

Des bénévoles à l'écoute sur le net en pages **10 à 12**

Leur savoir s'autorégule-t-il avec sagesse ?

Bien que des dérives soient déplorées dans leurs pratiques commerciales, les alcooliers ont généralement conscience des exigences légales de la protection des consommateurs. Mais la législation sur la question est très floue, peu connue et donc peu respectée.

Aujourd'hui, la pression des lobbies « alcool » freine considérablement la mise en place d'une législation claire et contraignante, principalement en matière de pratiques commerciales.

Ils ont privilégié la piste de l'autorégulation. Mais est-elle efficace ? Protège-t-elle réellement le jeune consommateur ?

Dans les pays voisins, la publicité pour l'alcool est souvent encadrée, la Belgique se caractérisant par une absence quasi totale de réglementation. Seule la loi du 24 janvier 1977, modifiée en 1997, habilite le Roi à prendre des mesures limitant ou interdisant la publicité pour l'alcool. C'est pourquoi en 2005 le Ministre fédéral de la santé publique a souhaité, en collaboration étroite avec les secteurs concernés, réfléchir à la question. Depuis mai 2005, une convention privée (voir encadré) est conclue entre les fédérations (bières, vins et spiritueux), le secteur de la distribution, le secteur Horeca, les consommateurs et le Jury d'éthique publicitaire.

La convention propose une série de mesures intéressantes, mais elles restent floues et peuvent donc être facilement contournées ou réinterprétées. Des exemples de détournement, voire de non-respect de la convention, restent encore très fréquents.

Mais la principale dérive réside dans le système même de convention privée. En effet, la manœuvre stratégique qui consiste, pour les secteurs de la production, de la distribution et de la publicité, à élaborer des codes de bonne conduite de manière à éviter, sciemment, l'adoption d'une loi permet finalement de contourner facilement ce qui ne sont que des recommandations dénuées de force contraignante.

Et qu'en est-il de l'indépendance de l'organe de contrôle ? Le Jury d'éthique publicitaire (JEP) est constitué lui-même des annonceurs, des publicitaires et des médias. Il est donc juge et partie. Comme le souligne le CRIOC¹, « consommateurs, producteurs et distributeurs doivent être conscientisés à l'importance du « contrôle social » (et donc public) sur la vente et la consommation des produits alcoolisés. Croire que le marché pourra mieux s'organiser par l'autorégulation relève de l'utopie ou de la mauvaise foi. Tous les systèmes

¹ CRIOC, 2004, Réglementer la publicité pour les alcools : une demande des organisations de consommateurs, Du Côté des Consommateurs, n° 166.



Un exemple récent de détournement de la convention.

économiques montrent qu'en absence de régulation par les pouvoirs publics, les intérêts individuels entrent en conflit et que des distorsions se créent entre les acteurs. Ainsi, les codes de conduite (ou conventions privées) ont montré plus d'une fois leurs limites ».

Que dit la convention ?

Concrètement, le texte, dont le contrôle de l'application se fait par le Jury d'éthique publicitaire, comprend une série de dispositions relatives aux jeunes mineurs d'âge :

- la publicité pour les boissons alcoolisées ne peut cibler les mineurs d'âge, ni par son contenu ni par son mode de communication ;
- elle ne peut, en particulier, représenter des personnes qui sont ou qui semblent être des mineurs d'âge consommant ces boissons ;
- elle ne peut inciter les mineurs d'âge à acheter ou à consommer des boissons alcoolisées en abusant de leur manque d'expérience ou de leur crédulité ; ni mettre en scène des mineurs ou toute personne en ayant l'apparence ;
- elle ne peut établir de lien permettant de croire que la consommation de boissons alcoolisées est une preuve de maturité ;
- il est interdit de distribuer (ou de faire distribuer) ou d'offrir gratuitement, ou à un

prix symbolique des boissons contenant de l'alcool à des mineurs d'âge, ou encore de procéder à des dégustations destinées spécialement aux mineurs d'âge.

De façon générale, le texte dispose que la publicité pour boissons alcoolisées ne peut pas :

- inciter ou encourager une consommation irréfléchie, exagérée ou illégale ;
- donner une image négative de l'abstinence ou de la sobriété ;
- développer d'argument qui fait état d'un effet favorable de la consommation d'alcool pour prévenir ou combattre des problèmes physiques, psychologiques ou sociaux ;
- suggérer que la consommation d'alcool mène à la réussite sociale ou sexuelle – bien qu'elle puisse évoquer une ambiance agréable ou conviviale associée à la consommation de l'alcool ;
- susciter l'impression que la consommation de ces boissons permet d'affronter le danger avec succès ;

- suggérer que la consommation de boissons contenant de l'alcool influence positivement les performances sportives.

Par ailleurs, des mesures en matière de distribution sont prises :

- les boissons contenant de l'alcool doivent clairement être commercialisées comme des produits alcoolisés et éviter toute confusion, notamment dans le chef du consommateur mineur d'âge, si possible par une séparation physique ;
- la vente de boissons contenant de l'alcool ne peut pas s'effectuer via des distributeurs automatiques dans ou à proximité des écoles primaires et secondaires, des locaux de clubs de jeunes et de mouvements de jeunesse ainsi que des endroits où les mineurs se réunissent. Il peut être dérogé à ce principe si des moyens technologiques empêchent les mineurs d'acheter des boissons contenant de l'alcool.

Le jeune mineur est-il une cible directe ?

La Convention indique que la publicité pour les produits alcoolisés ne peut s'adresser aux mineurs ni présenter des mineurs consommant ces produits. La compréhension de la fonction publicitaire dépend en effet des capacités de perception et de l'âge. Les plus jeunes distinguent mal l'information et la publicité et ils s'attachent aux éléments d'exécution (visuel, couleur, animation). Ils se projettent dans le monde des adultes auxquels ils veulent ressembler et qu'ils imitent. Comme les mineurs ont accès à l'ensemble des messages publicitaires en dehors des émissions qui leur sont destinées, c'est toute la publicité qui doit être réfléchiée en fonction du souci de protection des mineurs.

Faut-il interdire toute publicité pour les boissons alcoolisées ?

Le problème n'est pas la publicité en soi, mais ses excès (de forme ou de contenu) qui incitent à la surconsommation ou heurtent l'éthique. De plus, la quantité et les fréquences excessives des messages publicitaires dans notre société en général constituent une pression constante sur les jeunes.

Selon **Lian Verhoeven**, responsable de la communication extérieure chez Inbev (premier producteur mondial de bières), « *il ne faut pas légiférer davantage parce que cela aurait un effet contre-productif. L'opinion publique y est opposée, des expériences à l'étranger montrent ces effets négatifs, l'autorégulation du secteur suffit* ». Mais force est de constater que les codes ont leurs limites, que le contrôle est assuré par un organe partisan, que les dérapages restent très fréquents, et que les caractéristiques du produit et ses effets sur la santé relèvent aussi du domaine public.

Pour le CRIOC, comme pour le Groupe porteur « Les jeunes et l'alcool », une solution (parmi d'autres) serait de réguler la publicité à travers la création d'un observatoire de la publicité qui serait totalement indépendant et dont les activités feraient indirectement pression sur les producteurs, et de légiférer en matière de pratiques commerciales.

Pour réguler la communication commerciale, il faut appliquer une législation précise qui identifie toute communication publicitaire ou marketing et la sépare d'un contenu éditorial. Les règles en matière d'exposition et de durée devraient être précisées et simplifiées. Plutôt que de ne réglementer que le contenu de la publicité, ne serait-il pas plus efficace d'autoriser la publicité en fonction des lieux de diffusion ? Seuls les lieux interdits aux mineurs diffuseraient de la publicité pour des produits et services réservés aux adultes et les lieux « enfants admis » ne pourraient diffuser que les publicités dont la vente des produits est autorisée aux mineurs.

Enfin, la régulation des techniques publicitaires doit s'élargir à l'ensemble des médias. La créativité publicitaire et le marketing ne peuvent plus aujourd'hui faire l'impasse sur l'éthique, le développement durable et le respect d'autrui. Le modèle scandinave l'a bien compris en supprimant la publicité à destination des jeunes enfants. La régulation devrait dès lors porter sur les éléments d'exécution de la publicité en ajoutant aux interdictions des contraintes complémentaires. Et si le secteur ne change pas de politique commerciale, une mesure d'interdiction de publicité, à l'instar du tabac, devrait être envisagée. Donner aux messages commerciaux un caractère vrai, vérifiable, non manipulable : un mode opératoire officiel devrait être respecté de façon à standardiser les messages afin de limiter l'influence de

la publicité et du marketing sur la consommation. Plus de contrôle public est nécessaire, mais les enjeux se situent également au niveau européen, il ne faut pas le perdre de vue. Par ailleurs, l'adoption de règles trop strictes pourrait apporter des effets contre-productifs : rejet des mesures par l'opinion publique ; apparition de stratégies de détournement par le secteur et déplacement de la problématique vers le sud (à l'instar des cigarettiers) ; affaiblissement des petites marques mais renforcement des marques bien implantées sur le marché. Il faut dès lors anticiper ces phénomènes.

Aujourd'hui, alors que l'éthique revient au premier plan dans le monde économique, ne parle-t-on pas de Corporate Social Responsibility (responsabilité sociale de l'entreprise), ne

Les limites de l'autorégulation et le rôle des pouvoirs publics

La responsabilité sociale de l'entreprise (RSE) prend en compte les questions adressées à celle-ci par les acteurs externes. L'entreprise doit participer au développement durable de la planète aux côtés d'autres acteurs (pouvoirs publics, consommateurs, citoyens) par des actions de prévention et de précaution à l'égard des dommages environnementaux et des problèmes sociaux, et par des actions positives envers la société civile. L'éthique de la responsabilité est associée au devoir de s'intégrer et d'être responsable dans le contexte de société dans lequel elle mène ses activités. En apportant des réponses aux exigences du marché, l'entreprise se redéfinit dans sa légitimité citoyenne et dans son efficacité économique. Cet engagement social et environnemental est devenu inévitable face aux pressions sociales. Il se traduit le plus souvent par l'adoption d'un code de conduite.

Les entreprises sont appelées à répondre de leurs actes auprès des actionnaires (les shareholders) mais aussi auprès des employés, des clients, des représentants de la société civile (les stakeholders ou parties prenantes). Dans les années 90, cette « culture de l'intégrité » s'est généralisée à tous les secteurs d'activité car les entreprises y ont trouvé plusieurs avantages substantiels : devancer et désamorcer de nouvelles réglementations, s'adapter en souplesse aux exigences du marché, bénéficier des fruits de la mondialisation contre quelques engagements envers la société.

Mais peut-on parler de responsabilité lorsque les bases institutionnelles des actions menées par les entreprises sont faibles ou inexis-

tantes ? L'absence de politique globale et coordonnée handicape le mouvement de la RSE car les actions mises en œuvre ou proposées sont prises au cas par cas et elles agissent isolément plutôt que sur des processus et sur des fonctions collectives.

Pour les organisations de consommateurs, l'intervention des pouvoirs publics est un gage de reconnaissance de normes de protection harmonisées, élevées et ayant une portée large. Les codes de conduite ne sont pas adaptés lorsque des droits fondamentaux comme la protection de la santé sont en jeu.

Les codes prennent en compte les seules questions pour lesquelles les entreprises acceptent d'agir, ce qui rend l'action publique dépendante de celles-ci et réduit considérablement les ambitions d'une approche globale et intégrée des problèmes que rencontrent les consommateurs. En outre, la disposition des entreprises à agir est mince si les pouvoirs publics réservent peu d'attention à ces problèmes.

Les codes de conduite sont nécessaires pour faire valoir les valeurs que les entreprises entendent respecter et pour que les parties prenantes puissent s'y référer. Mais ils présentent certains problèmes d'efficacité juridique dont les principaux sont la diversité des moyens de contrôle et très souvent l'absence de sanctions.

Enfin, la grande hétérogénéité des positions selon les alcooliers rend difficile toute tentative de dégager une vue cohérente.

Nadine Fraselle



conviendrait-il pas de s'interroger sur l'autorégulation et ses limites, sur la volonté du monde de la publicité de s'octroyer un permis de créer sans réserve, sans règles autres que celles qu'il se donne lui-même, au nom de la liberté ?

La co-régulation, voie vers la sagesse ?

L'autorégulation a ses limites, tout comme la régulation publique. La solution se trouve probablement à la croisée des chemins : la co-

régulation. Il s'agit d'un système moderne du contrôle public, souple, participatif mais rigoureux où l'on retrouve tant les experts du secteur que les politiques et les acteurs de la société civile.

Le champ de la co-régulation ne doit pas se limiter à la publicité mais bien s'étendre à l'ensemble des pratiques commerciales. Cet organe de co-régulation devrait être structurel. Ses procédures de fonctionnement devraient être claires, précises et transparentes. Elles devraient produire des résultats effectifs et mesurables. De plus, à contrario du contrôle actuel, l'analyse et la régulation des pratiques commerciales devraient être faites en amont, avec l'approbation de l'organe de co-régulation comme condition sine qua non pour la diffusion.

Autorégulation, régulation publique, co-régulation ? Si la question était simple, elle aurait été résolue depuis longtemps... Il nous semble cependant que la co-régulation pourrait être la voie vers une solution moderne, dynamique et efficace.

Martin de Duve, Univers santé, avec la collaboration de **Nadine Fraselle**, Centre Entreprise-Environnement de l'Institut d'Administration et de Gestion de l'UCL, et de **Marc Vandercammen**, directeur du CRIOC
Extrait de 'Les publicitaires savent pourquoi - Les jeunes, cibles des publicités pour l'alcool', Les Dossiers de l'éducation aux médias n°3, Média Animations, 2007.

Le dopage en Communauté française

La lutte contre le dopage en Communauté française a son « décret du 8 mars 2001 relatif à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention en Communauté française ».

