



Apprivoisons le soleil en pages **6** et **7**

Les Belges inégaux face à la santé

La Fondation Roi Baudouin a mis en place un groupe de travail sur les inégalités en matière de santé. Ce groupe vient de commencer ses activités, notamment en collectant un maximum de données statistiques. Mais la Fondation est tellement interloquée par l'ampleur des inégalités que révèlent ces chiffres qu'elle a décidé d'en faire part au grand public et aux décideurs quelques jours avant les élections législatives, avant même d'approfondir la recherche ou de songer aux éventuelles solutions qui pourraient être proposées.

Tous les Belges sont égaux devant la loi. Le sont-ils également en ce qui concerne leur santé ? La réponse est non. Et l'ampleur de ces inégalités est choquante.

Quelques données concrètes suffisent à prendre la mesure de ces inégalités.

Une personne avec un faible niveau d'études meurt trois à cinq ans plus tôt qu'une personne ayant un niveau d'étude supérieur. Elle peut s'attendre à vivre en bonne santé de 18 à 25 années de moins qu'une personne avec un haut niveau d'étude¹.

Dans les couches sociales les plus basses, seules 60 % des personnes estiment être en bonne santé, contre 87 % dans les couches sociales les plus hautes².

Un enfant dont les deux parents sont chômeurs court presque 2 fois plus de risques d'être prématuré et d'avoir un faible poids à la naissance. Il court 2 fois plus de risques d'être mort-né qu'un enfant dont au moins un des parents travaille comme fonctionnaire³.

Tous les Belges ne sont donc pas égaux en matière de santé. La santé se répartit inégalement, plus inégalement encore que la Fondation ne s'y attendait. De plus, cette répartition se fait systématiquement au désavantage

des couches sociales les plus basses : elle suit de près celles de l'argent, de l'éducation, du statut social ; couche par couche, classe par classe. La pyramide de la santé se révèle être une copie conforme de la pyramide des inégalités de la société.

Le nombre d'années de vie en bonne santé (espérance de vie en bonne santé) des personnes ayant un faible niveau d'études diminue principalement à cause des maladies suivantes : arthrite, maux de dos, maladies cardiaques, attaques, asthme et maladies chroniques des poumons⁴.

La réduction de l'espérance de vie est principalement à attribuer à des causes de décès sur lesquelles la prévention a une influence importante, notamment la cirrhose du foie, le cancer de l'intestin, le suicide et les accidents⁵.

La prévention, parent pauvre de notre système de santé

Les hommes âgés de 40 à 49 ans et n'ayant qu'un faible niveau d'études courent environ 2 fois plus de risques de mourir d'un cancer du poumon que les hommes possédant un diplôme plus élevé⁶.

Dans les quartiers les plus défavorisés, plus du double de personnes meurent de cirrhose du foie que dans les quartiers plus aisés⁷.

L'espérance de vie n'est donc pas uniquement liée au niveau d'étude mais également au quartier d'habitation, à la profession exercée, etc. Les hommes qui, à la cinquantaine, sont locataires de leur logement ont un risque de décès près de 2 fois supérieur à celui des hommes de la même catégorie d'âge qui sont propriétaires de leur logement⁸.

Et on pourrait multiplier les exemples.

Ces grandes inégalités en matière de santé ne peuvent que nous interpeller. La Belgique ne s'est-elle pas toujours vantée d'avoir un système de santé accessible et abordable ? N'était-ce pas là justement un point qui différenciait la Belgique des autres pays ? C'est ce que nous pensions jusqu'ici.

Depuis des décennies, « des soins de santé accessibles et abordables pour tous » a été le slogan de tous les gouvernements, de tous les partis politiques, de tous les groupes qui sont concernés par la gestion des soins de santé.

De nombreuses mesures ont été mises en place pour les personnes ayant un faible revenu ; par exemple l'extension de l'intervention majorée avec le statut *Omnio* ou le *Maximum à facturer* qui veille à ce que les frais de santé ne dépassent pas un certain montant par an.

Les efforts réalisés comme les budgets qui y sont consacrés sont importants. Le but poursuivi est-il pour autant atteint ?

Notre système de santé si renommé garantit effectivement une large offre de médecins et d'hôpitaux, dispensant des soins de haute qualité, sans délais d'attente, pas trop chers comparativement à d'autres pays et avec une série de mesures spéciales pour les groupes disposant d'un faible revenu. Pourtant, notre système de soins de santé ne parvient pas à réduire les inégalités en matière de santé.

La Belgique n'a pas l'espérance de vie la plus élevée au monde. Selon le *Rapport mondial de la santé* (2006), 25 pays font mieux qu'elle.

Certaines indications montrent qu'en matière d'égalité de santé, nous faisons également moins bien que nos voisins. Une illustration de ce point peut se trouver dans une récente étude sur l'obésité, l'un des problèmes les plus importants actuellement en Europe tant en matière de santé qu'en matière d'inégalités socio-économiques⁹. Ainsi, en 1997, en Belgique, les femmes issues des classes sociales les plus basses avaient 14 % plus de risque de devenir obèses. La Fondation Roi Baudouin souhaite étudier le sujet plus avant. Elle croit aux atouts de notre système de santé. Ce système est-il trop centré sur le traitement des maladies au détriment de leur prévention ? Cette dernière n'est-elle pas trop peu orientée vers des groupes spécifiques ? D'innombrables questions sont à éclaircir. C'est pour en savoir plus que la Fondation Roi Bau-

1 Bossuyt N. en H. Van Oyen, (2000), *Gezondheidsverwachting volgens socio-economische gradiënt in België*, IPH/EPI Reports Nr. 2000-003, Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique. Département Epidémiologie.

