revue de la littérature quant aux déterminants des inégalités de santé, il apparaît que la problématique de l'accessibilité financière aux soins n'est qu'un élément parmi beaucoup d'autres.

De manière prépondérante, la situation socio-économique d'un individu – dont les indicateurs principalement utilisés sont le niveau de formation, de revenu et la catégorie socioprofessionnelle – a, en soi, un impact sur son état de santé, ceci par le biais de différents facteurs, tant structurels que culturels.

Si les éléments explicatifs des inégalités de santé, tels que détaillés dans cet article, font l'objet d'un consensus, c'est moins le cas quant à la part de l'impact de chaque facteur. A ce jour, peu d'études donnent des chiffres quant à l'effet relatif de tel ou tel facteur sur l'état de santé. Au vu des différents facteurs présentés ci-dessus, il paraît en effet extrêmement complexe de différencier l'effet relatif de chaque facteur, dans la mesure où ces facteurs sont en interaction les uns avec les autres. C'est ce qui fait sans doute toute la complexité de la mise en place de politiques efficaces quant à la diminution des inégalités de santé.

Malgré la difficulté de la tâche, il est essentiel de prendre des mesures qui ne soient pas uniquement centrées sur le domaine de la santé, mais davantage transversales : améliorer l'accès à l'en-

seignement, diminuer l'analphabétisme, diminuer les inégalités de revenus (notamment en augmentant les allocations et revenus minimums), améliorer la sécurité et le cadre de vie dans les logements et les quartiers les plus précarisés, impliquer davantage les personnes dans la gestion de leur vie quotidienne, au travail ou au niveau de leur quartier, de leur commune, etc. La diminution des inégalités de santé passe par l'amélioration de tous ces éléments, et c'est sans doute le défi majeur auquel sera confrontée notre société demain. Il s'agit d'une approche intégrée, et solidement ancrée dans la situation locale particulière. En tant que mutualité, nous devons nous inscrire de manière volontariste dans cet effort sociétal pour réduire les écarts en matière de santé. Outre notre préoccupation traditionnelle pour un accès égal aux soins, battons-nous aussi pour réduire l'inégalité en termes de besoins.

Olivier Gillis, Raf Mertens, Département Recherche et Développement de l'ANMC
Cet article a été publié initialement dans MC- Informations - Analyses et points de vue, périodique trimestriel de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, n° 231, mars 2008. Il est reproduit avec son aimable autorisation. La même revue a publié dans son numéro 232 (juin 2008) 'Mesures concrètes de réduction des inégalités de santé : quelques exemples européens', des mêmes auteurs Olivier Gillis et Raf Mertens. Vous pouvez télécharger ce texte à l'adresse http://www.mc.be/fr/135/info_et_actualite/mc_informations/mc_info_juin2008/Inegalite_de_sante/index.jsp?ComponentId=47857&SourcePageId=49531 (document de 12 pages (113 Ko)). La Mutualité chrétienne vient aussi de réaliser une étude sur les inégalités sociales de santé en Belgique au départ des données de consommation de soins de tous ses affiliés (environ 4.500.000 de personnes). Nous vous en reparlerons prochainement.

Bibliographie

- Avalosse H., Feltesse P. (1997). Inégalités sociales dans le domaine de la santé. In : (De Keersmaecker M-L, 1997). *Les inégalités sociales en Belgique*. Bruxelles : Vie ouvrière. 61-94.
- Bossuyt et al. (2004). Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium. *Public Health*. Vol. 118. 3-10.
- De Boyser K. (2007). Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers. In : *Armoede en sociale uitsluiting : Jaarboek 2007*. Antwerpen : OASES. 153-166.
- De Boyser K., Levecque K. (2007). Armoede en sociale gezondheid : een verhaal van povere netwerken ?. In : *Armoede en sociale uitsluiting : Jaarboek 2007*. Antwerpen : OASES. 167-178.

- Defeyt Ph. et al. (1997). Vers une longue durée de vie. En bonne santé ?. *Indicateurs pour un développement durable*. N° 2 - mars-avril 1997.
- Hardonk et al. (2004). Sociaal-economische gezondheidsverschillen in België : analyse van de Gezondheidsenquête van 2001. In : *Armoede en sociale uitsluiting : Jaarboek 2004*. Antwerpen : OASES. 125-146.
- Huisman M et al. (2004). Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol 58 (6). 468-75.
- Lynch J. et al. (2000). Income inequality and mortality : importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*. Vol. 320. 1200-1204.
- Mackenbach J. (1994). De verklaring van sociaal-economische gezondheidsverschillen. In : *Ongezonde verschillen : over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland*. Assen : Van Gorcum. 76-133.
- Mackenbach J. et al. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*. Vol. 349. 1655-1659.
- Mackenbach J. (2005). Genetics and health inequalities : hypotheses and controversies. *J. Epidemiol. Community Health*. Vol. 49. 268-273.
- Marmot M (2006). Health in an unequal world. *Lancet*. Vol. 368. 2081-2094.
- Navarro et al. (2006). Politics and health outcomes. *Lancet*. Vol. 368. 1033-1037.
- Peersman W. (2000). Gezondheid. In : *Armoede en sociale uitsluiting : Jaarboek 2000*. Antwerpen : OASES. 205-216.
- Raeymaeckers P., Dewilde C. (2007) Multidimensionele armoede gemeten en becijferd op basis van de Belgische SILC 2004. In : *Armoede en sociale uitsluiting : Jaarboek 2007*. Antwerpen : OASES. 113-136.
- Stronks K. (1997). Socio-economic inequalities in health : individual choice or social circumstances ?. Xageningen, Ponsen en Looijen. 3-20.
- Vancorenland S. (2006). Tous les Belges ont-ils le même droit à la santé ? - Synthèse des résultats de l'enquête de santé 2004. *MC- Informations*. Vol. 224. pp. 3-10.
- Whitehead M, Dahlgren G. (2006). Widespread inequities throughout Europe. In : *A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Studies on social and economic determinants of population health. No. 2. WHO Regional Office for Europe. Denmark. 5-10.
- Willems S. (2005). The socio-economic gradient in health : a never-ending story ? A descriptive and explorative study in Belgium. Ghent : Ghent University. 11-52.
- Willems S. et al. (2007). Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique. *Santé conjugquée*. Vol. 40. 25-34.

Les médias, freins ou leviers pour les consommations à risque ?

Le Collectif Prévenir 59 réunit Epicéa (Service du Département du Nord), le Comité Départemental des maladies respiratoires et des associations actives dans le domaine de la prévention des assuétudes au tabac et à l'alcool. Le Collectif a récemment choisi de se pencher sur la question vaste des médias comme freins ou leviers des consommations à risque.

Vaste, puisqu'elle couvre l'impact des émissions et des publicités sur les représentations, les attitudes et les comportements; la couverture variable accordée par les médias à des sujets comme l'alcool ou le cannabis; l'efficacité des campagnes de prévention...

Prenons une des premières questions abordées lors du colloque, soit la responsabilité des médias dans l'obésité croissante des enfants. Du côté des médias et des annonceurs, on se retranche rapidement derrière l'exemple de la Suède guère épargnée par l'obésité et où, pourtant, la publicité vers les enfants est interdite.

Thiphaine de Ragueneil, Directrice d'études pour le Pôle Jeunesse du Groupe Lagardère Active (soit les chaînes Gulli, Canal J, Tiji et Filles TV) en profite pour avancer quelques arguments à la décharge de son employeur : annonceurs et programmeurs travaillent de manière indépendante, et, de plus, un comité d'éthique a

été mis sur pied – il est dirigé (et cautionné) par le psychologue **Marcel Rufo**.

« Il ne faut pas incriminer les émissions pour enfants », plaide-t-elle. « Elles ne représentent tout de même que 20% du temps passé par les enfants devant la télé. »

Quant à la question de la place occupée par les messages pour des aliments gras et sucrés, elle est éludée, dans le discours de Thiphaine de Ragueneil, par une autre question, celle du caractère anxiogène, voire anorexigène des messages de promotion de l'équilibre alimentaire qui feraient oublier que manger est un plaisir...

Le point de vue est tout autre du côté de **Jean-Philippe Desbordes**, journaliste et auteur du livre « Mon enfant n'est pas un cœur de cible » (paru chez Actes Sud) : « Bien sûr que les régies publicitaires conditionnent les grilles des programmes ! Des dessins animés vont se faire les chantres de certains comportements et de certaines valeurs. »

Et de rappeler que l'agro-alimentaire représente 470.000 emplois en France. « Dans ce contexte », lance-t-il, « un consensus s'est établi pour ne pas rentrer dans le lard de l'agro-alimentaire ! » L'homme fut blessé de voir diffusé à une heure très tardive, en crypté, et à une seule reprise, son documentaire sur l'impact des dessins animés et de la publicité. On y voit des enfants, à la rencontre desquels il a pris la peine d'aller, pour le moins chamboulés (énervés, stressés, insécurisés) par certaines

émissions, et ne faisant pas clairement la distinction entre pubs et programmes télé. Jean-Philippe Desbordes a crié à la censure à sa manière, en prenant la plume pour rédiger son coup de gueule sous forme de livre.

Du côté du Groupe Contact (radios privées), on tient à relativiser le rôle des médias en ce qui concerne l'incitation à consommer certains produits, et pas des plus licites. « On n'a jamais donné un cours en radio sur la manière de rouler un joint », assène **Eric Carpeus**.

Pour la Responsable de la communication au Conseil général du Nord, **Evelyne Duhaut**, la question n'en reste pas moins posée. Selon elle, des médias banalisent l'usage du cannabis quand ils donnent la parole à telle vedette de tennis prompte à dédramatiser (pour ne pas dire vanter) l'usage du shit. « Même si », ajoute-t-elle, « il convient de raison garder, puisqu'on évalue à 3% l'impact des médias sur les changements de comportements contre 30% d'impact estimé pour les actions au sein de la population. »

Un point de vue qui confond somme toute l'aval (les changements de comportements) et l'amont (l'influence des médias sur les comportements). La confusion justement structurerait l'intervention du **D^r Frédéric Kochman**, pédopsychiatre. Il la pointe et la dénonce dans ces publicités pour des produits gras ou sucrés qui se voient flanqués (sous-titrés) de messages de promotion de la santé.