Ce décret se voulait un outil permettant de jeter les bases d'une prévention du dopage en amont du phénomène pointu et circonscrit de la pratique sportive professionnelle. Ainsi, il prévoyait non seulement des contrôles lors de toute manifestation sportive (y compris les séances d'entraînement), mais aussi de pouvoir contrôler toute personne amenée à faire du sport, les amateurs comme les professionnels.

Si cette pratique pouvait ressembler à un « flitage » des amateurs (un joggeur du dimanche était susceptible de se faire contrôler inopinément, au même titre qu'un sportif professionnel), il faut se rappeler que la précédente législature avait assorti cet aspect d'une autre

approche : la distribution de brochures de prévention du dopage aux fédérations sportives, aux organismes responsables de la formation des kinésithérapeutes, médecins du sport et

professeurs d'éducation physique ou encore dans les établissements de sport-école.

Aujourd'hui, ces pratiques sont abandonnées. Le ratio des contrôles amateurs/professionnels

Tableau 1 - Substances détectées en Communauté française

Substance	2004	2005	2006
Stimulants	16	6	11
Narcotiques	1	2	0
Cannabis	39	19	27
Stéroïdes anabolisants	16	7	5
Corticostéroïdes	5	12	1
Hormones	1	0	2
Bêtabloquants	2	3	0
Bêta-2-agonistes	3	6	7
Diurétiques	1	1	1
Refus	13	8	2



Photo © Fotolia

a été inversé dès mai 2005 (de 85 % - 15 % à 15 % - 85 % *a minima*) car le ministre des sports de l'époque¹, **Claude Eerdekens** a estimé devoir se concentrer sur les professionnels, beaucoup plus exposés selon lui à la pratique du dopage². Par ailleurs, on ne distribue plus non plus de brochures de prévention dans les organismes pré-cités.

Le ministre des sports disait rechercher une valeur d'exemple en contrôlant presque exclusivement les professionnels. De fait, ceux-ci sont beaucoup plus « en vue » (ou faut-il dire « au pilori ») que les amateurs. Cependant, les sportifs professionnels sont bien plus informés en matière de contrôles que les amateurs : entourés d'un staff de professionnels parfois aveuglés

par le profit, ils sont aussi plus à même de « biaiser » les tests.

Quant au mode d'intervention précédent (la distribution de brochures de prévention du dopage), n'eût-il pas gagné à être évalué sur le moyen terme ? En effet, ces brochures n'ont été distribuées que durant une petite année (en 2004). Or, leur action s'apparente plus à une course de demi-fond qu'à un 100 mètres...

Quatre ministres dans les starting blocks!

Il faut dire que les compétences des ministres impliqués dans la lutte contre le dopage ont été redistribuées depuis le décret du 8 mars 2001. En effet, lors de la précédente législature, la ministre en charge de la santé était également responsable des contrôles. Or, suite au changement de gouvernement de la Communauté française, les nouveaux arrêtés de compétence des ministres ont attribué la responsabilité de la « prévention du dopage » (brochures...) et des contrôles au seul ministre

des sports, tandis que la « promotion de la santé dans la pratique du sport » est l'apanage de la ministre de la santé, **Catherine Fonck**. Celle-ci, par le biais de la « Cellule dopage » de la Communauté française, a mis en chantier la compilation des réglementations médicales des différentes fédérations sportives. Les indications et contre-indications à la pratique d'un sport sont également de son ressort.

On dirait donc que la ministre de la santé s'éloigne du dopage, qui tombe dans l'escarcelle du ministre des sports³. Ce dernier semble avoir mis le cap sur des mesures répressives plutôt que préventives au sens où l'entend habituellement le secteur socio-sanitaire.

Qu'en est-il de la région bruxelloise ? Ne possédant pas de législation propre, celle-ci s'est dotée, via ses ministres compétents, d'un projet d'ordonnance déléguant les contrôles à

1 Remplacé en juillet 2007 par **Michel Daerden**

2 La Cellule dopage déclare que cette proportion est allée jusqu'à 90 % de contrôles chez les pros pour 10 % chez les amateurs, mais sans jamais supprimer entièrement ces derniers, contrairement à ce qu'a annoncé la presse (voir à ce sujet « La Meuse » du 07 juillet 2006).

3 La ministre n'a d'ailleurs pas pris de mesure spécifique en termes de promotion d'une pratique sportive saine et de lutte contre le dopage.

effectuer sur son territoire aux communautés flamande et française. Ce même projet d'ordonnance vise à créer un cadre pour des campagnes éducatives, d'information et de prévention pour une pratique saine du sport. En effet, selon les ministres compétents à Bruxelles (**Vanhengel** et **Cerexhe**), il faut envisager la possibilité d'organiser des campagnes afin de déconseiller aux sportifs amateurs la consommation de produits visant à améliorer leurs performances.

Cela dit, à l'heure de la rédaction de ces lignes, l'ordonnance n'a toujours pas été proposée au parlement de la Région bruxelloise, et les campagnes envisagées n'ont pas vu le jour.

Est-il suffisant de se limiter aux contrôles (en « aval » du processus qui mène à se doper) sans trop se préoccuper en apparence de la promotion de pratiques saines (en « amont » du même processus)? C'est ce qui semble se profiler en Communauté française et en Région bruxelloise.

Les contrôles en eux-mêmes ont sans doute valeur de garde-fou, de garant de l'interdit.

Mais si on élargit le débat à d'autres drogues, on peut citer le constat évoqué par la FEDITO bruxelloise à l'occasion de la journée « cannabis » : la dernière enquête ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs) concluait à l'inefficacité de la seule répression aux fins de réduire la demande de drogues, certains pays plus répressifs (France) connaissant même une demande plus forte (dans l'exemple du cannabis) que les pays plus libéraux (comme les Pays-Bas)⁴. Il vaut donc mieux éduquer, en plus de réprimer.

Relevons enfin un étrange mélange des genres auquel on assiste lors des contrôles anti-dopage, puisque l'Association Mondiale Anti-dopage a inscrit le cannabis sur la liste des substances interdites dans le sport. Du coup, la majorité des

4 ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs) : enquête transversale en milieu scolaire dans 30 pays européens. Il en ressort que des pays appliquant une politique de tolérance présentent des taux de consommation moindres que ceux de pays appliquant un politique plus répressive. Cité in Actes de la journée Cannabis. FEDITO bruxelloise. Janvier 2005, p8.

contrôles anti-dopage positifs en Communauté française le sont au carboxy-THT, substance qui révèle l'usage de cannabis. Outre le fait que la tentation peut exister pour certaines autorités de profiter de cette zone de repérage possible de consommateurs de cannabis, on peut s'interroger sur la pertinence de l'inclusion de ce dépresseur (plutôt calmant, relaxant) dans la liste des produits dopants (plutôt stimulants). Question que n'a d'ailleurs pas manqué de se poser explicitement le Ministre Eerdeken⁵...

Miguel Rwubusisi, Eurotox, Observatoire socio-épidémiologique Alcool-Drogues en Communauté française

Adresse de l'auteur : Eurotox, avenue Emile de Béco 67, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02 644 22 00 - Fax : 02 644 21 81.
Courriel : eurotox@skynet.be,
site : <http://www.eurotox.org>

5 « La Meuse » du 07 juillet 2006.

Le risque cardio-vasculaire global : des outils pour chaque étape

Dans son précédent article¹ sur la promotion de la santé cardio-vasculaire, le Dr Jean Laperche rappelait le rôle central du médecin généraliste. Il est un « scientifique de proximité » qui peut conseiller son patient dans cette démarche de promotion d'une meilleure santé cardio-vasculaire. Mais comment aborder le patient dans ce côté préventif alors que le médecin généraliste est déjà débordé par les soins curatifs ?

Au quotidien, le médecin généraliste a déjà une approche globale du patient, tant médicale que sociale. Il connaît le contexte de vie de celui-ci. C'est un premier point. Il peut aussi aborder les autres questions (tabac, alimentation, exercice physique...) qui lui permettront de mesurer avec le patient son risque cardio-vasculaire global.

Cela peut se faire en 3 étapes² : dépistage, détermination du risque et prise en charge. Mais

comment insérer cette démarche préventive dans un quotidien fait surtout de consultations à visée curative ? Pour ce faire, nous vous pro-

Cette recherche-action est conçue et réalisée par et pour des généralistes rassemblés au sein de l'asbl Promotion Santé et Médecine générale, née d'un partenariat entre la SSMG et la Fédération des maisons médicales et créée à la suite du projet. Elle continue toujours en 2007 : affiche pour la salle d'attente, documents pour les patients, cadastre des ressources locales pour l'accompagnement des patients présentant un risque cardio-vasculaire, formation et discussion de cas de suivi de patients à risque cardio-vasculaire identifié.

Des interventions et les prémisses d'un travail en partenariat avec des associations actives en promotion de la santé sont prévues aussi cette année.

Le présent article s'adresse aux médecins généralistes, mais toute personne appréciant l'effort de la première ligne pour changer de paradigme le lira aussi avec profit!

posons un petit mode d'emploi d'outils de communication faits par des généralistes pour des généralistes.

Proposer le dépistage!

« Je suis convaincu de l'utilité du dépistage cardio-vasculaire, mais est-ce que je ne risque pas de l'ennuyer, ce patient qui vient pour tout autre chose que sa santé cardio-vasculaire ? » « Pas toujours le temps d'expliquer l'utilité du dépistage cardio-vasculaire alors que la salle d'attente est bondée! ».

Ce sont donc toujours les mêmes raisons qui expliquent la difficulté de faire de la prévention en médecine générale. Et pourtant de nombreuses études nous apprennent que les patients apprécient que leur médecin se préoccupe de leur santé en abordant la prévention avec eux³! Dur dur d'appliquer ces principes! Qu'est-ce qui pourrait bien nous aider à proposer le dépistage du risque cardio-vasculaire global en l'absence de symptômes d'alerte ? Et qu'est-ce qui pourrait pousser le patient à en parler à son médecin ? Une première

1 Laperche Jean. La « promotion » de la santé cardio-vasculaire, mais encore ? RMG 2007 ; 242 : 163-5 et Education Santé 225, août 2007

2 Laperche Jean. L'ABC du risque cardio-vasculaire global. RMG 2006 ; 236 : 395-6 et Education Santé 218, décembre 2006

3 Gosselain Yves, Laperche Jean, Prévost Marianne. Les obstacles à la prévention en médecine générale. Santé Conjugée 1999, 10 : 42-45.

réponse pourrait être un outil pour la salle d'attente.

L'asbl Promotion santé et médecine générale a conçu « L'ABC du cœur » qui se décline sous deux formes : une affiche et un carnet à feuillets détachables destinés au patient. Testés auprès d'un groupe de patients, ces outils ont été bien accueillis.

L'ABC du cœur, quel message ?

ABCDEFGH : les 8 facteurs de risque décrits dans l'article « L'ABC du risque cardio-vasculaire global » sont repris sous forme de phrase courte et à la première personne : « J'ai plus de 50 ans », « Je suis fumeur/fumeuse »...

Concerné par au moins une des 8 propositions, le patient apprend qu'il risque peut-être d'avoir une maladie du cœur ou des artères dans les 10 prochaines années ; il est invité à en parler à son médecin pour envisager avec lui ce qu'il y a de mieux à faire dans son cas.

La détermination du risque

Comme décrit plus haut, le temps nous est souvent compté. Il fallait donc également un outil permettant de proposer aux patients qui le désirent une détermination de leur risque cardio-vasculaire. Pour cela, nous vous proposons la plaquette « Comment déterminer le risque cardio-vasculaire global ? » inspirée d'une recherche menée par le Prof. Boland et collaborateurs (ESP-UCL) et ayant fait l'objet d'un consensus en 2003 entre le FAG, la FMM, la SSMG, le DMG de l'ULB, le DUMG de l'ULg, l'OSH, le CUMG de l'UCL et Question Santé. En effet, 88 % des généralistes volontaires ayant participé à la recherche-action en 2004⁴ et ayant utilisé cette plaquette ont estimé cette stratégie réaliste et faisable dans leur pratique quotidienne. Cela leur a pris en moyenne 5 minutes. Dans cette plaquette, toutes les étapes de la détermination du risque se retrouvent :

- les **8 facteurs de risque** à prendre en compte pour le **dépistage** du risque cardio-vasculaire global ;
- l'**algorithme** permettant de **catégoriser** d'emblée les patients dans l'un des 4 groupes suivants : patient à risque élevé, patient à risque bas, patient dont le seul facteur de risque est le tabagisme et patients dont le risque reste à préciser suite à une prise de sang (vous pou-

4 Legat Pierre. Les nouvelles recommandations européennes en prévention cardio-vasculaire : qu'est-ce que cela change dans ma pratique ? RMG 2004 ; 212 : 164-9.

L'ABC du Cœur

Testez votre cœur

Pour savoir si votre cœur est en bonne santé, répondez aux 8 propositions suivantes.

A comme Âge	J'ai plus de 50 ans	OUI	NON
B comme Briquet	Je suis « fumeur / fumeuse »	OUI	NON
C comme Cholestérol	J'ai trop de cholestérol	OUI	NON
D comme Diabète	Je suis diabétique	OUI	NON
E comme Événement	J'ai souffert d'une maladie du cœur ou des artères dans le passé	OUI	NON
F comme Famille	Un de mes proches (frère, sœur, père, mère) a déjà eu une maladie du cœur ou des artères avant 60 ans	OUI	NON
G comme Graisse	J'ai un problème de poids	OUI	NON
H comme Hypertension	J'ai trop de tension artérielle	OUI	NON

RESULTATS

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions :
Vous avez un faible risque d'avoir une maladie du cœur ou des artères dans les 10 prochaines années

Si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions :
Vous risquez peut-être d'avoir une maladie de cœur ou des artères dans les 10 prochaines années. Parlez-en à votre médecin. Vous verrez ensemble ce qu'il y a de mieux à faire pour vous.

Promo Santé MG... en partenariat avec SSMG avec le soutien de la Communauté française

vez ainsi, très rapidement, classer 1 patient sur 2 parmi vos patients âgés de 30 à 75 ans) ;

- les **tables Score Belgium** qui vous permettent de classer les patients en différentes catégories de risque en fonction des résultats de leur prise de sang ;
- une série de questions issues du **guide d'entretien** mentionné ci-dessous vous permettant d'entrer dans le monde du patient pour un accompagnement centré sur son contexte de vie, ses habitudes, ses projets...
- les **cibles thérapeutiques** prioritaires avec leur niveau EBM.

Pour terminer : la prise en charge des patients à risque

L'outil proposé aux médecins généralistes ayant participé à la phase pilote en 2004 pour l'accompagnement des patients à risque^{5,6} était un guide d'entretien⁷.

5 Laperche Jean, Hubens Valérie. Dépistage du risque cardio-vasculaire global : un projet pilote en médecine générale. RMG 2006 ; 237 : 451-2 et Education Santé n° 219, janvier 2007

6 Laperche Jean, Hubens Valérie. Dépistage du risque cardio-vasculaire global : que deviennent les patients dépistés à risque ? RMG 2006 ; 238 : 504-5 et Education Santé 220, février 2007

7 UCL-RESO (collectif). Guides d'entretien et de suivi pour maladies chroniques. UCL-RESO, Bruxelles, 2002, 2 pages.

La philosophie de ce guide est de se centrer sur le monde du patient. Ce guide d'entretien ne sert pas au dépistage mais plutôt à l'accompagnement. Le point de départ de la réflexion commune du patient et du médecin est donc la vie quotidienne et la santé du patient et, seulement ensuite, les maladies ou les risques de maladie encourus par le patient.

Ce guide d'entretien suggère au médecin qui revoit le patient à risque quelques questions lui permettant de rencontrer le monde du patient, de parler avec lui de ses projets de vie, ses envies et ses possibilités de changement. Il identifie les préférences du patient dans le choix des sujets à aborder (tabac, alimentation, activité physique, excès de poids...). L'objectif est bien entendu de trouver des pistes permettant de travailler avec le patient autour des facteurs de risque qui le concernent et sur lesquels il se sent capable d'agir, dans une négociation commune et une confiance réciproque.

Vous êtes preneurs ?

Affiches et carnets ont été envoyés en septembre 2006 à 510 médecins généralistes francophones qui avaient

été préalablement formés au dépistage du risque cardio-vasculaire global.

Une nouvelle version papier et informatique de la plaquette « Comment déterminer le risque cardio-vasculaire global ? » est en cours d'élaboration.

La version 2005 est toujours disponible sur les sites Promosanté et SSMG et peut être envoyée sur demande.

Le guide d'entretien vous intéresse ? Il est disponible sur le site www.promosante-mg.be dans la rubrique outils.

Conclusion

Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité en Belgique et le médecin généraliste a une place centrale dans le dépistage de celles-ci. Il dispose d'outils adaptés pour le secondar dans sa démarche, le dépistage des patients à risque peut ne prendre que quelques minutes lors d'une consultation, et nous savons que le patient est demandeur de ce type d'action préventive. Pourquoi hésiter ?

Valérie Hubens, Chercheur en santé publique, asbl Promotion Santé et Médecine Générale, et **Luc Pineux**, médecin généraliste

Alicademy

Face à nos 200 petits chefs coqs,
les restaurants du Brabant wallon n'ont qu'à bien se tenir...

« En Belgique, 11 % des jeunes de 2 à 18 ans ont un excès de poids. C'est surtout le cas dans le groupe d'âge de 5 à 10 ans (14 %). De plus, 40 % des jeunes obèses deviennent des adultes obèses! » *Institut Scientifique de Santé Publique (2004).*

D'où est venu le projet Alicademy ?

Depuis plusieurs années, Infor Santé, le service de promotion de la santé de la Mutualité chrétienne, s'est attaqué à la « mal bouffe » dans les écoles en proposant différents types d'actions (animations, conférences, distribution de fruits...). Fort de cette expérience, Infor Santé a décidé de sensibiliser les enfants à l'équilibre alimentaire en organisant un concours de cuisine pour les écoles du Brabant wallon. Nous avons contacté toutes les classes de 4^e primaire pour les inviter à participer à un concours de recettes inter-école, 'Alicademy'.

Ce concours a pour but de susciter la création de projets autour de l'alimentation dans les écoles du Brabant wallon. De nombreuses écoles ont pu intégrer à leur programme pédagogique l'équilibre alimentaire. Des petits et grands projets ont vu le jour, comme apprendre l'impératif avec des verbes utilisés en cuisine, organiser des collations collectives équilibrées, apprendre à cuisiner, savoir équilibrer son assiette sur un repas, une journée, une semaine...

Par le jeu, par la pratique de la cuisine et grâce aux cinq sens, les enfants ont pu découvrir ou redécouvrir l'agréable importance de manger équilibré.

Les étapes d'Alicademy

Dans un premier temps **une animation sur l'alimentation équilibrée** était proposée par les animateurs du service Infor Santé aux classes participantes. En partant de ce que les enfants avaient mangé la veille, l'animateur a fait décou-

vrir les groupes et la pyramide alimentaires. Cette animation de deux heures s'appuyait sur les connaissances des enfants et détaillait les rôles des différentes familles d'aliments. Le but de l'animation n'était pas de stigmatiser les « bons » et les « mauvais » mangeurs, mais bien d'amener l'enfant à avoir une réflexion sur tout ce qu'il mange. L'animation s'est terminée par un grand 'trivial poursuite' alimentaire avec toute la classe.

Suite à cette animation, les élèves ont été amenés à **concocter un menu équilibré** (théorique) pour tous les repas d'une journée (déjeuner, collation, diner, goûter, souper).

Ensuite, nous leur avons demandé de **cuisiner le plat principal en classe**. Et il faut avouer que les enfants et leurs enseignants se sont énormément investis dans cette étape du projet. Au menu, à côté des « ravis au lit », on pouvait partir « à la conquête de l'océan » à bord de « bateaux à manger » et être revenu à temps grâce à « l'horloge



La classe de 3^e et 4^e de l'Ecole communale de Bornival (Madame Biernaux)

Photo : F. Squiffet

magique » pour déguster des « Tians de coucou de Malines aux légumes d'été ». Mmmmmh! Etape suivante, l'envoi du dossier de participation au service Infor Santé. Ce dossier devait contenir le menu de la journée (théorique), la fiche recette détaillée et des photos représentatives de la préparation de la recette.

Un jury composé d'un médecin, d'une diététicienne, d'Infor Santé et de Jeunesse et Santé (le service jeunesse de la Mutualité chrétienne) a eu la dure tâche de départager toutes ces magnifiques recettes. Elles ont été évaluées sur base des critères suivants :

- respect de l'équilibre alimentaire : quantités et portions respectées selon l'âge des enfants, variété des produits choisis;
- photos de la recette : esthétique, présentation, ambiance, folklore des cuisiniers;
- coût du menu et de la recette choisie;
- accessibilité et facilité de réalisation par les enfants (facilement reproductible à la maison);
- enfin, originalité de la recette.

Le concours, évaluant les recettes équilibrées réa-

lisées en classe, a sacré les trois classes suivantes :

- Ecole communale de la Maillebotte (Nivelles) avec la classe de M^{me} Vermeyen;
- Ecole Christian Merveille (Folx-les-caves) avec la classe de M^{me} Doucet;
- Ecole communale de Dion-Valmont avec la classe de M. Pronce.

Pour remercier tous nos petits chefs coqs, nous avons organisé une **journée ludique et festive** à Nivelles le samedi 17 mars 2007. Au menu :

- une grande exposition de toutes les recettes des classes participantes (photos, recettes, commentaires du jury...);
- un grand jeu autour de l'alimentation pour les petits et les grands organisé par Jeunesse et Santé;
- un goûter équilibré (salade de fruits réalisée par les enfants);
- la très attendue remise des prix aux trois meilleures recettes; les classes gagnantes ont reçu des chèques cadeaux de 300, 200 et 100 euros pour acheter du matériel de sport;

- un sac à dos de sport a été offert à tous les enfants présents.

Cette journée fut un franc succès. Via cet article nous tenions une nouvelle fois à remercier tous les enseignants, enfants et parents pour leur investissement dans ce magnifique projet. Nous savons qu'il a demandé beaucoup de temps aux classes qui ont participé, alors, encore une fois, bravo!

Vous désirez voir les recettes des classes, les photos du projet, les photos du 17 mars... ou tout simplement avoir plus d'infos : rendez vous sur www.alicademy.be

Vous pouvez aussi prendre contact avec le service Infor Santé Brabant wallon, boulevard des Archers 54, 1400 Nivelles. Tél.: 067 89 36 87 ou mél : pierre.squifflet@mc.be ou Jeunesse et Santé (067 89 36 51).

On vous attend pour Alicademy 2007-2008!

Pierre Squifflet, Infor Santé Brabant wallon

Vaccination généralisée contre le rotavirus : fort chère pour un bénéfice-santé limité

Une analyse coût-bénéfice de la généralisation de cette vaccination a été effectuée à la demande du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) par le Centre d'évaluation des vaccinations (Université d'Anvers), en collaboration avec le service Recherche & Développement des Mutualités chrétiennes, de l'Institut de santé publique et de la KULeuven. La conclusion du rapport est que les avantages de la généralisation de cette vaccination sont limités par rapport à son coût élevé pour la collectivité. Toutefois, ce coût reste inférieur au coût supporté actuellement dans une situation où les vaccins sont remboursés sur prescription et largement administrés.

Pendant leurs premières années, les enfants entrent en contact avec de nombreux virus et bactéries qui peuvent les rendre malades. Ainsi par exemple, une infection par rotavirus peut provoquer un symptôme important de diarrhée. Celle-ci peut entraîner une déshydratation qui nécessite parfois une hospitalisation de quelques jours.

La vaccination peut sauver des vies d'enfants surtout dans les pays en voie de développe-

ment. En Belgique, les décès de nourrissons en bonne santé suite à une infection par rotavirus sont rarissimes voire inexistants.

Deux vaccins oraux ont été récemment mis au point et largement testés. Ils sont administrés aux nourrissons de moins de 6 mois (en deux ou trois prises selon le type de vaccin, avec une première dose administrée à 2 mois).

Le Conseil supérieur de la santé a confirmé leur innocuité et leur efficacité mais précise qu'il conviendrait de collecter des données plus complètes et de les traiter dans le cadre d'une analyse coût-efficacité.

Entre-temps, l'INAMI a décidé de rembourser les deux vaccins sur prescription, comme un médicament classique mais ces vaccins ne sont pas encore repris dans le calendrier des vaccinations gratuites des Communautés¹.

Les chercheurs ont calculé le prix de la vaccination, de la diminution du nombre d'hospitalisations et de consultations, et le gain en termes de qualité de vie des enfants et de leurs parents. Le bénéfice-santé et l'économie sur les traitements épargnés restent faibles en comparaison avec le prix élevé de la vaccination. Le rapport

coût-bénéfice évalué pour les deux vaccins à respectivement 50.000 € et 68.000 € par année de vie gagnée en bonne santé n'est pas très favorable. On peut le comparer à ce qui avait été calculé dans une étude antérieure du KCE au sujet du vaccin anti-pneumococcique, dont le coût par année de vie gagnée en bonne santé ne s'élevait qu'à 10.000 €.

Actuellement, de 60 à 80 % des nourrissons belges sont vaccinés contre le rotavirus sur prescription médicale. L'assurance-maladie rembourse de 134 à 140 € sur un montant total d'environ 155 €. En organisant une vaccination généralisée, les pouvoirs publics pourraient obtenir une réduction de prix par unité de vaccin, du fait de l'achat en grandes quantités. Ceci permettrait de diminuer le coût unitaire de la vaccination, et surtout de vacciner plus d'enfants (ce qui accroît l'efficacité et l'équité du programme). Il n'en reste pas moins que, par rapport à la situation antérieure à l'introduction du vaccin, cela demeure une mesure de santé publique très coûteuse par rapport au peu de bénéfice qu'elle entraîne.

Le texte intégral de cette recommandation (220 pages) est disponible sur le site internet du KCE : www.kce.fgov.be (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 54B.

¹ Le vaccin contre le rotavirus est néanmoins repris dans le calendrier vaccinal de base recommandé par le Conseil supérieur de la santé, version 2007 (ndlr)

Le Chat-Accueil, des bénévoles à l'écoute sur le net

Active depuis 1959, l'association Télé-Accueil Bruxelles propose une écoute à toute personne en difficulté sur le plan moral, social ou psychologique et qui souhaite en parler dans l'anonymat et la confidentialité.

Effectuée par une équipe de bénévoles spécialement formés à cet effet, cette écoute se faisait jusqu'il y a peu exclusivement par téléphone grâce à un numéro gratuit, le 107. Consciente de l'évolution des technologies de communication et soucieuse d'offrir son aide à un public plus large, Télé-Accueil Bruxelles propose, depuis le 11 octobre 2005, une prise en charge par « chat » sur Internet.

Pourquoi ?

Télé-Accueil Bruxelles est la première association d'écoute en Belgique francophone à proposer un tel service. Sans but lucratif, entièrement gratuite, l'écoute par téléphone, au vu de ses 51.180 entretiens recensés au cours de l'année 2006, correspond à un besoin réel auquel Télé-Accueil Bruxelles tente de répondre le mieux possible. Il n'en reste pas moins qu'elle laisse sur le carreau un certain nombre de personnes en grande difficulté d'expression orale ou d'audition. D'où l'intérêt de développer parallèlement d'autres techniques gratuites d'écoute permettant de toucher un public différent, composé également d'individus plus jeunes puisque plus à l'aise avec l'utilisation d'un ordinateur.