Des documents pour alimenter le débat

Pour alimenter la réflexion, les organisateurs du colloque ont compilé une trentaine d'articles en un riche portefeuille de lecture. Les articles se structurent autour des questions suivantes :

- les enfants acteurs de l'économie marchande, et cibles du marketing. Les enfants sont présents à l'écran ou audibles dans une annonce sur cinq. Seule la Suède a fait un élément clé de sa réglementation publicitaire en interdisant cette présence enfantine;
- la compréhension par les enfants des intentions commerciales des publicités. Les études les plus récentes enregistraient en moyenne de meilleurs scores d'attribution d'intention persuasive que les plus anciennes. Un enfant sur dix à l'âge de douze ans « croirait » cependant dans le message véhiculé par la publicité;

- la normalisation de la consommation de produits engendrée par la publicité et le recul de ces comportements produit par une régulation ou une interdiction de la publicité concernant ces produits. Ainsi, un travail anglais a-t-il montré qu'une diminution de 1% du volume des annonces publicitaires est susceptible d'entraîner une diminution de la consommation de 0,1%. D'autres données font valoir qu'une interdiction totale de la publicité aboutirait aux mêmes effets que le doublement du prix des boissons alcooliques, à savoir une réduction de 24% de la consommation moyenne des jeunes et de 42% du *binge drinking*;
- les médias comme acteurs de la définition sociale des drogues. Les médias mettent en avant des usages, des groupes d'utilisateurs, des interprétations des comportements à risque. Ils peuvent aussi promouvoir des ressources

pour aider les consommateurs à risque. Les médias peuvent participer à la banalisation de l'utilisation de substances licites ou illicites, mais aussi traiter de certains produits (drogues) sur le ton de la panique morale, les faire apparaître sous le jour de phénomènes culturels ou encore se centrer sur une approche « réduction de risques »;

- la peur peut-elle constituer un levier dans la prévention, la réduction voire l'arrêt de comportements à risque ? Des modèles théoriques portant sur le mode d'action présumé de la peur dans la communication sociale sont présentés.

Les articles sont accompagnés d'une sélection d'outils de prévention belges et français. Ces outils sont des dépliants, des dossiers, des guides, des expositions, des vidéos.

Infos et dossier disponibles gratuitement au (0033) 3 20 63 48 41

Cette bonne idée du PNNS (voir à ce sujet *Education Santé* n° 233) n'en serait pas une dans la mesure où les spots publicitaires doublés d'un message santé recrutent simultanément deux parties du cerveau. D'une part, le système lim-

bique, siège des émotions, celui que viennent titiller des messages qui incitent à la consommation, à la pulsion d'achat. D'autre part, le cortex frontal, haut lieu de notre esprit critique. « *Les deux endroits ne peuvent être allumés en*

même temps », commente le spécialiste. « *On est dans une posture intenable, confinant à la schizophrénie!* »

Véronique Janzyk

La médiation hospitalière

Pour une meilleure communication entre patients et médecins

Encore mal connue par bon nombre de patients et de médecins, la médiation hospitalière a été mise en place, en 2003, suite à la loi relative aux droits du patient. Le médiateur intervient pour améliorer la communication et aider au règlement de conflits qui peuvent surgir dans la relation, pas toujours évidente, entre le patient et le médecin.

La médiation hospitalière est apparue dans le paysage juridique avec la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002. Afin de garantir le respect de ces droits, le législateur a institué la médiation hospitalière qui est d'application depuis le 1^{er} novembre 2003. Depuis, chaque hôpital doit organiser une fonction de médiation en son sein et informer les patients sur la possibilité de faire appel à un médiateur hospitalier. Le recours à la médiation est gratuit pour les patients. Le médiateur fonctionne en toute indépendance par rapport aux hôpitaux. Il est tenu de respecter le secret professionnel et de traiter les dossiers de manière neutre et impartiale.

L'organisation de la médiation en milieu hospitalier s'est opérée de façon spécifique au sein des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques. Au niveau des hôpitaux généraux, le médiateur est soit un membre du personnel de

l'institution, soit une personne extérieure à la structure de soins. Dans ce dernier cas, la fonction de médiation est organisée en commun pour plusieurs hôpitaux sur la base d'un accord de collaboration écrit entre les hôpitaux concernés. Il apparaît aujourd'hui que les médiateurs hospitaliers sont majoritairement des membres du personnel des institutions hospitalières. En ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques, la médiation est généralement exercée par les médiateurs des plates-formes de concertation en santé mentale.

Information insuffisante

Selon une étude menée par le Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs (CRIOC), ainsi que l'Union nationale des mutualités socialistes (UNMS), et avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin, les patients sont peu informés de leurs droits. La plupart d'entre eux ignorent l'existence des services de médiation au sein des hôpitaux. Les patients ayant rencontré des problèmes et qui en ont fait part à des représentants de l'institution hospitalière n'ont que très rarement été informés de la possibilité de recourir aux services d'un médiateur. Les patients se disent aussi très dubitatifs quant à l'efficacité de ces services qui ne seraient pas, selon eux, suffisamment indépendants de la structure hospitalière.

Communication défaillante

Il existe, par ailleurs, un réel problème de communication entre patients et personnel soignant. « *Les conflits entre le patient et le corps médical sont fréquents dans le milieu hospitalier, confirme Colette Jacob, médiatrice hospitalière et conseillère en gestion hospitalière auprès de l'Association francophone d'institutions de santé (AFIS). Contrairement à ce que l'on pourrait croire, ces conflits ne naissent pas, la plupart du temps, suite à des erreurs médicales ou à des aléas thérapeutiques. Ils sont principalement liés à la qualité de la prise en charge du patient, un domaine dans lequel la communication entre le patient et le personnel soignant a toute son importance.* »

Des perceptions différentes

Ces problèmes de communication s'expliquent par le fait que patients et médecins, s'ils se côtoient au sein d'un même cadre de soins, sont confrontés à des réalités différentes, propices à la naissance de malentendus. « *L'hôpital est un lieu très particulier où les médecins et le personnel infirmier ont pour principale mission de soigner les patients, explique Colette Jacob. Les médecins prescrivent et donnent les soins qui leur semblent les plus adaptés à l'état des patients, et cela dans le cadre de l'obligation des moyens qu'ils sont tenus de respecter. Mais ils informent leurs patients sans toujours s'assurer de savoir si ceux-ci comprennent bien leurs messages.* »

Il faut ajouter à cela d'autres caractéristiques liées au cadre hospitalier : le travail en équipe du personnel infirmier et médical est considéré comme un schéma de travail des plus compliqués. D'autre part, la fatigue et les situations de stress auxquelles sont régulièrement soumis les médecins et les soignants ont un impact sur le temps qu'ils consacrent aux patients. « *De leur côté, les patients qui se trouvent en état de faiblesse, sont souvent inquiets et se sentent vulnérables. Ils ont besoin que leur souffrance soit entendue et attendent des attentions qu'ils ne reçoivent pas nécessairement, car le personnel hospitalier n'est pas toujours en mesure d'entendre cette souffrance.* » Il n'est donc pas étonnant que les attentes et les perceptions venant de

Les droits du patient...

La loi relative aux droits du patient du 22 août 2002 s'applique aux rapports juridiques entre un praticien professionnel et un patient dans le domaine des soins de santé. Cette loi précise :

- le droit au libre choix du praticien professionnel et le droit de modifier son choix;
- le droit à des prestations de soins de qualité;
- le droit à l'information sur son état de santé;
- le droit au consentement libre et éclairé à

toute intervention du praticien moyennant information préalable;

- le droit à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr;
- le droit de consulter et d'obtenir une copie de son dossier;
- le droit à la protection de la vie privée;
- le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur;
- le droit d'introduire une plainte concernant l'exercice des droits du patient auprès de la fonction de médiation compétente.

deux horizons aussi différents puissent provoquer incompréhension et malentendus.

Du malentendu au conflit

Les problèmes liés à la santé ne sont pas comparables à des problèmes qui surgissent dans des entreprises telles que les sociétés de transport en commun ou les télécommunications. « *Lorsqu'une personne est touchée par un problème de santé, elle peut perdre un certain nombre de repères, ainsi que son bon sens et éprouver des difficultés à faire la part des choses entre son point de vue et celui des personnes qui la soignent.* » Les patients se trouvent en général en situation de dépendance par rapport au corps médical et, se sentant trompés alors qu'ils sont en état de faiblesse, ont tendance à développer des stratégies conflictuelles impliquant immédiatement la direction ou une instance officielle (comme l'Ordre des médecins), ce qui rend difficile toute conciliation. « *Les malentendus, s'ils ne sont pas clarifiés peuvent provoquer toute une série de quiproquos qui, montés en épingle, vont parfois jusqu'au conflit et au dépôt d'une plainte de la part du patient.* » C'est pourquoi, la médiation devrait intervenir très rapidement, avant même que le conflit n'atteigne un stade irréversible. D'où la nécessité d'une meilleure connaissance des services de médiation.

Le rôle du médiateur

Dès qu'une plainte est déposée, le rôle du médiateur hospitalier consiste à tenter de rétablir la communication et la confiance entre les personnes concernées, évitant de la sorte le transfert éventuel du dossier vers les cours et tribunaux. « *L'objectif poursuivi par le médiateur est d'écouter le point de vue de chacune des parties et d'essayer de les rapprocher pour les aider à trouver ensemble la solution qui leur semble la plus adéquate. Après avoir entendu les propos du médecin, du personnel soignant et du patient, le médiateur est plus à même de cerner la problématique et de l'expliquer aux parties concernées, cela dans un contexte qui n'est plus celui des soins et où les tensions sont donc moins fortes.* »

Pendant le processus, le médiateur propose souvent une rencontre entre le patient, le personnel soignant et le médecin. Cette démarche n'est cependant pas encore toujours souhaitée ni par les praticiens, ni par un grand nombre de patients. « *D'une part, contrairement à ce que pensent les praticiens, les patients ne se sentent pas toujours très à l'aise lors du dépôt de leur plainte. Ils peuvent douter de la pertinence de leurs griefs. Ils peuvent aussi se sentir impressionnés par le médecin et très démunis face à la structure hospitalière. D'autre part, le personnel hospitalier peut ressentir la plainte comme une attaque, en éprouver de la honte et, dès lors, éviter les échanges à ce propos. Tout comme le patient, le personnel peut se sentir démuni face à ce qu'il vit comme une*



Photo © Isopix

confrontation, alors que ce type de rencontre représente pour lui l'occasion d'exprimer son point de vue par rapport aux faits qui lui sont reprochés. Enfin, les médecins et le personnel infirmier ne sont pas nécessairement prêts à remettre en cause leur démarche thérapeutique ou soignante. »

Recommandations

Tous les patients s'accordent sur le fait que la mission essentielle d'un service de médiation devrait être de rétablir la relation de confiance entre le patient et le médecin.