Un projet, une philosophie, une équipe de bénévoles

L'équipe

Forte de 90 écoutants liés par un engagement libre et gratuit (deux traits essentiels du volontariat), l'équipe des bénévoles de Télé-Accueil Bruxelles est mue par la conviction que chaque personne mais aussi chaque parole a de la valeur. Pouvoir parler et être écouté peut redonner confiance à l'appelant qui est ici considéré comme un être à la place duquel il n'y a pas à décider.

Lors de la conversation, l'écoutant s'efforcera donc de mettre en place un « espace d'écoute » au sein duquel il n'émettra pas de jugement sur ce qui convient de faire face au problème de l'appelant. L'important est d'écouter... La conversation restera toujours anonyme et confidentielle. L'anonymat favorisera, du côté de l'appelant, la prise de parole. L'espace de discussion sera ainsi le plus dégagé possible de toute forme de représentation sociale et permettra à l'appelant une communication moins bridée. Pour ce qui est de l'écoutant, l'anonymat participe au maintien d'une

certaine distance. L'écoutant se tient en retrait, ce qui est bien sûr nécessaire à une position d'écoute. Il nous tient également particulièrement à cœur de souligner le caractère bénévole de l'engagement des écoutants de Télé-Accueil Bruxelles. A une époque où les choses bougent vite et où le profit tient une place particulièrement importante, il est bon de constater que des personnes sont prêtes à s'engager dans une démarche altruiste, complètement gratuite et ce pour une période de temps relativement longue (chaque écoutant reste, en moyenne, 5 ans et demi à Télé-Accueil Bruxelles). Le profil des écoutants étant varié, ceci induit également une réelle richesse permettant une pluralité dans les sensibilités qui seront à l'œuvre lors de l'écoute.

Ainsi, René, écoutant pendant 24 ans à Télé-Accueil, nous dit : « A 18 ans, j'avais une devise, « servir ». J'ai eu besoin de gens qui m'ont aidé et après ma vie professionnelle, par solidarité, j'ai voulu aider aussi. Tandis que Marie-Hélène témoigne :

« J'étais femme au foyer, j'ai été aussi traductrice et je suis venue à Télé-Accueil au moment où mes enfants sont allés à l'école. J'étais plus libre et je voulais faire quelque chose d'autre.

J'ai vécu aussi avec des personnes difficiles qui ne m'écoulaient jamais. Une expérience très douloureuse pour moi et mes enfants. Et c'est certainement pour cela que l'écoute est très importante pour moi. C'est ce qui m'importe et je me rends compte que c'est une chose essentielle dans la vie.

Je ne me suis pas rendu compte de cela au début de mon engagement. C'est à travers la formation continue que j'en ai pris le plus conscience. »

Toutefois, le bénéfice que les écoutants retirent à long terme de cette activité les conforte dans leur démarche et explique aussi la durée relativement longue de leur engagement à Télé-Accueil Bruxelles. Philippe l'exprime à sa manière en disant que « Tout ce qui se passe à Télé-Accueil Bruxelles m'aide profondément à garder les pieds sur terre. Je suis partie prenante du monde tel qu'il est. Chaque coup de fil me le rappelle et j'en suis reconnaissant ».

La recherche de bénévoles, un secteur clef...

Si en 2006 ce sont plus de 50 000 appels qui ont été pris en charge, il est important de signaler qu'un nombre bien plus important d'appels est resté sans réponse. Télé-Accueil Bruxelles est en effet loin de pouvoir répondre à la demande qui lui est adressée. Un plus grand nombre de bénévoles permettrait de pouvoir y faire face de manière encore plus efficace. Par ailleurs, Télé-Accueil Bruxelles connaît également un certain « turnover » au niveau de son équipe d'écoutants bénévoles. La fluctuation générale à ce niveau est d'environ 12 écoutants à renouveler tous les ans. Il va sans dire que ceci constitue un véritable défi pour Télé-Accueil Bruxelles et nécessite de notre part un travail continu afin de nous faire connaître par de futurs

Année	Moyenne d'appels par an	Moyenne d'appels /jour
60-64	5.340	14
65-69	3.605	10
70-74	4.780	13
80-84	21.039	57
85-89	27.392	75
90-94	33.685	92
94-99	40.858	112
2000-2004	43.460	119
2005-2006	48.758	133

	Principaux thèmes en 2006	Hommes	Femmes	TOTAL
1	Difficultés relationnelles	1.414	2.784	4.198
2	Etat de dépression	1.239	2.905	4.144
3	Anxiété/angoisse	1.162	2.799	3.961
4	Sentiment de solitude	1.334	2.360	3.694
5	Relations parents/enfants	818	1.740	2.558
6	Tristesse	665	1.878	2.543
7	Problèmes familiaux	511	1.884	2.395
8	Isolement	788	1.486	2.274
9	Etat de confusion	810	1.285	2.095
10	Maladie	646	1.197	1.843
11	Alcool	655	390	1.045

bénévoles. Nous sommes donc en recherche permanente de candidats bénévoles.

La formation : écouter, cela s'apprend

Les aspirants bénévoles sont amenés à suivre, avant leur « engagement », une formation à l'écoute de 25 heures au terme de laquelle ils seront retenus ou non. Une fois impliqués dans le projet de Télé-Accueil Bruxelles, ils devront assurer 4 heures de permanences par semaine, que ce soit par téléphone ou sur le *Chat-Accueil*. Un travail de formation continue est également requis sous la forme d'une participation, 2 heures par mois, à un groupe de supervision animé par une personne extérieure à l'association. Ce groupe de supervision permet à l'écouter de confronter son expérience d'écoute à celle des autres écoutants et de réfléchir ainsi à ses propres aptitudes, ressources, limites, émotions. Parallèlement à la démarche individuelle de chaque écoutant, le groupe soutient ainsi une dimension collective, souligne que chaque écoutant s'insère dans un projet collectif.

Les écoutants participant au *Chat-Accueil* suivent, en plus des 25 heures mentionnées ci-dessus, une formation en vue de se familiariser avec la communication écrite ainsi qu'avec l'outil



Photo © Iropix

Chat-Accueil, les chiffres

Le *Chat-Accueil* est en fonction depuis le 11 octobre 2005.

2 permanences par semaine sont assurées. 12 bénévoles sont affectés au *Chat-Accueil*. Ceux-ci, comme tous les bénévoles de Télé-Accueil Bruxelles, suivent une formation à l'écoute de 25 heures.

En outre, ils suivent 2 séances de 3 heures au cours desquelles ils sont initiés à la communication écrite. Ils se familiarisent également avec l'outil utilisé.

D'octobre 2005 à septembre 2006, le site *Chat-Accueil* a reçu 5418 visites soit 15,4 connections par jour.

Le but du *Chat-Accueil* étant, entre autres, de toucher un public plus jeune, il est intéressant de comparer les chiffres avec ceux des appels téléphoniques. Sur le graphique ci-dessous, la répartition des appels forme une courbe en cloche comme au téléphone mais, pour le *Chat*, le sommet se déplace vers les générations les plus jeunes (les moins de 40 ans rassemblent 73,6 % des appels contre 48,9 au téléphone). La tranche d'âge la plus représentée est celle des 20-29 ans (32,4 %), ce qui confirme l'hypothèse que le *Chat-Accueil* permet de toucher un public plus jeune.

qu'ils seront amenés à utiliser. Ils doivent également posséder une année d'expérience dans l'écoute par téléphone avant de pouvoir se lancer dans le *Chat-Accueil*.

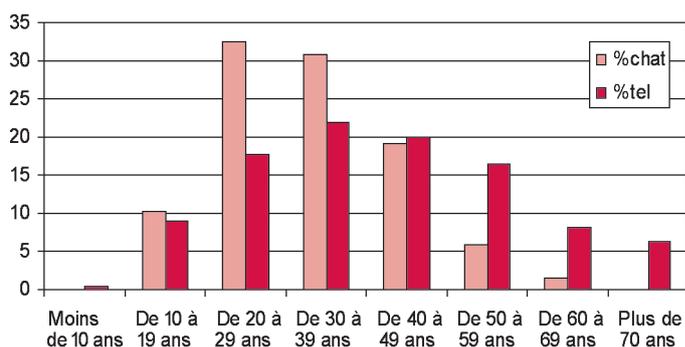
Les appelants

Il serait bien sûr facile, d'après les chiffres dont nous disposons, de dresser un portrait robot de l'appelant « type ». Globalement plus jeune que l'appelant au téléphone, l'appelant « chat » serait une femme sans emploi et seule, se connectant la plupart du temps pour des problèmes liés à la solitude, au relationnel ou à des troubles psychologiques. Cependant, si nous disons « facile », c'est bien évidemment à dessein tant il semble illusoire de vouloir généraliser des situations qui sont toutes bien spécifiques, différentes dans leur vécu et leur ressenti. Il y a en fait autant d'appelants qu'il y a d'individus composant la population bruxelloise d'aujourd'hui. Chacun avec son genre, sa situation familiale, professionnelle, son vécu. Et avec surtout, en filigrane, ce besoin de parler qui, à lui seul, transcende des profils bien plus diversifiés que ce que les chiffres laissent imaginer.

Chat-Accueil, c'est quoi ?

Chat-Accueil propose un échange écrit et instantané par « chat » avec un écoutant bénévole de Télé-Accueil Bruxelles au moyen d'un site Internet sécurisé. Projet pilote, *Chat-Accueil* ne peut

Répartition par âge



pas encore se permettre de fonctionner 24h/24h comme le système d'écoute par téléphone. Disponible à l'adresse www.chat-accueil.be, il est actuellement « on-line » pour deux sessions par semaine. Une de celles-ci est fixe (le mardi) et l'autre variable (mercredi ou jeudi). Toutes les informations sur les permanences du *Chat-Accueil* sont disponibles sur le site www.chat-accueil.be ou sur www.tele-accueil-bruxelles.be. Les horaires sont les suivants : mardi de 20h00 à minuit (fixe), mercredi de 11h00 à 14h00 (en alternance avec le jeudi), le jeudi de 20h00 à minuit (en alternance avec le mercredi). A l'heure actuelle, 12 bénévoles sont affectés au *Chat-Accueil*. Il est à noter que ceux-ci ne forment

pas une équipe parallèle par rapport à celle de l'écoute téléphonique. Ils sont partie intégrante des 100 écoutants cités plus haut et sont donc également amenés à pratiquer l'écoute par téléphone. Le but du *Chat-Accueil* est d'augmenter l'accessibilité de Télé-Accueil Bruxelles et de l'ouvrir à un public plus large. Les jeunes et les personnes ayant des difficultés d'expression orale ou d'audition sont ainsi principalement ciblés. L'utilisation de l'écrit permet également l'instauration d'un échange plus lent, centré sur une plus grande réflexion. Celui-ci sera aussi bien souvent plus direct et donnera l'occasion d'exprimer des émotions qu'il aurait été trop difficile d'exprimer de vive voix.

S'entendre dire les choses au téléphone est en effet quelque fois trop douloureux... Les thématiques abordées sont globalement les mêmes que celles que l'on peut rencontrer lors des écoutes téléphoniques. Les difficultés relationnelles, la dépression, le sentiment de solitude, l'anxiété ou les problèmes liés à l'alcool sont ainsi le plus souvent mentionnés.

Julien Winkel, responsable communication Télé-Accueil
Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le secrétariat de Télé-Accueil Bruxelles, au 02 538 49 21.

RÉFLEXIONS

Thérapie informative et politique sanitaire

Mon intervention vise à aborder l'information et la communication, non pas au niveau de l'individu mais au niveau de la société, car l'information adressée à la société civile va ensuite influencer la relation unique, médecin/patient mais aussi la relation entre professionnels de la santé.

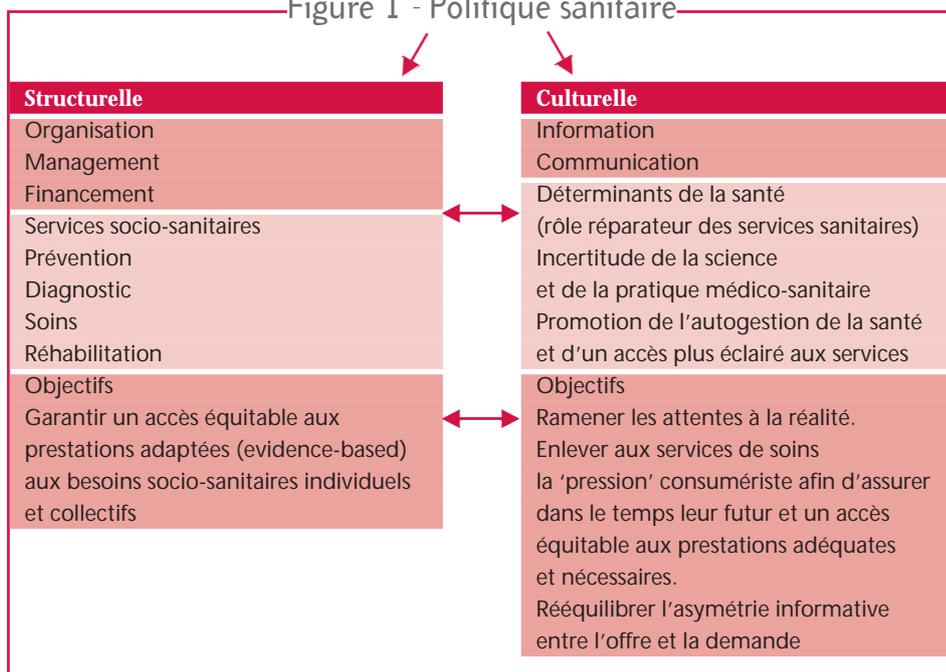
Politique sanitaire

La politique sanitaire a pour but de réorganiser, financer, apprécier le management du secteur sanitaire, en d'autres termes de se focaliser sur les services de prévention, de diagnostic, de soins et de réhabilitation. Son but vise à garantir un accès équitable aux informations et aux prestations adéquates et se fonde, dans la mesure du possible, sur des épreuves d'efficacité afin de répondre aux besoins sanitaires individuels et collectifs compte tenu des ressources disponibles. Un autre volet de la politique sanitaire, presque totalement négligé, est le volet culturel. Qu'entend-on par volet culturel ? Informer la société que la santé ne dépend pas seulement de la consommation de biens et de services médicaux ou, pour mieux le dire, que les services de santé ont essentiellement un rôle réparateur, et rappeler au public que la santé dépend davantage de déterminants socio-économiques et écologiques. L'information doit aussi faire part de l'incertitude de la science et de la pratique sanitaire. La pensée unique d'aujourd'hui sous-tend que tout ce qui est consommé est utile, nécessaire, efficace et adéquat. Chacun pensera alors que, en consommant toujours plus

de biens et de services sanitaires, tout problème peut être résolu, ou bien que chaque demande pourra être satisfaite, comme le disent les économistes. Mais nous savons que ce n'est pas le cas. Nous nous trouvons là aux fondements de la vision mythique de l'efficacité tous azimuts de la médecine qui nécessite d'être corrigée. Comment promouvoir la santé avec des technologies dites faibles, comme se nourrir ou se comporter d'une certaine façon, opter pour d'autres styles de vie, face à la croyance qu'une pilule va résoudre le problème ? Je crois qu'il

faut arriver à promouvoir un accès plus éclairé aux services. Mais si l'on croit que tout est nécessaire, efficace et adéquat, on ne se pose évidemment même pas la question d'un accès plus éclairé aux prestations médicales. Quel est le but d'une telle action culturelle ? Ramener les attentes mythiques de la société à la réalité des épreuves. La pression consumériste va dans un futur proche poser des problèmes à la durabilité de financement de nos services de santé. Que se passera-t-il si le niveau de la consommation actuelle se maintient ou

Figure 1 - Politique sanitaire



croit encore dans les années à venir ? N'oublions pas que derrière ce processus, quelqu'un tire les ficelles et en profite plein les mains. Et qui tire réellement les ficelles ?

L'industrie conditionne tout le monde par un marketing agressif qui vise à influencer directement la consommation et la prescription, la recherche ainsi que la politique. Mais quels sont les fondements de la vision « mythique » de l'efficacité de « l'entreprise » médico-sanitaire ? La société civile pense que la santé dépend exclusivement de la disponibilité de services et de la consommation de prestations médico-sanitaires, seul déterminant de la longévité. Elle croit aussi que la médecine est une science exacte.

Cette dernière croyance implique qu'il y a une omission totale des notions de risques, d'événements indésirés, d'incertitudes, de controverses, de variabilité et de conflits d'intérêts. Un autre facteur à la base de cette vision mythique de l'efficacité de l'entreprise médico-sanitaire, est la croyance qu'il vaut toujours mieux diagnostiquer une maladie avant qu'elle ne se manifeste.

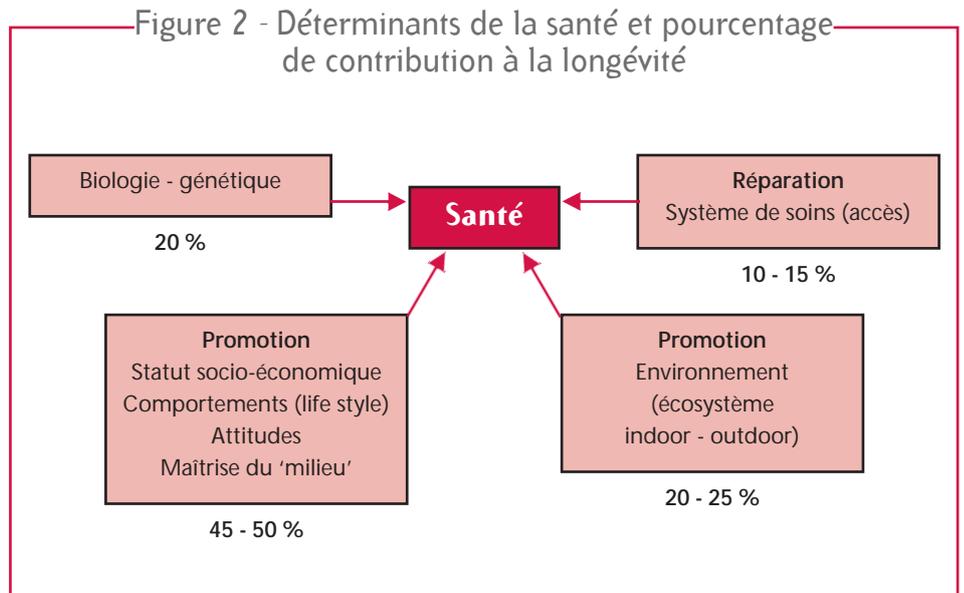
Les déterminants de la santé et leur contribution à la longévité

On reconnaît 4 déterminants majeurs de la santé. La biologie et la génétique contribuent pour 20 % à la longévité. Le statut socio-économique de l'individu, le déterminant le plus important, influence la longévité de 45 à 50 %. Vient ensuite l'écosystème, qui contribue pour 20 à 25 %. La contribution à la longévité du secteur de soins, la plus faible, se situe en effet entre 10 et 15 %.

Le statut socio-économique

Bien que dans le Canton suisse de Genève tout le monde a un accès absolument équitable aux soins (la Suisse étant probablement le plus grand shopping center sanitaire du monde), 5 années d'espérance de vie séparent ceux qui se trouvent dans la classe sociale la plus favorisée de ceux qui se trouvent dans la classe moins favorisée. Ce schéma se retrouve dans tous les pays car il n'est pas une spécificité suisse. Cet exemple démontre que ce n'est pas la consommation qui va réduire les inégalités de santé entre les individus mais d'autres facteurs exogènes au système.

Quel est le déterminant principal du statut socio-économique ? Essentiellement le travail. En effet, le rôle et le statut professionnels vont déterminer le statut social de l'individu. Or, c'est justement sur le travail qu'il faut agir car nous assistons aujourd'hui à ce qu'on appelle les nouveaux risques liés au travail. De quoi s'agit-il ? De l'augmentation de la pression psychologique, de l'anxiété, en bref du stress lié aux



changements des conditions et des rythmes de travail, à la diminution du soutien à l'intérieur des entreprises, à la précarisation de l'emploi, au harcèlement psychologique. Tout ceci aura des conséquences directes sur la santé.

Une étude récente publiée dans le *British Medical Journal* montre que les personnes qui ont survécu à des réductions d'emploi mais qui ont gardé leur poste contrairement à ceux qui ont été renvoyés, ont eu, dans les quatre années suivantes, un taux d'infarctus trois fois plus élevé que les travailleurs des entreprises qui n'ont pas vécu le stress lié à des réductions du personnel. Les résultats de plusieurs recherches montrent que le statut socio-économique est le déterminant le plus important à la longévité, et sa contribution a été chiffrée à 45-50 % alors que les services de santé n'y contribuent que pour 10 à 15 %. Mais un sondage effectué auprès de la population (Suisse) montre au contraire qu'elle estime que les services de santé vont contribuer pour 60 à 65 % à sa longévité. La réalité perçue par l'opinion est donc tout à fait autre.

Première conclusion : équité sanitaire signifie créer un environnement socio-économique susceptible d'offrir aux individus des opportunités aussi égales que possible face à la santé.

Deuxième conclusion : aujourd'hui, les décisions du ministre des finances ont généralement un impact plus important sur la santé de la population que celles du ministre de la santé!

La médecine est-elle une science exacte ?

La médecine est plus incertaine que certaine et de nombreuses évaluations ont été faites à ce sujet. A l'incertitude de la science s'ajoute l'incertitude propre au professionnel qui l'exerce. Organisé dans cinq pays, un sondage portant

sur un échantillon de 1.000 personnes a posé la question suivante : est-ce que, pour vous, la médecine est une science exacte ou 'plutôt exacte'? 70 à 80 % des personnes sondées ont donné une réponse affirmative. La même question a ensuite été posée aux médecins suisses. Parmi les internistes, 30 % ont répondu « oui » mais parmi les spécialistes en épidémiologie, qui ont l'habitude de lire tous les articles et de les évaluer, seulement 7 % étaient d'accord avec une telle affirmation.

Diagnostic précoce

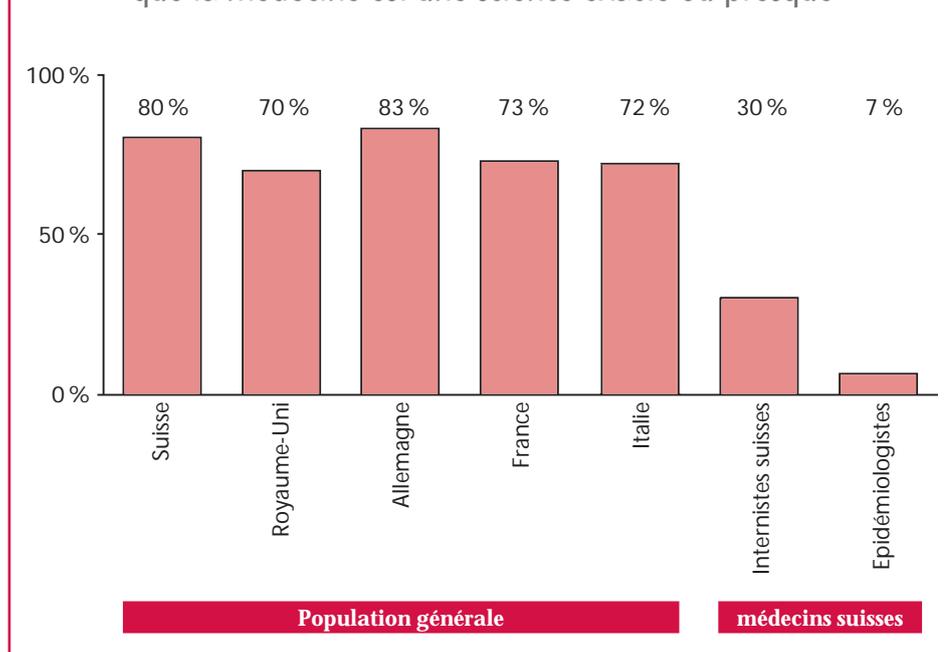
Aujourd'hui le diagnostic précoce est devenu synonyme de guérison. Les médias, mais aussi les services de santé, incitent avec un enthousiasme incroyable à aller diagnostiquer toute maladie avant qu'elle ne se manifeste. Un sondage récent montre que 80 % des Italiens, 60 % des Anglais et 52 % de la population suisse estiment qu'il est toujours utile de dépister une maladie avant qu'elle ne se manifeste.

Aux Etats-Unis, 50 % des femmes ayant subi une hystérectomie radicale et n'ayant donc plus d'utérus, continuent à faire le pap test¹. Toujours aux Etats-Unis, on a proposé aux américains de choisir entre le cadeau d'un examen par body scanner (un type de résonance magnétique) ou bien un cadeau de 1.000 dollars s'ils renonçaient à cet examen : 73 % ont préféré le body scanner plutôt que le cadeau de 1.000 dollars ; 66 % des citoyens des Etats-Unis seraient disposés à se soumettre à un test de diagnostic précoce, même pour un cancer pour lequel il n'y a aucune possibilité d'être soigné ou guéri².

1 Sirovich, Welch. JAMA 2004

2 Source : Schwartz et al. JAMA 2004

Figure 3 - Proportion de personnes qui croient que la médecine est une science exacte ou presque



Environ 70-80 % de femmes³ pensent que si on se soumet régulièrement à une mammographie, on évitera de tomber un jour malade d'un cancer du sein. L'information donnée aux femmes par les médias et les brochures produites par les services de santé n'est donc évidemment pas une information *evidence based*. En conclusion, les attentes vis-à-vis de l'efficacité de l'entreprise médico-sanitaire dans la promotion du bien-être individuel ou social dépassent toute raisonnable évidence.

Consommateur versus patient

D'où vient cette vision, cette pensée unique ? L'individu joue toujours deux rôles. Le rôle de citoyen lorsqu'il est bien portant et le rôle de patient lorsqu'il rencontre un problème de santé. Dans son statut de citoyen bien portant, par quoi est-il influencé ? Par les médias, la presse, les brochures et les supports qui sont produits par les services de soins et par son réseau social.

Lorsque le citoyen tombe malade, la seule information qu'il reçoit provient des professionnels de la santé. L'empowerment dans ce dernier moment particulier de la relation avec un professionnel est presque impossible. C'est donc avant qu'il faut donner quelques outils car en disposant d'un surplus d'information et de culture avant de se retrouver dans la relation à deux, on aura plus de probabilités d'avoir un élan d'autonomie et de prendre une décision éclairée et partagée.

L'information adressée à la société civile doit être fondée sur des preuves d'efficacité. Elle ne

doit pas être biaisée par des conflits d'intérêt. Revenons aux médias et aux supports. Les informations sur la santé produites et diffusées par les médias ont fait l'objet d'analyses. Seuls les bénéfices d'une prestation de type sanitaire sont habituellement mis en évidence, même si les bénéfices ne sont que potentiels, même s'il n'est pas prouvé qu'ils sont réalisables dans la pratique courante. Effets désirés, risques et incertitudes sont systématiquement omis par les médias et les brochures.