L'information sur l'existence du service de médiation doit être généralisée auprès des patients. Pour être mieux connue, la fonction du médiateur doit aussi être très visible et accessible au sein de l'hôpital.

Aux yeux des médiateurs, l'absence de communication est une source importante de conflits. Aussi, une meilleure gestion de la communication par l'ensemble du personnel hospitalier permettrait d'éviter les problèmes. A ce titre, l'information préalable des patients apparaît comme un élément important, surtout avant une hospitalisation (par exemple, lors de la prise de rendez-vous). C'est en effet hors du contexte de stress que le patient sera le plus réceptif.

Du côté des médiateurs

Le plus souvent, les médiateurs ne disposent pas de connaissances médicales suffisantes pour

comprendre la situation. En guise de solution, ils s'informent auprès d'autres médecins et réagissent ensuite face au patient selon leur sensibilité ou la culture de l'institution. Cela montre la nécessité pour les médiateurs de disposer de connaissances médicales, soit en étant eux-mêmes médecins, soit en étant secondés par un médecin capable de comprendre les aspects techniques et avoir accès au dossier du patient. D'autre part, la fonction de médiateur recourt à des compétences médicales, juridiques, administratives et psychologiques. Mais souvent, les médiateurs ne possèdent pas toutes ces qualifications, tout comme ils n'ont pas suivi de formation spécifique à la médiation. Or, les patients attendent une prise en compte multidisciplinaire de leur problème. En conséquence, une formation polyvalente et continue devrait être offerte à l'ensemble des médiateurs.

Colette Barbier

Pour en savoir plus : Médiateur hospitalier, rue Général Michel 47, 5000 Namur.

Tél.: 0800 122 65.

Courriel : info@lemediateurhospitalier.be.

Site : www.lemediateurhospitalier.be. Il s'agit d'une structure commune à quatre hôpitaux wallons et bruxellois qui ont privilégié la médiation externe plutôt qu'interne.

Partenariats public/privé : se poser les bonnes questions

Psychologue de formation, enseignant, chercheur à l'École nationale de santé publique de Rennes sur les questions de prévention, d'éducation pour la santé et plus largement d'éthique en santé publique, Philippe Lecorps (aujourd'hui à la retraite) a une large expérience des programmes de promotion de la santé, aussi bien en France qu'à l'étranger¹.

Son avis sur cette question passionnante qui fait à juste titre débat est toujours intéressant à entendre. Voici le texte d'un entretien qu'il a donné récemment à Serge Canasse (www.carnetsdesante.fr), que nous a aimablement signalé Daniel Oberlé (www.pratiquesensante.info).

Serge Canasse : Des porteurs de projets en santé publique peuvent-ils associer des entreprises privées dans la conduite de leurs projets ?

Philippe Lecorps : Il faut d'abord bien comprendre que le cœur de métier d'une entreprise privée, c'est de vendre, de faire du profit. Dans sa stratégie, la santé publique n'est qu'une question secondaire. Elle peut même entrer en contradiction avec ses produits, parce que les cliniciens et les épidémiologistes les considèrent comme potentiellement dangereux. Il suffit de donner l'exemple des barres chocolatées. Une telle entreprise ne va certainement pas s'engager dans un programme destiné à limiter ses ventes!

S.C. : Elle peut vouloir se racheter une conduite, améliorer son image.

P.L. : Effectivement, certaines industries n'ont pas du tout envie de se faire traiter comme les cigarettiers, comme des entreprises dont les produits détruisent la santé. Aussi bien vis-à-vis de l'opinion publique que de leur personnel.

S.C. : Il peut donc y avoir des opportunités de coopération avec certaines d'entre elles ?

P.L. : À condition qu'elles ne soient pas en position de décider. Dans tout processus de décision concernant la santé, il faut un arbitre représentant l'intérêt général, parce que celui-ci n'est pas la somme d'intérêts particuliers, ni même le résultat de compromis avec les intérêts privés. Cet arbitre doit être capable de construire une réflexion dans l'opinion publique pour établir le niveau de qualité souhaité pour telle question de santé publique. Par exemple, quel est le niveau d'irradiation de l'eau que nous acceptons ? Ça n'est pas aux entrepreneurs de le décider. Cet arbitre ne peut être que l'État. Le problème

est qu'actuellement, l'État énonce des normes de santé, de sécurité, etc., mais n'a pas de bras pour les faire respecter, pas d'expertise forte contraignant les entreprises. On voit bien, par exemple, les difficultés qu'il y a à faire enlever les distributeurs de viennoiseries dans les lycées ou à lutter contre toutes les petites astuces marketing des surfaces de vente, comme la confiserie juste avant la caisse, pour inciter les enfants à la faire acheter par leurs parents. Du fait de cette faiblesse de l'État, introduire les entreprises dans les processus de décision des programmes concernant la santé, c'est mettre le loup dans la bergerie.

En revanche, il peut être intéressant de les introduire dans les débats de préparation aux programmes.

S.C. : Aux niveaux locaux, un certain nombre de projets ne pourraient pas exister sans l'appui financier d'entreprises privées.

P.L. : Sans doute. Je ne dis pas qu'il faut exclure les entreprises. Je dis qu'il faut déterminer qui pense le projet, qui le dirige et qui l'anime. Il faut donc se demander s'il y a des valeurs communes entre les porteurs du projet et l'entreprise concernée, s'il y a compatibilité des valeurs. Il faut aussi énoncer les intérêts de chacun et les afficher.

Si, par exemple, un laboratoire pharmaceutique participe à un projet de lutte contre l'obésité et commercialise un produit destiné à faire perdre du poids, cela doit être annoncé clairement et le programme ne doit pas être centré autour de ce produit. Il faut également que ce programme soit validé par les autorités de santé.

Encore une fois, l'entreprise ne doit pas être en position de décider du contenu du programme.

En revanche, elle peut participer à son financement, à sa logistique et même à son évaluation.

S.C. : Un des arguments avancés par les partisans du partenariat public/privé est celui de l'efficacité : les entreprises en auraient l'habitude parce qu'elles y seraient obligées dans leur fonctionnement habituel.

P.L. : C'est vrai que l'administration n'est pas toujours très efficace ou très pertinente dans ses choix. Ainsi, il y a quelque temps, introduire le mot sida dans un projet augmentait ses chances de recevoir un financement public, même si le sida était assez loin de ses objectifs...

Le vrai problème est que l'administration a souvent du mal à se rendre compte de la réalité des actions menées. Elle comprend bien une campagne de vaccination, parce qu'elle en a l'habitude et l'identifie facilement, mais elle comprend beaucoup moins bien ce qui concerne l'éducation, l'accompagnement pour la santé.

Les programmes de santé publique, en particulier les programmes de prévention, relèvent

de problématiques très variées. S'ils ne portent que sur un aspect très technique, comme la vaccination, le dépistage ou le diagnostic d'une maladie, leur contrôle n'est pas très compliqué, et dans ce cas l'origine du financement n'a guère d'importance.

Mais dans de nombreux domaines, comme la sexualité, la contraception, l'accompagnement des patients porteurs de VIH, etc., la véritable question est celle du vivre ensemble.

C'est donc une question compliquée. La tentation est forte de la ramener à un problème de nuisance et de vouloir régler ce problème par l'intermédiaire d'un objet. Par exemple, dans les établissements scolaires, parler de sexualité en l'abordant par ses risques, donc en prônant l'usage du contraceptif, et s'en tenir là.

S'il s'agit de promouvoir des objets, les entreprises sont très à leur aise et ont plein de choses à proposer. Mais entretemps, les promoteurs de santé (dans mon exemple, les parents et les enseignants) ont abandonné le terrain et ont répondu de manière illusoire à la vraie question que pose la sexualité, qui est comment faisons-nous pour vivre ensemble, garçons et filles, dans des établissements mixtes. Donc plus on réduit le champ de l'action à des objets techniques, moins l'éducation a d'importance et plus il est facile de faire intervenir des entreprises privées, parce qu'il ne s'agit alors que de faire des discours de propagande, ce que l'on peut confier à quasiment n'importe qui.

S.C. : Vous êtes en train de demander aux décideurs publics d'être vertueux. Qu'est-ce que la vertu d'une institution publique ?

P.L. : De savoir se poser les bonnes questions sur sa propre organisation. L'institution doit se demander comment elle crée en son sein les conditions pour une bonne santé. Un exemple simple est celui de l'hygiène. Comment promouvoir celle-ci dans un collège où il n'y a pas de savon, pas d'accès facile à l'eau pour se laver, pas de papier toilette, etc.? Ici, il est sans doute possible de travailler avec un marchand de savon!

Un exemple plus compliqué est, encore une fois, celui de la sexualité : comment la mixité est-elle organisée dans l'établissement ? Comment se gèrent les conflits entre garçons et filles ? Quels sont les discours adultes à ce sujet ? Etc.

En définitive, le problème du partenariat public/privé est d'abord de prendre le temps pour débattre de la façon dont nous organisons ce vivre ensemble.

S.C. : Est-ce que ça n'est pas une exigence difficile à mettre en œuvre ?

P.L. : Pour de nombreuses associations, oui : elles sont dans une situation de misère financière

¹ Philippe Lecorps nous avait fait l'amitié d'être des nôtres à l'occasion du numéro 200 d'*Education Santé*. Le texte de sa conférence 'Éthique et morale en promotion de la santé' est téléchargeable à l'adresse www.educationsante.be/es/article.php?id=696.

telle qu'elles n'ont pas d'argent pour la préparation des projets, un peu pour leur exécution et presque pas pour leur évaluation.