Une pensée unique passe donc dans la société civile

Elle veut que tout ce qui est proposé et prescrit soit utile, nécessaire et efficace. On devient dès lors très puissant et séduisant. Aujourd'hui, je crois que la séduction est un moyen de domination et je crois aussi qu'il n'y a pas de meilleure séduction que de dire qu'on est terriblement efficace, que l'on va résoudre tout. « Venez,

consommez avec confiance! ». Que cache ce type d'information tout public ? Quasi toujours un intérêt commercial ou l'intérêt d'un producteur de quelque chose. Et pourtant l'information correcte peut modifier la disponibilité à consommer des gens. En voici un exemple concret.

On a sondé 900 Suisses sur leur disponibilité à accepter un dépistage, totalement inutile, le screening du cancer du pancréas. L'échantillonnage de ces 900 Suisses, hommes et femmes, a été divisé en deux groupes. Le premier groupe a reçu une information standard : « Lors d'une visite médicale de routine, le médecin vous demande si vous êtes disposé à vous soumettre à un test diagnostic, un simple examen de sang, qui permet de diagnostiquer, avant que les symptômes de la maladie ne se manifestent, l'existence d'un cancer du pancréas. Quelle serait votre décision ? » Le deuxième groupe a reçu les mêmes informations et un surplus sur les effets indésirés et l'efficacité de la prestation. « Le test n'est pas précis (70% de faux positifs), il conviendra en outre d'effectuer un examen complémentaire à l'hôpital, de type résonance magnétique, pour confirmer ou non le résultat du test précédent. Chaque année en Suisse, 11 personnes sur 100.000 sont atteintes d'un cancer du pancréas. Sur 100 personnes atteintes d'un cancer du pancréas seulement 2 sont encore en vie après 5 années. Quelle serait votre décision ? »

Dans le cas de l'information standard, 60 % étaient disposés à se soumettre au test, dans le cas de l'information exhaustive, 13,5 % acceptent le test et 65 % le refusent.

Quelle conclusion en tirer ?

L'information est aussi importante pour la santé du patient que les médicaments, les examens biomédicaux et les interventions chirurgicales. La santé relève essentiellement de l'information. Bien informé, le patient peut faire des choix ou agir sur le système, bien mieux que s'il n'avait pas été informé. La priorité absolue aujourd'hui est de déprogrammer la société civile et ramener ses attentes à la réalité. Dans l'intérêt de

Figure 4 - L'information du public est biaisée

Media	Brochures et supports produits par les services
Mise en évidence des seuls 'bénéfices' (même si uniquement potentiels)	Omission d'informations utiles pour les patients/usagers
Omission des effets indésirés, des risques et des incertitudes	Terminologie technique non expliquée
Omission des controverses de type scientifique	Liste incomplète des alternatives et des options diagnostiques et thérapeutiques
	Informations inexactes ou obsolètes
	Accent sur les bénéfices (même si potentiels) et tendance à l'omission des risques
	Les incertitudes sont ignorées

Source : Angela Coulter, BMJ and Health Expectations

³ Source : Domenighetti et al. Int.J. Epidem.2004

chacun et de la durabilité des systèmes. L'éditeur du *British Medical Journal*⁴ a fait une proposition pour ramener les attentes à la réalité. Il conseille de faire comprendre que le décès est inévitable, que la plupart des maladies sérieuses ne peuvent être guéries, que les antibiotiques sont inutiles en cas de grippe, que

parfois les prothèses se cassent, que les hôpitaux sont des lieux dangereux etc.

Gianfranco Domenighetti, Professeur d'économie sanitaire, Université de Lausanne et Genève, chef de Service de la Santé publique, Canton du Tessin
Ce texte est extrait des actes du colloque 'Information des patients' organisé le 11 mars

2005 par le service de promotion santé Espace Santé et par la Fondation Solidaris (Mutualité FMSS/FPS). Nous le reproduisons avec l'aimable autorisation d'Espace Santé, Espace Santé, rue de l'Université 1, 4000 Liège. Tél.: 04 223 01 50. Courriel : espace.sante@espacesante.be.

4 Source : R.Smith, Editor British Medical Journal (1999)

STRATÉGIE

Plan communautaire opérationnel

Stratégies concertées pour la prévention des IST/Sida

A côté du Programme quinquennal de promotion de la santé, la Communauté française s'est dotée d'un Plan communautaire opérationnel (PCO)¹. Tout en rappelant un 'fondamental' de la promotion santé, à savoir l'importance d'une approche globale de la santé, de la prévention, de la médecine préventive, le PCO décline sept problématiques prioritaires. Nous vous proposons de faire le point à leur propos depuis le numéro précédent, au départ de la réflexion du Conseil supérieur de promotion de la santé. Après la politique de vaccination (n°224), le dépistage du cancer du sein (n°225) et la tuberculose (n°226), nous abordons aujourd'hui la prévention des IST/sida.



Introduction

En Belgique, on estime actuellement que de 10.000 à 12.000 personnes vivent avec le VIH. En ce qui concerne l'évolution des nouveaux diagnostics enregistrés annuellement, après une baisse observée entre les années 1992 et 1997, on a assisté à une recrudescence de plus de 50 % jusqu'à aujourd'hui². En 2005, un pic de 1.072 diagnostics VIH a été enregistré, ce qui équivaut à une moyenne de près de trois contaminations par jour³. L'augmentation des nouveaux diagnostics observée ces dix dernières années est essentiellement due aux modes de

transmission par contacts hétérosexuels et homosexuels. La transmission par injection intraveineuse de drogues est stable.

Comme le montrent les données de l'année 2005, la transmission par voie hétérosexuelle est prédominante parmi les personnes d'origine étrangère et la transmission par voie homo-bisexuelle est prédominante parmi les Belges. Les groupes d'âge les plus touchés sont celui des 30-34 ans chez les hommes et celui des 25-29 ans chez les femmes. A partir de 1996, les diagnostics de sida maladie et la mortalité ont fortement diminué suite à l'apparition des traitements antirétroviraux, pour se stabiliser depuis 1998.

Depuis la fin des années 1990, le réseau des Laboratoires Vigies⁴ a enregistré une recrudescence de certaines IST après une diminution régulière. Le nombre d'infections gonococ-

ciques a triplé entre 1996 et 2003. Le nombre de cas d'infections à chlamydia a doublé. Par ailleurs, une augmentation des cas de syphilis a également été enregistrée à partir de l'année 2001, après une longue période de faible endémicité. Une augmentation est encore observée entre 2004 et 2005 pour ces trois IST.

Les publics les plus touchés par l'épidémie de VIH présentent des facteurs de vulnérabilité qui sont la plupart du temps cumulatifs : précarité socio-économique, marginalisation/discrimination, mal-être psychologique, manque d'estime de soi, isolement, etc. Certaines vulnérabilités ont également trait aux inégalités de genre.

Le PCO et les stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida

Le Plan communautaire opérationnel

Le PCO formule entre autres des objectifs pour chaque thématique. En ce qui concerne la pré-

1 Voir Boucquiau A., Lonfils R., Trefois P., Le Plan communautaire opérationnel de la Communauté française, Education Santé n° 214, août 2006.

2 Sasse A., Defraye A. et Buziarsist J. Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2004. Institut Scientifique de Santé Publique, IPH/EPI Reports N°2005-017, 2005. <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/aidsfr/aidsanfr/aids04fr.pdf>

3 Sasse A., Defraye A. Le sida en Belgique. Rapport semestriel n°61. Situation au 30 juin 2005. Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique, 2005.

4 Ducoffre G., Rapport annuel sur la surveillance des maladies infectieuses par un réseau de laboratoires vigies. Institut Scientifique de Santé Publique, janvier 2004. <http://www.iph.fgov.be/Reports.asp?Lang=FR&ReportID=2729>

vention des IST/SIDA, les objectifs peuvent être résumés comme suit :

- réduire l'incidence du VIH et des IST dans les populations prioritaires et vulnérables (migrants / étrangers, personnes homo-/bisexuelles, personnes séropositives, usagers de drogue par injection, personnes prostituées);
- assurer la promotion de dépistages adéquats (favoriser les dispositifs de proximité, tenir compte des freins socio-culturels, augmenter le niveau d'information du public, développer des stratégies de communication adaptées aux différents publics);
- maintenir une faible incidence du VIH dans la population générale, en y maintenant l'information et la communication et en maintenant l'éducation à la vie affective et sexuelle auprès des jeunes.

Les stratégies concertées

Lors des travaux préparatoires à la construction du PCO, un processus participatif de planification avait été mis en œuvre par le service communautaire Sipes (ULB-Promes) en collaboration avec l'Observatoire du sida et des sexualités et l'ensemble des intervenants du secteur. Au-delà de ce travail préparatoire et suite à sa réorganisation en avril 2005, le secteur de la prévention des IST/Sida a souhaité poursuivre de manière autonome le processus et l'ancrer dans la durée en prévoyant des mises à jour régulières, la publication de ce travail de mise à jour et sa diffusion sous la forme d'une brochure.

La finalité du processus a été redéfinie et a pris la forme d'une gestion de cycle de la qualité. Ce processus a été intitulé « Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida en Communauté française ». Il se base sur deux sources méthodologiques principales, qui ont été adaptées au contexte : la méthode de planification systémique et participative de Green et Kreuter⁵ d'une part et la gestion de cycle de projet⁶ d'autre part.

Les étapes de cette gestion de cycle mise en œuvre depuis deux ans peuvent être décrites comme suit :

- réunions régulières du comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM), organe représentatif du secteur de la prévention, pour décider des grandes orientations du processus et définir la méthodologie liée à chaque étape;
- organisation d'ateliers participatifs selon des étapes successives d'analyse de situation, de définitions d'objectifs, de stratégies et d'indicateurs d'évaluation;
- publication et diffusion des résultats du travail en ateliers sous la forme d'une brochure.

Une première brochure a été publiée en avril 2005 et une deuxième l'année suivante à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le Sida⁷ (1^{er} décembre 2006).

Les objectifs de la prévention des IST/Sida ont été définis différemment dans les Stratégies concertées par rapport au PCO. L'objectif général est de contribuer à diminuer l'incidence et la prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) et plus particulièrement du VIH, de réduire les vulnérabilités des différents publics cibles, de lutter contre les discriminations envers les publics vulnérables et plus particulièrement les personnes séropositives, et de promouvoir la solidarité.

Les publics cibles identifiés dans les stratégies concertées sont : la population générale, les jeunes, les migrants, les usagers de drogues injecteurs, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes, les personnes prostituées (féminines et masculines), les personnes séropositives, les femmes enceintes et les femmes séropositives ayant récemment accouché, les détenus et le public festif.

Pour l'ensemble des publics cibles, trois objectifs opérationnels transversaux ont été définis :

- améliorer le recours adéquat et l'accès au dépistage de qualité du VIH et des IST;
- augmenter et/ou améliorer l'utilisation du préservatif lors de la prise de risque;
- contribuer à réduire les discriminations vis-à-vis des publics vulnérables et plus particulièrement des personnes séropositives.

Ces objectifs opérationnels transversaux ont été adaptés de manière spécifique pour chaque public cible. Des objectifs complémentaires ont également été formulés pour ces différents publics, ainsi que les activités qui s'y rapportent.

Trois axes stratégiques ont été définis dans le cadre des stratégies concertées selon les acteurs, services ou milieux de vie concernés par les interventions. Ces axes sont complémentaires et se renforcent mutuellement :

- un axe stratégique centré sur les publics cibles : cet axe consiste à renforcer les connaissances et les capacités des individus et des groupes afin d'améliorer leur bien-être et à réduire la transmission du VIH et des autres IST;
- un axe stratégique centré sur les services, milieux de vie et acteurs spécifiques : il s'agit globalement de faire en sorte que ces milieux de vie et acteurs intègrent davantage la prévention du VIH et des autres IST dans leurs activités;
- un axe stratégique centré sur les services, milieux de vie et acteurs généralistes (ou tous publics) : il s'agit globalement de faire en sorte que ces différents milieux de vie intègrent

davantage la prévention du VIH et des autres IST mais aussi les spécificités des différents publics cibles pour contribuer à réduire la transmission et les vulnérabilités, en particulier celles qui sont liées à la discrimination.

Les acteurs de la prévention

Afin de répondre à la nécessité d'intervenir sur ces différents axes stratégiques, divers programmes de prévention, de dépistage et de soins sont mis en œuvre par différents organismes. Certains de ces programmes sont financés par la Communauté française. Les principaux opérateurs concernés sont les suivants :

- les organismes de prise en charge : les Centres de référence Sida (UCL Saint-Luc, ULB Saint-Pierre, ULg, CHU Charleroi), qui déploient également d'autres activités (groupes de patients, prévention secondaire...);
 - des associations qui mettent en place des programmes parmi des publics ou milieux de vie spécifiques : Siréas (migrants), Espace P (prostitué(e)s), Ex æquo et Magenta (homo-/bissexuel(le)s), Modus Vivendi (usagers de drogues, milieux festifs), SES Huy-Waremme (détenus);
 - des associations qui mettent en œuvre des actions au niveau local : Sid'Action Liège, Coordination provinciale Sida assuétudes Namur, Sida-IST Charleroi Mons;
 - les associations qui s'adressent à la population générale et en particulier aux jeunes : Plate-forme Prévention Sida, Aide Info Sida et les associations locales;
 - l'Observatoire du sida et des sexualités (recherches quantitatives et qualitatives, pilotage de la concertation, soutien scientifique).
- Par ailleurs, des organismes non spécifiques ont des projets en lien avec la prévention IST/Sida ou collaborent avec le secteur (services communautaires de promotion de la santé, CLPS, centres de planning familial, etc.).

Le budget était estimé en 2005 à environ deux millions d'euros. Ils se répartissent en programmes de prévention à destination des publics spécifiques (40 %) ou de la population générale et des jeunes (24 %), en programmes locaux (11 %) et en programmes de recueil de données et de recherche (moins de 20 %).

Perspectives

Le PCO et les stratégies concertées renvoient à deux démarches différentes. Le PCO est un document administratif et politique. Les Stratégies concertées émanent du terrain. Leur contenu présente des points communs mais aussi des différences. Les Stratégies concertées abordent un plus grand nombre de publics cibles que le PCO. A côté des objectifs d'augmentation du recours au préservatif et au dépistage, elles mettent en avant un objectif de lutte contre les discriminations qui est absent du PCO. Elles explicitent les

5 Green L. W., Kreuter M. W. Health Program Planning. An Educational and Ecological Approach. 4th Ed. Mc Graw Hill, 2005. www.lgreen.net

6 Commission Européenne. Manuel Gestion du Cycle de Projet. EuropeAid, 2001; 44p

7 Martens V., Parent F. et al. Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida en Communauté française 2006-2008. Bruxelles, Observatoire du Sida et des sexualités (FUSLI), novembre 2006.

stratégies à mettre en œuvre de manière plus détaillée et définissent des indicateurs de qualité pour les stratégies et objectifs définis.

Pour le futur, des mises à jour des productions réalisées lors des différentes étapes sont prévues selon des cycles de deux ans. Lors de chaque cycle, les analyses de situation ainsi que les objectifs, stratégies et indicateurs d'évaluation seront réexaminés et actualisés. Les résultats de ces mises à jour seront également publiés et diffusés.

La participation des acteurs aux différentes étapes permet de prendre en compte les réalités de terrain en partant de l'existant. Elle permet aussi l'appropriation par ces acteurs de compétences méthodologiques, la construction d'une vision commune dans les diagnostics et les réponses

ainsi que le développement d'une culture de l'évaluation. Pour le nouveau cycle qui débute en septembre 2007, une organisation du secteur en points focaux a été définie afin de renforcer la représentativité et développer la participation des publics cibles à l'ensemble du processus du cycle de gestion de la qualité.

Conclusions

A ce stade, on observe peu de changements dans les activités mises en œuvre sur le terrain et dans la répartition des budgets de prévention IST/Sida ces dernières années, y compris depuis l'entrée en vigueur du PCO.

Néanmoins, la démarche innovante de planification participative actuellement en cours dans

le cadre des Stratégies concertées, en tant que processus de gestion de la qualité, devrait mener à une plus grande adéquation entre besoins des publics cibles, activités mises en œuvre et décisions politiques.

Vladimir Martens, Observatoire du sida et des sexualités (Facultés universitaires Saint-Louis) en collaboration avec **Florence Parent**, Sipes (ULB-Promes) et les acteurs du secteur de la prévention IST/Sida
Adresse de l'auteur : Observatoire du sida et des sexualités, FUSL, Bd du Jardin Botanique 43, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 211 79 10. Fax : 02 211 79 04. Courriel : martens@fusl.ac.be

BRÈVES

Tabacologie

Bruxelles

A partir d'octobre 2007

Formation continuée interuniversitaire en tabacologie (année 2007-2008), organisée par le FARES, en collaboration et avec le soutien de l'ULB, l'UCL, l'ULg, la Société scientifique de médecine générale et de la Fondation belge contre le cancer.

L'enseignement porte sur la dépendance tabagique, prépare à l'abord clinique de l'aide au sevrage et à la recherche dans le domaine du tabac, en particulier sur le phénomène de dépendance, étudie les relations et similitudes avec l'usage d'autres substances d'abus.

Formation sanctionnée par un examen écrit QCM, un travail de fin d'études et un stage de 2 demi-jours. Accréditations demandées.

Dates : les samedis 13 octobre 2007, 17 novembre 2007, 15 décembre 2007, 12 janvier 2008, 9 février 2008, 8 mars 2008 et 19 avril 2008.

Lieu : Fondation contre le cancer, chaussée de Louvain 479, 1030 Bruxelles.

Prix : 350 € - 175 € pour étudiants/demandeurs d'emploi de plein exercice.

Renseignements : 02 512 29 36 ou sur le site www.fares.be

Inscription sur candidature au FARES,

rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.

Ménopause

Liège

18 octobre 2007

La Province de Liège, dans le cadre de son projet « Liège Province Santé » de l'Organisation mondiale de la santé, en association avec la Société belge de la ménopause et le Conseil des femmes francophones de Belgique - section de Liège, organise une conférence-débat sur le thème « Améliorer la qualité de vie à la ménopause ».

Cela se passera le 18 octobre 2007 à la Salle des fêtes du Complexe du Barbou, Quai du Barbou 2, 4020 Liège.

Renseignements : Service provincial de promotion de la

santé, projet « Liège Province Santé »,

bd de la Constitution 19, 4020 Liège. Tél.: 04 349 51 33.

Fax : 04 349 51 35. Courriel : spps@prov-liege.be

Santé mentale

Bruxelles

22 octobre 2007

Similes Bruxelles asbl organise une conférence intitulée « Frères et sœurs de personnes malades psychiques, présentation de l'enquête de l'UNAFAM et réflexion sur les retentissements des troubles psychotiques sur la fratrie », par M^{me} **Hélène Davtian**, Psychologue UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques, France).

Lieu : Auberge de Jeunesse Jacques Brel Bruxelles (Salle Delvaux), Rue de la Sablonnière 30 à 1000 Bruxelles (à partir de 19h).

P.A.F.: 5 € / personne - 3 € étudiant(e).

Renseignements et inscriptions : 02 511 99 99,

02 511 06 19, bruxelles@similes.org

Sexualité

Liège

6 novembre 2007

Soirée sur le thème 'La vie sexuelle et affective après 50 ans', avec **Valérie Doyen**, sexologue au « 37 ».

Une organisation du Planning familial le « 37 » en collaboration avec la Fédération des centres de planning et de consultation.

Cela aura lieu à 20 heures à l'Auberge Georges Simenon, rue Simenon 2 à Liège (quartier Outremeuse).

Inscription gratuite au 04 223 77 89.

Seniors

Tournai

6 et 7 novembre 2007

Premier Salon transfrontalier non marchand de la santé, de la qualité de vie et du bien-être des 50 ans et plus.

Le Centre local de promotion de la Santé (CLPS),

l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) et le Centre Régional d'Education pour la Santé du Nord-Pas-de-Calais (CRES NPDC) organisent en partenariat avec la Ville de Tournai et la Province de Hainaut un salon consacré à la santé, à la qualité de vie et au bien-être des seniors.

Cette manifestation est un des aboutissements du programme communautaire Interreg III consacré à la santé des seniors. Ce projet, développé avec le soutien du Fonds Européen de Développement Régional (FEDER), a notamment pour ambition de cerner les besoins des seniors en matière de bien-être et de qualité de vie.

Cette initiative transfrontalière prévoit de mener des actions de prévention et de promotion de la santé de part et d'autre de la frontière avec la participation active de seniors. C'est dans ce cadre précis que cet événement trouve sa place.

Le but est de donner une information claire de l'offre de service existante pour la santé et le bien-être des seniors du Hainaut et du Nord de la France, et d'offrir la possibilité d'échanges sur des thématiques qui touchent les seniors, leur famille et leur entourage.

Au programme, une trentaine de stands d'information (mutuelles, Office du Tourisme, Echevinat des affaires sociales, Université du temps disponible, Agy' sont Asbl, Fondation contre le cancer, Musée du folklore de Mouscron, Hainaut Tourisme...), des permanences d'associations (Infor homes, Ligue Alzheimer, Observatoire de la Santé, département du 3^e Age...), des expositions, des démonstrations d'activités récréatives de loisirs et de santé (Club du rire, Rumeurs et vérités sur les cancers, gym douce, atelier mémoire, atelier dos/nuque, relaxation, atelier informatique...), des visites guidées de la ville au départ du Salon, des conférences-débats (soutien aux aidants, isolement et solitude, cancer et psychologie, aménagement du logement, volontariat...) et des espaces de rencontre. Le salon se déroulera à la Halle aux draps de Tournai, et toutes les activités seront accessibles gratuitement au public les deux jours de 10h à 18h.

Contact : Isabelle Van Puymbroeck, Centre local de promotion de la santé du Hainaut Occidental (CLPS), Rue de Cordes 9, 7500 Tournai. Tél.: 069 22 15 71.

Cancer Bruxelles

9 novembre 2007

Avec plus de 6.500 nouveaux cas enregistrés chaque année en Belgique, les tumeurs cancéreuses du gros intestin se placent en troisième position des cancers les plus fréquents chez l'homme (après ceux de la prostate et du poumon) et en seconde position chez la femme (après les cancers du sein).

C'est une maladie qui continue à faire peur. Pourtant, dépistée à un stade précoce, ses chances de guérison avoisinent les 90 %. Des progrès considérables ont été réalisés au cours des dernières décennies, tant au niveau du dépistage que des traitements. Mais beaucoup de personnes l'ignorent !

Compte tenu de l'importance de ces cancers en termes de santé publique, et dans la perspective d'un prochain dépistage organisé, il était nécessaire d'améliorer les connaissances du public en la matière.

C'est pourquoi la Fondation contre le Cancer a décidé d'organiser une journée d'information sur ce thème le vendredi 9 novembre 2007 aux Musées Royaux des Beaux-Arts de Belgique à Bruxelles.

En savoir plus ? N'hésitez pas à contacter

Dorothee Delvoe au 02 743 37 08 ou par courriel à ddelvoe@cancer.be

Douleur chronique Mont-Godinne

10 et 17 novembre 2007

Le Centre de Référence Multidisciplinaire de la Douleur Chronique (CRMDC) des Cliniques UCL de Mont-Godinne organise deux journées d'études à l'attention des kinésithérapeutes. Cette initiative est menée en collaboration avec le Département de Psychologie de la Faculté de Médecine de Namur et le Centre d'Éducation du Patient asbl.

Ces journées interactives visent à diffuser des connaissances actualisées à propos de la douleur chronique, informer sur la manière dont se déroule la prise en charge au CRMDC, envisager comment les kinésithérapeutes de 1^{re} et 2^e ligne peuvent poursuivre le traitement entamé dans le cadre du CRMDC et évaluer la progression de leur patient, réfléchir à la place de l'éducation du patient dans l'accompagnement.

Une troisième journée de mise en situation sur le terrain est prévue.

Kinésithérapeutes, médecins, psychologues, infirmière... animeront ces journées.

Le CRMDC souhaite ainsi favoriser la prise en charge du patient douloureux chronique par le développement d'un réseau de soins favorisant une plus grande collaboration entre l'accompagnement qu'il propose et les autres thérapeutes de terrain. Participation aux frais : 100 euros pour les 3 journées. Projet réalisé avec le soutien du Fond de Mécénat d'ING en Belgique, géré par la Fondation Roi Baudouin et du FNRS.

Pour tous renseignements et recevoir le programme : Centre de Référence Multidisciplinaire de la Douleur Chronique, Cliniques UCL Mont-Godinne, M. Jacques D'Haeyere, kinésithérapeute, Av. Docteur Thérasse 1, 5530 Godinne. Tél.: 081 42 36 86.

Courriel : jacques.dhaeyere@mont.ucl.ac.be.

Site : www.uclmontgodinne.be.

Assuétudes Bruxelles

12, 13, 19 novembre

Formation de 4 jours 'Usages de drogues et prévention des assuétudes', destinée aux adultes qui entourent les jeunes et aux personnes concernées par les questions des drogues : enseignants, éducateurs, parents, intervenants sociaux, PMS, PSE, responsables santé dans le monde du travail, stagiaires, etc. Le 4^e jour de formation sera fixé avec les participants lors de la première partie de la formation.

Cela se passe dans la salle de réunion de SOS-Jeunes, rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles.

Info : *Prospective Jeunesse, Claire Haesaerts,*

tél.: 02 512 17 66, fax : 02 513 24 02,

courriel : claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be

Médecine scolaire Ophain

24 novembre 2007

L'association professionnelle des médecins scolaires (<http://www.apms.be>) organise une réunion scientifique sur le thème « BMI, périmètre abdominal et syndrome métabolique. Y a-t-il un facteur prédictif chez l'enfant ? ».

Avec la participation du D^r Dominique Beckers (Pédiatre endocrinologue, Service de pédiatrie, Unité d'endocrinologie pédiatrique, UCL Mont-Godinne) et du D^r Walter Burniat (Chef de clinique adjoint, Service de pédiatrie, Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola, ULB).

Cela se passera le samedi 24 novembre de 9 à 12h30 à l'« espace del goutte », rue de Bois-Seigneur-Isaac 40, 1421 Ophain.

Accréditation demandée.

Renseignements : apms2005@hotmail.com.

Alcool en milieu étudiant Louvain-la-Neuve

28 novembre 2007

La consommation de bière, parfois d'alcool, fait partie intégrante du folklore étudiant. Il ne s'agit pas d'abolir toute consommation d'alcool, tous les jeunes n'ont pas le même profil de consommation, et tous les étudiants ne sont pas alcooliques, loin de là. Seule une minorité présente une consommation problématique, mais les risques et les nuisances liés à l'ivresse concernent une population bien plus large.

S'interroger et les interroger sur leur consommation, les motivations de celle-ci et les nuisances qui y sont liées constituent sans doute un premier pas éducatif.

Même si les comportements sont souvent similaires, la réalité de chacun des étudiants et de chacune des

institutions est à prendre en considération pour mener réflexions et actions.

Le séminaire organisé par le Groupe porteur 'Jeunes et alcool' et la Fédération des étudiants francophones s'adresse à toute personne qui se préoccupe, ou a en charge, les questions de santé pour les écoles supérieures et universités, notamment :

- ▀ les universités et hautes écoles francophones (Conseils sociaux, Services sociaux);
- ▀ les équipes PSE et PMS qui ont en charge la mise en œuvre des actions de prévention et promotion de la santé dans les écoles supérieures;
- ▀ les membres des Commissions « Vie étudiante ».