Les collectivités locales ont ces moyens, mais elles ont un problème de timing : les projets de santé prennent souvent du temps avant de produire des effets, alors que les responsables politiques doivent montrer à leurs électeurs qu'ils s'occupent d'eux par des actions visibles tout de suite. Par exemple, il est plus simple et plus rentable en termes de réputation immédiate de faire une campagne d'affichage sur la sécurité routière que d'examiner méthodiquement avec la population quels sont les endroits dangereux de la voirie et comment y remédier.

S.C. : Cela ne signifie-t-il pas que les porteurs de projets doivent apprendre à les « vendre », à les promouvoir ?

P.L. : La santé publique, ça n'est pas très spectaculaire. Ça ne peut guère faire dans le triomphalisme médical du genre greffe de cœur ou de main. Il n'est pas facile de faire des images avec la pâte humaine. De plus, les décideurs publics ont leur propre imagerie, par exemple sur la violence. D'une manière générale, les gens qui travaillent en santé publique ont beaucoup de mal à leur faire comprendre ce qu'ils font, ce qui est d'autant plus paradoxal que des progrès importants ont été accomplis ces dernières années dans la compréhension des comportements de santé et la manière de les faire changer.

Mais il est vrai aussi que nous avons tous tendance à rester entre nous : les éducateurs parlent aux éducateurs. Nous ne nous intéressons qu'à ce qui emploie notre langage et nos références. Nous ne faisons guère d'effort pour sortir de notre milieu et pour expliquer à d'autres ce que nous faisons, en quoi nos métiers apportent quelque chose. Il faut sans doute commencer par là pour pouvoir s'adresser aux décideurs publics comme aux entreprises privées.



Photo © Isopix

STRATÉGIE

Projet de Plan d'action national en matière de lutte contre les mutilations génitales

Le Conseil supérieur de promotion santé remet au Gouvernement de la Communauté française des avis destinés à assister ce dernier dans sa politique de promotion de la santé et de médecine préventive. Il s'agit souvent de recommandations techniques, imposées par la législation, ou d'avis ponctuels sur des programmes d'action et de recherche,

sur des campagnes médiatiques, des registres de pathologies, etc.

Le Conseil est aussi amené à répondre à des questions de portée plus générale, et peut aussi prendre l'initiative d'attirer l'attention de la ministre sur une question qu'il juge intéressante ou préoccupante.

L'avis reproduit ci-dessous a été donné le 16 mars 2007 en réponse à une demande de Madame Catherine Fonck, Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé. Les titres sont de la rédaction.

A noter : le site sante.cfwb.be contient beaucoup d'informations utiles sur le Conseil, dont une partie de ses avis.

Une question très délicate

Le Conseil a pris connaissance de la demande d'avis qui lui était faite par la Ministre, portant sur la proposition suivante émise dans le cadre de la Conférence interministérielle (CIM) :

« *intégration dans la société* » : intégrer l'examen des organes génitaux et la vérification de leur intégrité dans l'examen médical de routine des services de prévention infantile et des services scolaires tant auprès des filles que des garçons.

But de l'action : les examens des organes génitaux externes des petites filles et la vérification de leur intégrité est la seule manière de trouver les preuves d'une mutilation génitale ainsi que de réaliser une prévention efficace.

Des directives précises émanant des services communautaires compétents doivent être émises.

Ces informations devraient être notées dans le carnet de santé de l'enfant.

Afin d'éviter toutes formes de discrimination ou de stigmatisation, il s'avère nécessaire sans doute de ne pas faire de distinction entre les enfants de sexe féminin et masculin lors de l'examen.

Public cible : les nouveau-nés de sexe féminin et les petites filles ».

Le Conseil souligne que les pratiques de mutilations génitales chez les filles sont une atteinte grave à l'intégrité physique, ayant des conséquences importantes sur la santé physique et psychologique des filles et des femmes ayant subi ces mutilations. Il estime que ces pratiques sont en opposition flagrante avec les droits de l'homme et les droits de l'enfant.

Toutefois, étant donné d'une part le nombre limité de familles concernées et d'autre part, la volonté d'intégrer, dans une démarche globale de promotion de la santé, la prévention des mutilations génitales incluant la sensibilisation et le dialogue avec les familles concernées, le Conseil supérieur estime que la vérification de l'intégrité physique de tous les enfants (filles et garçons) n'est pas une mesure pertinente.

Le Conseil attire l'attention sur les points suivants :

1. Dans les consultations de l'ONE, l'examen des organes génitaux a été abandonné; dans les services PSE (promotion de la santé à l'école), un examen systématique sommaire des organes génitaux externes chez les garçons est prévu. Les représentants de cette institution et de ces services, présents au Conseil, attirent l'attention sur deux observations :

- les professionnels se trouvent souvent devant des enfants manifestant une attitude

de peur et de méfiance à leur égard, comportement exacerbé depuis l'affaire Dutroux, certains enfants allant jusqu'à refuser que certains professionnels les touchent;

- le Conseil insiste sur le fait que, si l'examen systématique des organes génitaux, lors des consultations ONE et PSE, peut avoir un caractère dissuasif auprès de certaines familles, cette mesure risque tout autant de rompre la confiance de ces familles envers des services qui ne seraient, dès lors, plus consultés (ce qui pourrait constituer un dommage important en terme de santé pour ces enfants).

Le Conseil en conclut que toute mesure de détection comprise comme une menace constitue un frein dans l'engagement d'un dialogue de confiance avec les familles quant aux risques liés aux mutilations génitales féminines et à l'éventuel dilemme culturel dans lequel se retrouvent certaines de ces familles (peur que leur fille ne puisse jamais intégrer la société de son pays d'origine).

2. Le Conseil est conscient que cet acte de détection permettrait d'assurer un suivi psychologique des filles mutilées ou peut-être de prendre plus précocement une décision chirurgicale réparatrice. Néanmoins le Conseil attire l'attention sur les risques importants d'un tel dépistage pour l'enfant et pour la famille et rappelle que « *primum non nocere* » (d'abord ne pas nuire) reste un principe de base de l'intervention médicale :

- la peur des mesures de dénonciation et de sanction de la part des parents ou de la famille pouvant déstabiliser un équilibre familial et provoquer violence et maltraitance des enfants concernés;
- l'instrumentalisation de la fillette mutilée dans la dénonciation d'un tiers, souvent parental, pouvant entraîner des mesures de sanction (prison), culpabilisantes pour l'enfant qui se sent responsable, ce qui est éthiquement peu acceptable;
- la stigmatisation de l'enfant au sein de l'école, celle de la famille ainsi que de certains groupes culturels.

3. Les praticiens représentant l'ONE et les services PSE estiment que le contexte de leurs consultations n'est pas adapté à un examen rigoureux des organes génitaux de tous les enfants en vue d'en vérifier l'intégrité.

En effet, cet examen exige un climat de confiance entre médecin, famille et enfants. Ces praticiens soulignent la nécessité de mettre des mots justes sur cet acte sans risquer de créer de la méfiance chez les enfants à l'égard de leurs parents, sans stigmatiser les fillettes appartenant aux communautés qui pratiquent ces mutilations... ce qui exige beaucoup de temps. L'O.N.E. estime que

l'examen systématique des organes génitaux chez tous les enfants pourrait être repris (pour d'autres raisons que les mutilations génitales) à condition qu'il puisse se dérouler sur base volontaire et dans un contexte de confiance et de dialogue avec les familles.

L'accompagnement psychologique des filles mutilées leur pose question lorsqu'ils sont directement impliqués dans le contexte de dénonciation et de sanction pénale : tout accompagnement devrait impérativement se faire par une équipe multidisciplinaire compétente, formée et assurant un suivi dans des délais proches de l'examen. Ce suivi n'est actuellement pas envisageable dans l'organisation des équipes de promotion de la santé à l'école.

4. Le Conseil attire l'attention sur l'instrumentalisation du médecin vis-à-vis de la justice.

L'objectif du Plan d'action national en matière de lutte contre les mutilations génitales vise à leur abolition en les interdisant et en sanctionnant les responsables de ces pratiques. Même si un dépistage systématique des mutilations génitales peut avoir un caractère dissuasif auprès de certaines familles, le Conseil estime cependant que cette pratique impliquant la dénonciation des responsables de mutilations, pourrait compromettre gravement la mission de prévention dévolue aux services de santé.

Le Conseil estime que les nombreuses questions qui se posent, la confusion et l'ambiguïté des objectifs du dépistage, du rôle du médecin, des conséquences psychologiques méritent une recherche sociologique sérieuse avant de prendre certaines décisions.

Le Conseil préconise des actions de sensibilisation et d'information, ces actions impliqueront préférentiellement les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé en rapport avec les enfants et les familles (ONE, services PSE, centres PMS et centres de planning familial) en collaboration étroite avec les groupes de femmes et d'hommes africains qui visent à la suppression de ces pratiques (notamment le Gams).

Le Conseil recommande, qu'avant toute prise de position, la CIM interroge les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé chez les enfants, directement concernés par toute mesure de détection, à savoir l'ONE et les Services de Promotion de la santé à l'école. Le Conseil regrette que des représentants de ces secteurs n'aient pas été invités à participer aux travaux préparatoires au Plan.

La Présidente du Conseil,
Martine Bantuelle

Drogues - 4 affiches pour discuter les idées reçues

Le pôle d'éducation permanente d'Infor-Drogues propose quatre outils simples et efficaces, au look à la fois coloré et minimaliste, pour aborder les assuétudes avec un peu d'intelligence.

Au recto, elles questionnent des poncifs entendus tous les jours : « quand on commence la drogue, on ne peut plus s'arrêter », « parler des drogues, ça peut donner envie », « pour savoir si une personne se drogue, le mieux est de faire un test d'urine » et « si la loi n'interdit plus les drogues, tout sera permis aux jeunes ». On voit déjà ce que cela pourrait donner après un beau film à la télé...