Le programme du jour :

9h : accueil des participants

9h15 - 10h : l'alcool en milieu étudiant

Introduction par la Ministre de la santé en Communauté française Catherine Fonck, et la Ministre de l'enseignement supérieur, Marie-Dominique Simonet
Pourquoi un séminaire par Mathias El Berhoumi, président de la FEF

L'alcool étudiant : transition entre l'usage adolescent et adulte ? par Damien Favresse (ULB)

Les étudiants et l'alcool : pratiques et influences, par Martin de Duve (Directeur Univers santé)

10h - 11h15 : les réalités de terrain

UCL - Michel Taverne, Directeur de l'Administration des affaires étudiantes

ULG - Jean-Olivier Defraigne, Conseiller du recteur pour la santé et les affaires hospitalières

Haute Ecole Léonard de Vinci - ISEI, Colette Lejeune, professeur

FUCAM, Philippe Scieur, Vice-recteur

FUNDP, Jacqueline Delville, directrice du Centre médico-psychologique et JR Honorez, directeur du secteur social

PSE libre du Brabant wallon, Anne-Catherine Jacquet

11h15 - 11h30 : pause

11h30 - 12h30 : travail en atelier autour des

thématiques de la matinée

Atelier 1 - Les étudiants et l'alcool : mieux comprendre la culture étudiante pour mieux coopérer

Atelier 2 - Réduction des risques et des nuisances

Atelier 3 - Alcool et santé, quels risques à court, moyen et long terme ? En quoi les équipes PSE sont-elles concernées ?

12h30 - 13h : offre d'accompagnement adapté par

Univers santé, et mise à disposition d'outils et de visuels

Le séminaire aura lieu aux auditoires Sainte Barbe (près de la Place des Sciences) à Louvain-la-Neuve

L'inscription est gratuite et comprend l'accueil, les documents de travail ainsi que les outils mis à disposition lors du séminaire.

Merci de communiquer vos coordonnées complètes (nom, prénom, fonction, institution, adresse, mél, téléphone), avant le vendredi 16 novembre 2007

- ▀ par courrier à Séminaire « L'alcool en milieu étudiant », ASBL Univers santé, Place Galilée 6, 1348 Louvain-la-Neuve
- ▀ par fax au +32(0)10 47 26 00
- ▀ par mél à colloque@univers-sante.ucl.ac.be

Publications

Soutien à la parentalité

Les Cahiers de Prospective Jeunesse (trimestriel fondé en décembre 1996) se veut un lieu de réflexion, de formation et d'échange d'expériences, d'idées, de points de vue... pour les professionnels de la prévention en matière d'assuétudes, de la promotion de la santé, de la justice, du social, des soins et les adultes relais (parents, enseignants, éducateurs...). Ils interrogent sous des regards différents des thèmes liés aux usages de drogues, à la promotion de la santé et aux politiques et pratiques sociales en matière de jeunesse. Chaque numéro aborde un thème particulier.

Au moment où l'enfant devient ado, beaucoup de parents se sentent seuls et démunis. Les Cahiers de Prospective Jeunesse consacrent trois numéros au thème de la parentalité en 2007. Après les relations entre parents-enfants et justice (n° 42), la parole est cette fois donnée aux parents. Que vivent-ils ? De quelle aide ont-ils besoin ?

A une époque où on voudrait faire des parents les seuls responsables des errements de certains jeunes, la revue montre qu'ils ont surtout besoin de lieux où dire leurs questions et leurs difficultés.

Consultez la table des matières de ce Cahier sur : www.prospective-jeunesse.be/cahiers_dossiers_detail.php?numcahier=43

A ce numéro répondra dès ce mois-ci un autre entièrement consacré aux propositions de soutien à la parentalité en général et plus particulièrement dans le domaine des usages de drogues (n° 44).

Pour commander l'un de ces numéros (6,20 euros) ou s'abonner aux Cahiers de Prospective Jeunesse, contactez Claire Haesaerts au 02 512 17 66 ou cahiers@prospective-jeunesse.be

Environnement

Le Réseau IDée et ses partenaires français d'EnviroDoc (MRES, Chico Mendès) ont conçu le répertoire « 50 outils pour se lancer », dans le but d'aider les enseignants et animateurs souhaitant se lancer dans un projet d'éducation à l'environnement (ErE) avec des enfants et jeunes de 3 à 18 ans.

Comment s'y retrouver dans le foisonnement d'outils pédagogiques lorsque l'on débute en éducation à l'environnement ? Où trouver références, appréciations, témoignages d'autres utilisateurs ? Ce répertoire gratuit propose une sélection des 50 outils belges et français les plus appréciés par des praticiens de terrain, et les plus adaptés à des acteurs non spécialisés en ErE. Edité en nombre limité, il est destiné en priorité aux enseignants et animateurs et est également téléchargeable sur le site www.envirodoc.org.

Une malle pédagogique regroupant l'ensemble des 50 outils est également disponible en prêt au Réseau IDée (Bruxelles et Namur) et à la MRES à Lille. Sorte de « petite bibliothèque pour se lancer en ErE », réservée prioritairement aux formateurs et aux bibliothécaires, elle permet de découvrir ou de faire découvrir

concrètement à son public un panel d'outils d'éducation à l'environnement.

Contactez le Réseau IDée : 02 286 95 73 - info@reseau-idee.be - www.envirodoc.org.

Législation

Deux dispositions concernant l'organisation de la promotion de la santé en Communauté française ont été prises récemment :

- l'arrêté du 11 mai 2007 (MB du 3/7/2007), qui porte notamment sur les conditions de recevabilité des demandes de subvention et sur les modalités d'examen des demandes (il n'y aura plus d'examen en sessions), et dont les annexes 2 et 3 présentent les grilles d'appréciation standardisées des programmes d'action et de recherche à utiliser par le Conseil supérieur de promotion santé pour les programmes à l'échelle de la Communauté et par la Commission d'avis des projets locaux pour les programmes à l'échelle locale ;
- l'arrêté du 23 mai 2007 (MB du 11/7/2007) présentant le règlement d'ordre intérieur du Conseil supérieur de promotion santé.

Consommation

La collation de dix heures : une manipulation de l'industrie agro-alimentaire ?

Pour augmenter la consommation de snacks, l'industrie agro-alimentaire a remis au goût du jour la collation de 10 heures. En expliquant aux enseignants et aux parents que la pause de dix heures était source d'énergie pour les enfants, l'industrie agro-alimentaire a réussi à ancrer cette collation matinale dans les habitudes.

Mais, contrairement au goûter de 16 heures, cette pause matinale n'a pourtant aucune justification nutritionnelle. Pis, à coups de barres chocolatées, c'est souvent le repas le plus gras de la journée, affirme le Dr Marie-Laure Frélut, pédiatre spécialiste de l'obésité infantile.

L'AFSSA (Agence française de sécurité sanitaire et des aliments) confirme ce constat et estime que la collation du matin à l'école doit être supprimée car elle peut favoriser l'obésité. Explication : les enfants, après consommation de leurs snacks de dix heures ont souvent l'appétit coupé et boudent leur repas de midi. A 16 heures, affamés, ils se rattrapent sur le goûter. Deux « repas » particulièrement riches en graisse et en sucre!
Communiqué par le CRIOC, Du côté des consommateurs

Tribune Pas de la petite bière

Chaque année, à la fin des vacances, les bières belges investissent la Grand'Place de Bruxelles pendant trois jours.

Il s'agit pour le secteur brassicole d'une carte de visite somptueuse, qui attire une foule considérable. L'amateur de bière a l'occasion de découvrir des blondes, des ambrées, des fruitées dans de très bonnes conditions de dégustation malgré l'affluence (boissons servies dans des verres ad hoc bien rincés, nombreuses variétés à la pression).

La convivialité chère au bourgmestre de Bruxelles, **Freddy Thielemans**, n'est pas un vain mot ces jours-là, et le touriste qui aboutit par hasard sur la 'plus belle place du monde' doit se dire que la Belgique a quelque chose du paradis sur terre – l'opération s'appelle Belgian Beer Paradise.

Pour faire bonne figure, Bob est de la partie, et de nombreuses banderoles plaident pour une consommation responsable. L'accent est mis résolument sur la qualité plutôt que sur la quantité.

Tout serait pour le mieux dans le meilleur des mondes d'Arnoldus s'il n'y avait certaines déclarations des responsables de l'événement. Crispés par un tassement de la consommation domestique (le Belge ne boit plus 'que' 89 litres par an en moyenne), que ne compensent pas assez les progrès à l'ex-

portation (55,2% de la production est bue à l'étranger), ils affirment que 'le recul des fréquentations des établissements horeca est un problème constant. Les fédérations horeca méritent notre appui. Les menaces à l'égard de la consommation de bière telles que les restrictions en matière de vente et de publicité ainsi que les messages d'avertissement futiles sur les bouteilles et les emballages doivent être prises en considération de manière proactive'.

Que cela ne vous empêche pas de consommer avec modération!

Christian De Bock





Dossier : éduquer au sommeil

Editorial

Le sommeil : une nouvelle priorité de santé publique, *Michel Dépinoy, Françoise Delormas, Sandrine Broussouloux*

Pourquoi et comment dormons-nous ?

À chaque culture son sommeil !, *Laura Chapuis*

À quoi sert le sommeil ?, *Éric Mullens*

Le rapport Giordanella sur le sommeil : du bilan à l'action, *Yves Géry*

« Somnifères et tranquillisants : il est temps d'en parler ! », *Caroline Guillin, François Baudier, Philippe Baillivet*

Que pensez-vous de votre sommeil ?, *Christophe Léon*

Travailleurs postés : déficit de sommeil = danger !

Guillaume Chaumet, Pierre Philip

Éducation pour la santé et sommeil, mode d'emploi,

Françoise Delormas

« Les fantômes ont le sommeil fragile », entretien avec

Christophe Baratault

Comment promouvoir le sommeil chez les seniors

Un programme éducation santé pour améliorer le sommeil des seniors, *Damien Léger, Caroline Gauriau, Bruno Corman, Dominique Choudat*

Personnes âgées : prendre en compte le vieillissement

physiologique, *Alain Nicolas*

Ateliers du sommeil : une alternative aux médicaments, *Henri-Pierre Bessias*

Enfants et adolescents : mais où est passé le sommeil ?

De la naissance à l'adolescence, dans les bras de

Morphée, *Marie-Josèphe Challamel*

« Agir sur le sommeil et les rythmes de vie à l'école »,

entretien avec *Nicole Rivière*

Éduquer les adolescents au sommeil, c'est possible !

France Picard

15 % des enfants de 3 ans auraient des troubles du

sommeil, *Agathe Billette de Villemeur*

« Adolescents, laissons-les dormir », *Michèle Mas*

« Savoir conduire sa vie », *Michèle Mas*

Des lycéens apprennent à gérer leur stress, *Michèle Mas*

« Bien dormir pour mieux vivre », *Catherine Cariou,*

Sophie Tréhout

Dans l'Eure, un réseau petite enfance « éduque » au sommeil, *Marielle Flouriot*

Mirabilis, une crèche qui accueille des enfants la nuit, *Pascale Gabolde, Françoise Delormas*

Pour en savoir plus, *Olivier Delmer, Céline Deroche*

Rubriques

Qualité de vie

Santé mentale : enquête sur l'accueil en urgence,

Michel Joubert

Adolescents en grande difficulté : deux réseaux

innovants en Ile-de-France, *Isabelle Maillard*

Aulnay-sous-bois : un service spécialisé pour les

adolescents en danger, *Clémentine Rappaport*

Un partenariat pour désamorcer l'échec chez les 10-18

ans, *Claude Louzoun*

Aide à l'action

« Le zéro tabac en entreprise ne se décrète pas, il s'accompagne », entretien avec *Christine Servanton et Marie-France Stankiewicz*

Environnement

Pourquoi et comment le bruit est dangereux pour la

santé, *Denis Dangaix*

« Pour prévenir, il faut comprendre ensemble le risque

sonore », entretien avec *Marc Touché*

Informez sans culpabiliser, mot d'ordre des associations,

Denis Dangaix

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

Sommaire

Initiatives

Alcool, leur savoir s'autorégule-t-il avec sagesse ?, par *Martin de Duve, Nadine Fraselle et Marc Vandercammen* 2

Le dopage en Communauté française, par *Miguel Rwubusisi* 4

Le risque cardio-vasculaire global : des outils pour chaque étape, par *Valérie Hubens et Luc Pineux* 6

Alicademy, 200 petits chefs coqs en Brabant wallon, par *Pierre Squifflet* 8

Vaccination généralisée contre le rotavirus, par le *Centre fédéral d'expertise des soins de santé* 9

Le Chat-Accueil, des bénévoles à l'écoute sur le net, par *Julien Winkel* 10

Réflexions

Thérapie informative et politique sanitaire, par *Gianfranco Domenighetti* 12

Stratégie

Plan communautaire opérationnel - Stratégies concertées pour la prévention des IST/Sida, par *Vladimir Martens et Florence Parent* 15

Brèves

17

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

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 Spiece (02-515 05 85, catherine.spiece@mutsoc.be).

Rédaction : Maryse Van Audenhaege.

Ont collaboré à ce numéro : Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Martin de Duve, Gianfranco Domenighetti, Nadine Fraselle, Valérie Hubens, Vladimir Martens, Florence Parent, Luc Pineux, Miguel Rwubusisi, Pierre Squifflet, Marc Vandercammen, Julien Winkel.

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

Site internet : Maryse Van Audenhaege.

Contact abonnés : Maryse Van Audenhaege

(02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be)

Comité stratégique : Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Roger Lonfils, Carine Maillard, Paul Sonkes, Catherine Spiece, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorne, Christian Van Rompaey.

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

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2.400 exemplaires.

Diffusion : 2.200 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 52. 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.