Au verso, elles apportent des éléments d'information relatifs à l'idée reçue de manière à alimenter la question soulevée et permettre sa mise en débat. Ces éléments donnent la possibilité de nuancer les affirmations, de contrer les fantasmes par des données fiables, d'élargir les

points de vue par l'analyse et la réflexion, et donc de favoriser la mise à distance par rapport à ces idées reçues.

Il s'agit de permettre au public de mieux comprendre cette réalité de société pour agir de façon plus solidaire et plus responsable.

Chaque affiche propose également des pistes d'animation pour que ces questions soient abordées de façon critique et constructive.

Vous pouvez commander gratuitement ces affiches au service d'éducation permanente d'Infor-Drogues. Des rencontres-débats et des animations peuvent aussi être organisées autour d'elles.

D'autres outils sont aussi disponibles, voir la rubrique 'éducation permanente' sur le site www.infor-drogues.be.

Courriel :

education.permanente@infor-drogues.be.

Tél.: 02 227 52 55.



LU POUR VOUS

Equilibre, un magazine de santé pas comme les autres

Chaque mois, un regard critique sur des thématiques de santé, sans publicité, vous en rêviez ? Elle l'a fait ! Education Santé a rencontré pour vous Karin Rondia, rédactrice en chef du magazine Equilibre...

Education Santé : Parlez-nous d'Equilibre...

Karin Rondia : Equilibre est un mensuel de 48 pages dont les fils conducteurs sont 4 grands chapitres : 'santé', 'bien manger', 'bouger' et 'psychologie'. Ces sujets attirent un lectorat fidèle : environ 12.000 personnes y sont abonnées pour les 2 éditions, en français et en néerlandais.

ES : Si vous deviez décrire le magazine Equilibre en quatre adjectifs ?

K.R. : D'abord honnête et critique : nous n'y faisons aucune publicité et essayons de porter un regard critique sur les sujets que nous traitons.

Ensuite, accessible, « à la hauteur des yeux des gens » : nous ne simplifions pas à outrance, mais nous ne voulons pas non plus tomber dans un ton trop scientifique.

Et enfin convivial, car nous voulons que le magazine soit agréable à lire. Notre rigueur et notre sérieux ne sont pas synonymes d'austérité!

ES : Comment est venue l'idée de ce magazine ? Pourquoi et par qui a-t-il été créé ?

K.R. : Auparavant, il existait 3 lettres d'information (diététique, santé, science du sport) destinées aux professionnels de la santé, éditées par Biblo, une filiale non commerciale du groupe Roularta. Il y a deux ans, Roularta a choisi de fusionner les trois, d'y ajouter un volet psychologie et d'en faire un magazine adressé à un plus large public. Quand la version néerlandaise a été lancée, on m'a proposé de m'occuper du mensuel en français. J'ai accepté.

ES : Abordez-vous les mêmes sujets de la même façon dans les deux éditions ?

K.R. : La manière d'aborder la santé est culturellement assez différente au nord et au sud du pays, cela se ressent dans nos textes, bien sûr. Nous traduisons environ 50 % des articles, mais chaque traduction demande ensuite un gros travail d'adaptation.

A cause de leur passé de newsletters professionnelles, nos collègues néerlandophones avaient déjà un bon réseau dans les universités flamandes. Notre équipe francophone bénéficie également de contacts privilégiés avec les universités du sud du pays, c'est important pour notre crédibilité.



Karin Rondia

Mais nous tenons aussi beaucoup à donner la parole aux experts de terrain, en dehors des milieux académiques.

ES : Quel est le public visé par Equilibre ?

K.R. : Toute personne qui s'intéresse à sa santé et qui veut aller au-delà des messages véhiculés par la presse commerciale.

ES : Quel est son objectif ?

K.R. : Nous essayons de bien informer les lecteurs pour qu'ils puissent poser des choix de santé en toute connaissance de cause.

ES : Quelle est la philosophie du mensuel ?

K.R. : Je pense que l'absence de publicité est notre caractéristique essentielle ! La santé est un domaine intime, où chacun est vulnérable à bien des égards. Je ne pense pas uniquement aux messages commerciaux, qui ne sont pas toujours honnêtes, mais aussi à toute cette vague du 'mieux-être' à travers laquelle on nous 'vend' beaucoup de vent. Nous avons pris le parti de ne publier que des informations scientifiquement étayées. C'est un choix clair.

ES : Qui écrit pour Equilibre ?

K.R. : Principalement des journalistes indépendants spécialisés en santé, des collègues qui ont accepté de se lancer dans l'aventure avec moi. Je suis très fière de la qualité de cette équipe, solide et motivée.

ES : Comment les sujets sont-ils traités ?

K.R. : Nous privilégions une approche positive. Nous orientons nos articles de manière à ce qu'ils aient un intérêt pratique dans le quotidien des gens de tous âges, de toutes origines... Notre cheval de bataille, c'est la prévention : plutôt que de développer des articles encyclopédiques sur telle ou telle maladie, nous envisageons les différentes manières de se maintenir en bonne santé.

Quant à la forme des articles, elle est variée : textes détaillés, interviews, brèves...

ES : Où trouve-t-on le magazine ? Comment est-il distribué ?

K.R. : Il est en vente dans la plupart des librairies, mais l'essentiel de nos lecteurs sont des abonnés.

ES : Qu'est-ce qui différencie Equilibre d'autres magazines en lien avec la santé ?

K.R. : Concernant le contenu, nous essayons d'aller au fond des choses, de ne pas nous contenter d'informations superficielles. Pour ceux qui cherchent à aller encore plus loin,

Un défi de plus...

Karin Rondia a déjà fait un bout de chemin dans le secteur de la santé. Médecin de formation, elle a affiné son apprentissage du journalisme médical au fil de ses collaborations, en presse écrite d'abord, dans les pages *Sciences* de *La Libre Belgique*, puis dans l'audiovisuel avec l'émission *Parcours Santé* sur RTL-TVi. En 1994, elle quitte la chaîne privée pour la RTBF où elle crée l'émission *Pulsations*, qu'elle produit pendant 5 ans¹.

En 1999, elle reprend son statut de free-lance ; elle développe de nombreux projets et collaborations (notamment avec la Fondation Roi Baudouin ou le Centre fédéral d'expertise des soins de santé), jusqu'à ce début d'été 2006, où on lui propose de devenir rédactrice en chef d'un nouveau magazine, *Equilibre*. Elle se sent mûre pour passer à la vitesse supérieure et se lance avec enthousiasme dans l'aventure.

1 Grâce à la Collection Education pour la Santé de la Médiathèque, il est toujours possible de visionner de nombreux travaux de Karin Rondia pour la télévision (en VHS!). Voir à l'adresse www.lamediatheque.be/ext/thematiques/es/index.html

nous proposons des références à la fin de nos articles, fort appréciées par les enseignants, par exemple.

Pour la forme, nous avons voulu une mise en page plus calme, plus apaisante, aérée, colorée mais pas avec de gros titres flash et un nombre incalculable de brèves... Je pense que notre magazine est moins agressif sur le plan visuel que la plupart des autres, et pas seulement parce que plus de la moitié de leurs pages sont des publicités...

ES : Roularta est un grand groupe de presse, il édite de nombreux magazines. La promotion de la santé, est-ce « rentable » pour eux, surtout sans publicité ?

K.R. : Je suppose que si Roularta a lancé ce concept de magazine, c'est qu'il a quelque chose à y gagner, ne serait-ce qu'en image de marque... Plus sérieusement, s'il est rentable, c'est grâce aux abonnés, qui sont très fidèles. Ils permettent sa stabilité.

ES : Quels sont vos projets pour Equilibre ?

K.R. : J'aimerais créer une rubrique « interview » où l'on retrouverait chaque mois l'avis d'une personnalité de la santé sur une thématique donnée.

J'aimerais aussi développer davantage de dossiers de plusieurs articles autour d'une même problématique de santé, 3 ou 4 fois par an par exemple.

Enfin, ce mois-ci, *Equilibre* a deux ans. Une bonne occasion de rafraîchir notre look, ce sera chose faite d'ici peu !

Propos recueillis par **Carole Feulien**

Offre exclusive aux lecteurs d'Education Santé !

✓ 84 € pour 12 numéros (1 an)
ou
✓ 7 € par mois

3 NUMÉROS GRATUITS
A l'occasion du 2^{ème} anniversaire
du magazine Equilibre
Valeur : 23,85 €



Oui, je profite de cette offre exclusive du magazine Equilibre. En tant que lecteur d'Education Santé, je reçois **3 numéros gratuits**.

Remplir en majuscules s.v.p.

Nom : _____ Prénom : _____

Rue : _____ N° : _____ Bte : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Tél. : _____ E-mail : _____

Pour le paiement de mon abonnement, je choisis : (cochez la case de votre choix s.v.p.)

le virement : envoyez-moi un bulletin de virement pour le montant de 84 € (= 12 n°s/1 an)

la domiciliation : j'autorise Roularta Media Group/Equilibre de débiter mensuellement la somme de 7 €

de mon compte : _____ Date : ____/____/2008

Signature : _____

Numéro d'identification du créancier : 434.278.896

Offre valable jusqu'au 31/12/2008 pour de nouveaux abonnés en Belgique.

Equilibre est responsable du fichier contenant les données que vous nous fournissez. La finalité est de vous tenir informé de nos activités. Vous avez le droit de consulter ces données et d'en exiger la correction ou la suppression. Veuillez vous adresser à Biblio, Rue de la Fusée 50, bte 8, 1130 Bruxelles. Ces données pourront être mises à la disposition d'autres sociétés. Si vous ne le souhaitez pas, il suffit de cocher cette case:

3 façons de réagir

- Renvoyez le bon ci-contre dans une enveloppe non affranchie à : Equilibre, Service abonnements, Code réponse, DA 852-405-6, 1130 Bruxelles.
- Faxez-le au numéro gratuit 0800 17 778.
- Surfez sur <http://promotion.abonnements.be> et mentionnez votre code avantage personnel : 63A08YDI



Alcool

Bruxelles

5 novembre 2008

Le Groupe porteur 'Jeunes et alcool' vous invite à une Table ronde bruxelloise 'L'alcool chez les jeunes : qu'en est-il et qu'en faisons-nous ?'

Cette journée s'adresse aux acteurs bruxellois de la prévention des assuétudes, aux professionnels de la santé des jeunes ainsi qu'aux représentants des milieux de jeunes. Quatre types d'enjeux seront soulevés en atelier : éducatif, économique et législatif, culturel et sanitaire. Cela se passera de 9 à 16 heures au Centre culturel de Woluwé-St-Pierre, avenue Charles Thielemans 93, 1150 Bruxelles.

L'inscription est de 10 euros et inclut l'accueil, le repas de midi, les documents de travail et les actes de la journée.

Renseignements : univers-sante@uclouvain.be



Diabète

14 novembre 2008

La Fédération Internationale du Diabète (FID) organise la Journée mondiale du diabète, reconnue depuis 2007 comme Journée mondiale officielle par les Nations Unies. Cette journée est célébrée dans plus de 160 pays chaque année.

Ayant son siège en Belgique, la Fédération Internationale du Diabète (FID) y organisera une série d'activités en collaboration avec ses associations membres, l'Association belge du diabète (ABD) et la Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV).

Le symbole du diabète est un cercle bleu. A travers le monde, des bâtiments symboliques et des monuments s'illumineront en bleu en signe de soutien. L'an dernier, les Hôtels de Ville de Bruxelles et d'Anvers furent illuminés en bleu pour célébrer cette journée. Ils se sont associés à 277 autres monuments à travers le monde, notamment l'Opéra de Sydney, la Grande Roue de Londres, la Tour de Pise et l'Empire State Building. Vous pouvez consulter les photos des illuminations sur <http://www.flickr.com/photos/idf/sets/72157603772275638/>



En Belgique cette année, les monuments suivants ont d'ores et déjà accepté de soutenir la campagne en s'illuminant de bleu : l'Hôtel de Ville de Bruxelles, l'Hôtel de Ville de Gand, le Boekentoren de Gand, l'hôtel de Ville de Wavre.

De plus, la figure emblématique de Bruxelles, le Manneken-Pis, fera également partie des festivités. Le 14 novembre, il revêtira le costume de la Journée mondiale du diabète offert par la Fédération Internationale du Diabète et urinera pour l'occasion en bleu.

Plus d'infos sur www.worlddiabetesday.org

Obésité

Havré

20 novembre 2008

Dans le cadre des Midis Santé du Bois d'Havré, l'Observatoire de la santé du Hainaut organise une rencontre avec **Catherine Gelinne**, diététicienne CHU Ambroise Paré sur 'La prise en charge de l'obésité' - Expérience du Centre Poids & Santé du CHU Ambroise Paré et initiatives de prise en charge de l'obésité chez l'enfant en Communauté française (de 12h à 13h30). Lieu : Observatoire de la santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré (Espace rencontres - 2^e étage). Renseignements : tél. 065 87 96 00, fax 065 87 96 79, courriel : observatoire.sante@hainaut.be site <http://observatoiresante.hainaut.be>

Inégalités

Bruxelles

20 et 21 novembre 2008

« Ventre affamé n'a point d'oreilles » : l'aide alimentaire au cœur des inégalités. Colloque organisé à Bruxelles les par la FCSS-FCSSB.

Les associations de terrain font état d'une demande croissante d'aide alimentaire au sein de la population. Ce constat est corroboré par les chiffres de la Banque Alimentaire. Rien qu'à Bruxelles, on dénombre 90 organismes qui soit distribuent des colis alimentaires, soit proposent une épicerie ou encore un restaurant social.

L'augmentation des pratiques d'aide alimentaire ouvre un vaste champ de questions : *au-delà du travail social, les politiques sociales elles-mêmes sont interpellées dans leur capacité à réduire les inégalités. Mais plus fondamentalement, ce sont les logiques de production et de distribution des richesses qui sont mises en cause frontalement. L'accroissement de l'aide alimentaire est en effet avant tout un symptôme criant du développement de la grande pauvreté parmi les plus vulnérables d'entre nous.* Pour aborder ces thématiques, la FCSS-FCSSB invite différents intervenants à ouvrir un large débat au regard des résultats de la recherche menée sur le thème de l'aide alimentaire.

Renseignements : Fédération des centres de service social, rue Gheude 49, 1070 Bruxelles.

Tél. 02 223 37 74. Fax : 02 223 37 75.

Courriel : info@fcss.be. Site : www.fcss.be

Réduction des risques

Bruxelles

20 et 27 novembre 2008

Formation organisée par Modus Vivendi : présentation globale de la Réduction des Risques liés à l'usage des drogues, ses valeurs, principes et actions. Distinction des méthodologies utilisées dans le secteur toxicomanie en complémentarité ou parfois opposition avec la RdR.

Les objectifs en termes de compétences à atteindre : être capable de suspendre son jugement personnel quant aux usagers de drogues, de limiter la stigmatisation des usagers, analyser les différentes réponses qui s'offrent aux professionnels face à une situation (pas toujours problématique) de consommation avec des publics différents.

Les contenus : produits et classification, définitions des principaux concepts liés aux usages des drogues (triangle de Peeles, différents usages, dépendance, tolérance, plaisir, etc.), drogues et cerveau, problèmes de terrain (rechute, déni, deal, etc.), risques liés aux usages, les projets de Modus Vivendi, les outils utilisés en RdR.

Les méthodes : exercices en sous-groupes, jeux de rôle, jeux variés (exemples : quiz, vrai/faux), lectures, documentation et supports écrits, lectures demandées entre les journées de formation, etc.

PAF : 60 euros par personne. Lieu à déterminer.

Renseignements : Ariane Close, Responsable de projets, Modus Vivendi asbl, ariane.close@modusvivendi-be.org. Tél.: 02 644 22 00. Fax : 02 644 21 81. GSM : 0474 65 77 96.

Adolescence

La Louvière

21 novembre 2008

'Le corps des ados : objet ou sujet dans une société marchandisée', conférence, ateliers d'échanges et de réflexion, théâtre... organisés par le CLPS de Mons-Soignies.

Programme

09h00 Introduction

09h15 Conférence de **Annie Birraux**, auteur du livre

« Le corps adolescent »

10h45 Ateliers d'échanges et de réflexion théoriques

1. Ados & Pornographie

« Enquête sur la vie affective et sexuelle des jeunes scolarisés en Hainaut », Observatoire de la Santé du Hainaut, Service d'Informations Sanitaires

« Enquête sur les ados et le porno : présentation et pistes de réflexion », Latitude Jeunes secteur Jeunesse de la Mutualité Socialiste

2. Médias & Corps

« Médias et jeunes : quelques pistes pour entrevoir le rapport au corps », Unité de recherche en communication, Université Catholique de Louvain

3. Modifications corporelles

« Modifications corporelles (piercings, tatouages, scarifications, mode, etc.) : des moyens d'expression pour les jeunes ? », Annie Birraux, psychiatre et psychanalyste

13h30 De la réflexion à la construction d'un projet : présentation du groupe de travail « Le corps des adolescents, objet de consommation, dérives et esprit critique ? »

14h00 Ateliers d'échanges et de réflexion autour des pratiques de terrain (recherche de pistes de travail permettant d'aborder la thématique avec les jeunes)

1. Ados & Pornographie

« Les relations affectives et la vie sexuelle des adolescents : comment aborder la pornographie à travers les valeurs et le respect de l'autre », Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial

2. Médias & Corps

« Pubs, médias et ados : histoire d'un corps à corps : présentation de l'outil pédagogique « Love Opération » et réflexion sur l'image du corps des adolescents dans les

médias », Picardie Laïque asbl - Planning familial La famille heureuse - Coordination Femmes en marche
3. Modifications corporelles
« Modifications corporelles (piercings, tatouages, scarifications, mode, etc.) représentations et significations : comment en parler avec les jeunes ? », Centre Local de Promotion de la Santé de Mons-Soignies
16h30 Conclusion et représentation théâtrale autour de la thématique par la troupe du grenier du Centre de Jeunes Indigo à La Louvière
Lieu : Maison des Associations, Place Mansart, La Louvière
Renseignements : Aurélie Tison, clps.tison@skynet.be, 064 84 25 25. Site : www.clps-mons-soignies.be

Alcool

Tournai

25 novembre 2008

La Ligue des familles, Citadelle, Alto-SSMG, Canal J et Périscope organisent une conférence-débat « Les jeunes boivent... Tout le monde s'en fout ? », par **Martin de Duve**, Directeur d'Univers Santé, pilote du groupe porteur Wallonie Bruxelles « Jeunes et Alcool ». Programme (à partir de 19h30) :

- état des lieux de la consommation chez les jeunes;
- la pub : le lobby des alcooliers;
- la prévention - la réduction des risques;
- le rôle des parents, leurs outils.

Participation aux frais de 5 € (3 € pour les membres de la Ligue des familles, les moins de 25 ans, les personnes sans emploi...).

Lieu : Hôtel de ville de Tournai.

Renseignements : Citadelle, *Eléonore de Villers, rue de la Citadelle 135, 7500 Tournai.*

Tél.: 069 84 04 54 ou courriel : info@citadelle-asbl.org

Assuétudes

Bruxelles

26, 27 novembre et 3 décembre 2008

Prospective Jeunesse organise des formations interdisciplinaires sur le thème « Prévention des dépendances avec ou sans produits ». Elles sont destinées aux adultes qui entourent les jeunes ou tout professionnel concerné par la question des assuétudes. Prochaine session : 26, 27 novembre et 3 décembre 2008. Un quatrième jour de formation sera fixé avec les participants.

Renseignements, *Prospective Jeunesse, Damien Kauffman (coordinateur), chaussée d'Ixelles 144, 1050 Bruxelles.*

Tél. 02 512 17 66. Courriel : info@prospective-jeunesse.be.

Site : www.prospective-jeunesse.be.

Pollution intérieure

Bruxelles

28 novembre 2008

Bruxelles Environnement - IBGE organise, dans le prolongement du forum santé et environnement de 2000, un forum sur le thème de la pollution intérieure et de la santé le 28 novembre 2008 aux *Halles des Tanneurs*, dans les Marolles, au cœur de Bruxelles. Les débats porteront sur les outils pour soutenir les professionnels de la santé et les acteurs sociaux, les actions prévues pour améliorer les problèmes de santé liés à la pollution intérieure et la collaboration concrète entre les différents acteurs de terrain.

Renseignements : bco@ibgebim.be

tél : 02 775 77 73 - fax : 02 775 76 21.

Site : www.bruxellesenvironnement.be (rubriques « professionnels » et « formations et séminaires »).

Art et santé / Enfant

Saint-Vaast

28 novembre 2008

La Direction générale des affaires culturelles, Secteur des Animations et de la Formation des Cadres, organise une journée comprenant deux conférences :

- L'art et la santé, pour quoi faire ?**, par **Nam Tien Nguyen**. Le conférencier proposera une vision globale de la santé envisagée non seulement comme étant une absence de maladie mais comme correspondant à un état de bien-être tant physique que psycho-relational. Dans ce contexte, les modèles socioculturels qui guident nos comportements quotidiens ont une influence certaine sur notre santé et notre qualité de vie. Au-delà de cette approche, le conférencier s'appuiera sur des recherches empiriques pour montrer l'impact positif de certaines démarches éducatives et défendre les concepts d'art et de santé utilitaires.
- L'enfant mis sous pression**, par **Carlos Perez**. Sur base de contacts quotidiens avec des parents, des jeunes, des travailleurs socioculturels, Carlos Perez fait le constat accablant que beaucoup d'enfants présentés comme dysphasiques, dyslexiques, intravertis, timides ou à troubles oppositionnels sont en fait des enfants stressés. Tous, ou presque, sont en décrochage scolaire. Pour lutter contre l'échec scolaire et promouvoir le bien-être des enfants, Carlos Perez préconise de considérer l'être humain non seulement comme une ressource humaine mais comme un être social.

Cette journée est ouverte à tous (à partir de 18 ans).

Lieu : Centre de Dépaysement et de Plein Air de la Communauté française, rue Omer Thiriart, 232 à 7100 Saint-Vaast

Droit d'inscription : 25 € la journée (comprenant les conférences et ateliers, le repas du midi et les pauses café)
Inscription en ligne sur

<http://www.hainaut.be/culture/formationsdqac>

Renseignements : formations.dqac@hainaut.be,

tél. 064 31 28 20, fax 064 31 28 21.

Alimentation

Havré

11 décembre 2008

Dans le cadre des Midis Santé du Bois d'Havré, l'Observatoire de la santé du Hainaut organise une rencontre avec **Paulin Duchesne**, qui présentera ses recherches sur les dictons européens en rapport avec l'alimentation (elles ont fait l'objet d'une publication aux Presses Universitaires de Namur). Ce sera aussi l'occasion de se pencher sur la genèse d'expressions en rapport avec l'alimentation et la santé (de 12h à 13h30).

Lieu : Observatoire de la santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré (Espace rencontres - 2^e étage).

Renseignements : tél. 065 87 96 00, fax 065 87 96 79,

courriel : observatoire.sante@hainaut.be

site <http://observatoiresante.hainaut.be>

Seniors

Herstal

12 décembre 2008

Journée du Conseil médical de l'AIGS, qui aura lieu de 8h45 à 16h30 au Motorium, rue Saint-Lambert 84, 4040 Herstal.

Au programme, des exposés de **Marie-Thérèse Casman**, sociologue à l'Institut des Sciences humaines et sociales ULG (« Vieillir aujourd'hui : une chance, un risque ? »), du **D^r Grisard**, Faculté de médecine ULG, service de neurologie (« Bases neuro-anatomiques du processus de vieillissement »), du **D^r Nicolas Berg**, CAPAM, médecin spécialiste en gériatrie (« Maltraitance de la personne âgée ») et du **D^r Christian Neys**, Psychiatre (« Les territoires de la Mémoire »).

L'après-midi sera consacré à des ateliers.

Coût : 25 € (repas compris) à verser sur le compte 068-2205090-16 (en communication « AIGS journée médicale 12.12.08 »)

Renseignements : *Hélène Scarcotta.*

Courriel : service.documentation@aigs.be.

Tél.: 04 248 89 32. Fax : 04 248 48 12.

Handicap

Namur

A partir du 22 janvier 2009

L'Ecole de santé publique de l'UCL et le Département de psychologie des Facultés Notre Dame de la Paix proposent un Certificat interuniversitaire en intervention auprès des personnes en situation de handicap, de janvier à décembre 2009. L'enseignement sera organisé autour de 10 modules de deux jours (soit un jeudi et un vendredi consécutifs par mois) :

22 et 23 janvier 2009 - introduction à l'approche psychologique du handicap;

26 et 27 février 2009 - participation sociale et valorisation de la personne;

12 et 13 mars 2009 - aspects socio-économiques de la gestion des politiques relatives au handicap et de l'inclusion des personnes handicapées;

23 et 24 avril 2009 - utilisation des classifications du handicap dans le champ de l'intervention auprès des personnes handicapées : CIF, PPH;

14 et 15 mai 2009 - introduction aux méthodes et techniques nouvelles en réadaptation fonctionnelle;

4 et 5 juin 2009 - utilisation des TIC et techniques spécialisées en réadaptation fonctionnelle, et en intégration sociale et professionnelle;

10 et 11 septembre 2009 - promotion de la santé affective, relationnelle et sexuelle des personnes handicapées, y compris les programmes d'intervention;

8 et 9 octobre 2009 - politiques d'intégration des personnes handicapées, de la petite enfance à l'âge adulte;

5 et 6 novembre 2009 - méthodes et techniques d'accompagnement des personnes handicapées;

3 et 4 décembre 2009 - bientraitance et maltraitance : nouvelles perspectives dans l'éthique de l'intervention auprès des personnes handicapées.

Travaux pratiques ou stages.

Le certificat vaut 17 crédits. Chaque module peut être suivi indépendamment.

Les frais d'inscription sont de 1000 € pour l'ensemble de la formation (100 € par module). Les personnes inscrites à l'ensemble de la formation bénéficient du congé-éducation payé.

Lieu : FUNDP, Département de psychologie, rue de Bruxelles 61, 5000 Namur.

Inscriptions avant le 30 novembre 2008.

Renseignements et inscription :
Département de psychologie - FUNDP,
Professeur Michel Mercier, tél. 081 72 44 30,
courriel : michel.mercier@fundp.ac.be, site
www.fundp.ac.be/psycho.

École de santé publique - UCL, Cellule formation continue
- HOSP, Barbara Bodart, tél. 02 764 34 57, courriel :
formation-hosp@uclouvain.be, site www.hosp.ucl.ac.be.

Outil

Mille facettes

Comment parler des dépendances avec un groupe de jeunes ? Une question que de nombreux adultes se posent. L'asbl Nadja y répond avec un Guide et une démarche d'animation « Mille facettes ».

A l'origine de ce guide, un constat : les adultes se sentent souvent démunis pour parler de ce sujet avec les jeunes.

L'asbl Nadja, centre de documentation, de prévention et de traitement des dépendances, riche de trente ans d'expérience, reçoit chaque jour des adultes démunis qui lui communiquent ces préoccupations. Ces adultes espèrent obtenir auprès des experts des réponses définitives fondées sur un savoir à propos des risques des produits.

Pourtant, ces adultes sont les mieux placés pour ouvrir le dialogue avec ces jeunes. L'objectif de Nadja est de les amener à valoriser leur expérience et à devenir eux-mêmes acteurs de prévention. Dans ce but, elle a élaboré une démarche qui permet de jeter des ponts entre les générations.

« Mille facettes, parler des dépendances avec les jeunes » est un outil à la fois théorique et pratique. Il s'obtient au terme d'une sensibilisation pour les animateurs de « première ligne » (éducateurs, enseignants, infirmières PSE...) et d'une formation de formateurs pour les acteurs de « deuxième ligne » (centres spécialisés...).

Un réseau de partenaires formés à son utilisation organise aussi des sensibilisations régionales.

Nous reviendrons prochainement de façon détaillée sur ce très intéressant outil.

Asbl Nadja, rue Souverain Pont 56 à 4000 Liège.

Contact : Nicole Sténuît, Dominique Humblet, Anne-France Hubaux. Tél.: 04 223 01 19. Internet :
www.nadja-asbl.be

Appel à projets - enfance

Le huitième Prix Herman Houtman – d'un montant de 70.000 € – sera décerné en 2009, à l'occasion du 20^e anniversaire de la création du Fonds. Il récompensera une œuvre majeure, recherche-action et action, accomplie en Communauté française de Belgique et consacrée tout entière à l'enfance en difficulté.

L'ampleur de l'œuvre à récompenser devra être démontrée par l'importance des résultats obtenus en termes d'effets bénéfiques pour l'enfance en difficulté, que ce soit sur le plan de sa santé physique ou psychique, de son bien-être moral, psychosocial ou juridique.

Le Prix pourra être attribué à une personne physique, à une équipe ou à une personne morale, ayant réalisé la partie la plus significative de son travail en Communauté française. Son montant sera entièrement consacré à la poursuite de l'œuvre récompensée.

Le Fonds Houtman a décidé de décerner en outre en 2009, trois Prix exceptionnels de 7.500 € pour les enfants et les familles en difficulté.

Ces Prix exceptionnels récompenseront des initiatives développées autour de trois thèmes majeurs : le soutien à la parentalité, l'enfance handicapée et la réintégration des enfants malades dans leur milieu de vie.

Ils pourront être attribués à une personne physique, à une équipe ou à une personne morale, ayant réalisé la partie la plus significative de son travail en Communauté française. Le montant des Prix sera entièrement consacré à la poursuite des démarches récompensées.

Les trois Prix exceptionnels seront décernés en 2009, en même temps que le Prix Herman Houtman de 70.000 € pour l'enfance en difficulté.

Date limite pour le dépôt des candidatures (dans les 2 cas) : le **31 décembre 2008** à minuit. Règlements sur www.fondshoutman.be.

Pour toute information complémentaire :

Christelle Bornaauw, Communication Fonds Houtman (ONE), Avenue de la Toison d'Or 60 C, 1060 Bruxelles.
Tél.: 02 543 11 71. Fax : 022 543 11 78.

Publications

Santé cardio-vasculaire

L'Unité UCL-RESO publie un nouveau dossier technique intitulé « Quelles sont les bonnes pratiques en matière de promotion de la santé cardio-vasculaire ? ».

Comme dans de nombreux pays industrialisés, les maladies cardio-vasculaires constituent en Belgique la principale cause de mortalité et de morbidité. Celles-ci sont toutefois dans une large mesure « évitables ».

La Cap-Cœur, cellule d'appui au pilotage du plan communautaire opérationnel de la prévention et de la promotion de la santé cardio-vasculaire en Communauté française, a sollicité l'Unité RESO pour la réalisation d'un dossier technique sur les « bonnes pratiques » en termes de stratégie de promotion de la santé cardio-vasculaire pour différents milieux de vie et groupes de population.

Le dossier s'intéresse aux actions, stratégies et dispositifs mis en place en faveur de la promotion de la santé cardio-vasculaire. Il propose également quelques pistes et recommandations.

Le dossier est téléchargeable à l'adresse

<http://www.uclouvain.be/reso-dossiers.html>. Il peut aussi être commandé au prix de 12 € auprès du service de documentation RESOdoc, Karine Verstraeten, avenue Mounier 50, Centre faculté -1, 1200 Bruxelles.
Tél. +32-2-764.50.37 Fax +32-2-764.50.74.

Courriel : Karine.Verstraeten@uclouvain.be

Eduquer à l'environnement dans le primaire

Pour aider les enseignants à se lancer dans un projet « environnement », le Réseau IDée vient de publier un numéro spécial gratuit du magazine Symbioses :

« Eduquer à l'environnement dans le primaire ».

À travers l'expérience et le foisonnement d'idées d'une vingtaine d'écoles bruxelloises et wallonnes, ce numéro invite à oser se lancer dans un projet, sans être spécialiste en la matière. Il apporte les réponses aux questions posées par les enseignants eux-mêmes : comment et pourquoi se lancer dans un projet ? En suivant quelles étapes ? Faut-il s'y connaître ? Et comment composer avec les réalités de l'école ?

Véritable guide des bonnes pratiques, il est complété par des références d'adresses, de documents pédagogiques et de campagnes publiques. Ce numéro s'adresse essentiellement aux acteurs de

l'enseignement primaire (enseignants, directeurs...). Réalisé par le Réseau IDée (Information et Diffusion en éducation à l'environnement), ce Symbioses hors série est le fruit de l'Accord de coopération en éducation relative à l'environnement (ErE) entre la Région wallonne et la Communauté française visant à promouvoir l'ErE. Un exemplaire a été distribué dans toutes les écoles primaires francophones de Belgique. Il est également possible de l'obtenir gratuitement auprès du Réseau IDée (02 286 95 70 - info@symbioses.be), de la Région wallonne (DGARNE - 081 33 50 80) et de la Région bruxelloise (Bruxelles Environnement - 02 775 75 75). Il est aussi téléchargeable sur le site www.symbioses.be
Réseau IDée asbl, rue Royale 266, 1210 Bruxelles.
Tél.: 02 286 95 70. Fax : 02 286 95 79.

Internet : www.reseau-idee.be

Médias et petite enfance

Catherine Fonck, Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la jeunesse en Communauté française en appelle à la vigilance des parents concernant « Baby TV ». Diffusée par Belgacom TV à Bruxelles et en Wallonie, cette chaîne cible les jeunes enfants âgés de six mois à trois ans et émet en continu, jour et nuit, depuis la Grande-Bretagne.

La Ministre estime que « Baby TV » peut s'avérer néfaste si les très jeunes téléspectateurs la regardent trop longtemps. Les spécialistes pensent qu'un enfant de moins de trois ans qui regarde la télévision jouit notamment d'un vocabulaire moins riche que les autres. Catherine Fonck rappelle qu'un enfant a d'abord besoin d'interlocuteurs plutôt que d'un écran de télévision. C'est pourquoi, elle appelle les parents à contrôler le temps que leur progéniture passe devant les écrans en général (télévision, Internet, jeux vidéos), ce qui passe par une réelle éducation aux médias.

En plus de solliciter l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé, la Ministre compte également demander à Fadila Laanan, Ministre de l'Audiovisuel en Communauté française d'obtenir l'avis du Conseil supérieur de l'Audiovisuel (CSA).

Enfin, à la demande de la Ministre, l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) diffuse des brochures préventives (« L'enfant et la télévision » et « Le sommeil de votre enfant »), et les agents de l'ONE mettent plus que jamais les parents en garde sur les méfaits d'un usage abusif de télévision lors de leurs visites à domicile.

Communiqué par la Ministre Catherine Fonck

www.educationsante.be

Visitez notre site internet! Nous y avons stocké en texte intégral plus de 1000 articles parus dans la revue depuis le n° 155 en janvier 2001. Vous pourrez y trouver un article en cherchant par nom d'auteur, par numéro de parution, par rubrique, et par mots présents dans le texte (un ou deux mots, ensemble ou s'excluant l'un l'autre). Simple et efficace... Vous y trouverez aussi un agenda mis à jour toutes les semaines.

La santé un défi pour les étudiants

Repères sur la santé des étudiants, *Annick Louvel*
Mal-être des étudiants : ce que nous apprennent leurs mutuelles, *Annick Louvel*

Baromètre santé de l'INPES : produits psychoactifs et santé mentale, *François Beck et Stéphane Legleye*
Créer des centres de santé pour les étudiants, *Camille Gallap*

A quand de véritables services de santé dans les universités ?, *Laurent Gerbaud, Marie-Ange Grondin, Anne Perrève*

Difficultés socio-économiques : des conséquences sur la santé et les études, *Sandrine Broussouloux*

« Nous sommes confrontés à des étudiants en grande précarité », *Maryse Thibon*

Accueil des étudiants handicapés : les universités inégales, *Yves Géry*

Nancy se préoccupe de l'accueil des étudiants handicapés, *Sandrine Broussouloux*

Mutuelle des étudiants : prendre en compte le handicap, *Nicolas Souveton*

Education pour la santé des étudiants : quelques règles essentielles, *Claude Terral*

« Ouvrir des maisons de santé pour les étudiants », *Delphine Bouenel*

« La médecine préventive doit être ouverte à tous les étudiants », *Claire Guichet*

Les Crous souhaitent réduire les inégalités sur les campus, *Denis Lambert*

« La promotion de la santé des étudiants est prise en compte par la Région Rhône-Alpes », *Thierry Philip*
Pour en savoir plus, *Olivier Delmer, Céline Deroche*

Rubriques

Aide à l'action

Relais santé : l'accueil des personnes en situation de précarité, *Fabrice Bretel, Myriam Roche, Marie-Pierre Rouvert*
A Chalons-sur-Saône, des lycéens relais formés à la prévention du sida, *Olivier Frégaville*

Enquête

Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida, *Nathalie Lydié*

« Adapter la prise en charge à la situation socio-économique des migrants », *Olivier Frégaville*



La santé à l'école

Un programme de prévention de la maltraitance en école primaire, *Sophie Asselineau, Martine Aioutz*

La santé en chiffres

Baromètre santé 2005 : enquête sur la santé des Français, *François Beck*

Des substances psychoactives au mal-être des adolescentes : focus sur quelques résultats, *François Beck*

Cinésanté

Des nouvelles d'ici bas : un autre regard sur les SDF (François Royet), *Marie Paulen et Alain Douiller*

Lectures - outils

Olivier Delmer, Eve Gazzola, Fabienne Lemonnier

L'abonnement à *La Santé de l'Homme* (6 numéros par an) est de 28 € pour la France métropolitaine et de 38 € pour la Belgique.

Pour tout renseignement : *La Santé de l'Homme, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 42 Bd de la Libération, F-93203 Saint-Denis cedex. Tél. 1 49 33 22 22. Fax 1 49 33 23 90.*

Internet : www.inpes.sante.fr

Avis aux impatientes

Vous pouvez prendre connaissance d'*Education Santé* une quinzaine de jours avant sa parution. Pour cela, il vous suffit d'envoyer votre adresse électronique à education.sante@mc.be.

Vous recevrez alors la revue avant le 25 du mois précédent la date de parution. Elle vous sera envoyée au format PDF.

Pour rappel, les articles sont mis en ligne sur www.educationsante.be vers le 20 du mois indiqué sur la couverture.

Merci de nous prévenir si vous souhaitez supprimer votre abonnement postal par la même occasion.

Sommaire

Initiatives

Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé, par *Olivier Gillis et Raf Mertens* 2

Les médias, freins ou leviers pour les consommations à risque ?, par *Véronique Janzyk* 9

La médiation hospitalière, par *Colette Barbier* 10

Réflexions

Partenariats public/privé : se poser les bonnes questions, propos de *Philippe Lecorps* recueillis par *Serge Canasse* 12

Stratégie

Stratégie génitales, par *le Conseil supérieur de promotion de la santé* 13

Matériel

Quatre affiches pour discuter les idées reçues à propos des drogues 15

Lu pour vous

Equilibre, un magazine de santé pas comme les autres, propos de *Karin Rondia* recueillis par *Carole Feulien* 15

Brèves

17

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique, 50 € pour 22 numéros pour l'étranger. Paiement par virement bancaire sans frais.

RIB : GKCCBEBB. IBAN : BE 60 7995 5245 0970. Si paiement par chèque, ajouter 20 € pour les frais bancaires.

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

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

Secrétaire de rédaction adjoint : Catherine Spièce (02-515 05 85, catherine.spiece@mutsoc.be).

Collaboratrice : Carole Feulien.

Journalistes : Colette Barbier, Carole Feulien.

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, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Colette Barbier, Benoît Dadoumont,

Christian De Bock, Alain Deccache, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Roger Lonfils, Karin Rondia, Paul Sonkes, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Thierry Poucet.

Editeur responsable : Jean Hermesse, chassée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2.800 exemplaires.

Diffusion : 2.600 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Education 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 *Education Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires : Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 48 51. Fax : 02-246 49 88 (indiquer

ANMC-Education 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 seront prochainement disponibles sur notre site www.educationsante.be (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site adhère à la Plate-forme www.promosante.net.

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique Département de la Santé.