2 ISSP, (2002), *Enquête de Santé par interview Belgique 2001*, IPH/EPI Reports Nr. 2002-22, Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique. Département Epidémiologie.

3 Centrum voor operationeel onderzoek in volksgezondheid, (2001), *Geboorte, perinatale sterfte en kindersterfte, 1993-1995*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap: Administratie Gezondheidszorg en Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid : Afdeling Epidémiologie, <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epin/crosnpl/inf9395n1.pdf> Drieskens S., J. Tafforeau, H. Van Oyen, H. Cloots en S. Van den Broucke (2000), *Geboorte, perinatale sterfte en kindersterfte, 1993-1995*, Centrum voor operationeel onderzoek in volksgezondheid.

4 Nusselder W.J., C.W. Looman, J.P. Mackenbach, M. Huisman, H. Van Oyen, P. Deboosere, S. Gadeyne en A.E. Kunst (2005), *The contribution of specific diseases to educational disparities in disability-free life expectancy*, *American Journal of Public Health*, 95(11), 2035-41.

5 Bossuyt N. en H. Van Oyen, (2001), *Rapport de santé : différences socio-économiques en santé*, IPH/EPI Reports Nr. 2001-013, Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique. Département Epidémiologie.

6 Mackenbach J., (2004), « Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European populations », *European Journal of Cancer*, 40(1), 126-35.

7 Lorant V., (2000), « Mortality socio-economic inequalities for small-areas in Belgium : assessing concentration », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 48(3), 239-247.

8 Huisman M., A.E. Kunst, O. Andersen, M. Bopp, J.K. Borgan, C. Borell, G. Costa, P. Deboosere, G. Desplanques, A. Donkin, S. Gadeyne, C. Minder, E. Regidor, T. Spadea, T. Valkonen en K.P. Mackenbach, (2004), « Socio-economic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(6), 468-475.

9 Robertson Aileen, Public Health Nutritionist Suhr's University College, Denmark, *Obesity and Socio-economic groups in Europe : Evidence and implications for action*, presentation for the Expert Group on social determinants and health Inequalities, 7 May 2007

douin a mis en place un groupe de travail réunissant les acteurs concernés, qui va approfondir la problématique des inégalités de santé au cours des prochains mois.

La Fondation encourage d'ores et déjà les différents niveaux de pouvoirs politiques et tous les acteurs de la société civile à placer les inéga-

lités de santé plus haut sur leur agenda. Avec eux, elle souhaite chercher de nouvelles mesures qui influenceront effectivement et positivement le niveau de la santé en Belgique.

Les deux équipes scientifiques qui appuient la Fondation sont pour l'UGent le Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheids-

zorg (Prof. Jan De Maeseneer), et pour l'ULB le Département de Médecine Générale (Prof. Michel Roland).

D'après un communiqué de la Fondation Roi Baudouin

France : du PNNS 1 aux propositions du PNNS 2...

En janvier 2001, le Ministère de la Santé a mis en place, en France, avec le soutien de tous les ministères et institutions concernés, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) dont l'objectif général était (et reste) d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur le déterminant majeur que représente la nutrition.

Un rapport remis l'an dernier au ministre de la santé donne des éléments de bilan tant quantitatif que qualitatif du PNNS 2001-2005, et propose un certain nombre de recommandations pour la mise en place de nouvelles stratégies pour la suite du PNNS2 (2006-2008).

Grands principes positifs

Pour la période 2001-2005, le PNNS1 prévoyait un ensemble d'actions et de mesures ayant comme finalité de promouvoir, dans l'alimentation (et l'hygiène de vie en rapport avec l'alimentation) les facteurs de protection, et de réduire l'exposition aux facteurs de risque vis-à-vis des maladies chroniques et, au niveau des groupes à risque, de diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques.

Neuf objectifs nutritionnels prioritaires chiffrés (sur l'alimentation, l'activité physique et le statut nutritionnel) ont été retenus pour cette période par un comité d'experts en nutrition et santé publique. Ces objectifs pragmatiques ne visaient pas à couvrir de façon optimale l'ensemble des problèmes nutritionnels de la population française. Il s'agissait de propositions « raisonnables » et ciblées, suffisantes pour permettre une amélioration significative de la situation nutritionnelle en France.

Dans l'esprit des concepteurs du programme, le fait d'atteindre ces objectifs chiffrés ne constituait pas une fin en soi, mais le niveau de réduction des facteurs de risque ou de promotion des facteurs de protection, tels qu'ils ont été retenus paraissait suffisamment raisonnable sur la période de temps considéré, pour permettre un impact réel significatif à plus long terme sur la morbidité et la mortalité. A côté des 9 objectifs visant l'ensemble de la population, neuf objectifs nutri-

tionnels spécifiques ont également été définis visant des populations particulières.

Sur un plan opérationnel, pour atteindre les objectifs définis, le PNNS 2001-2005 proposait de développer un ensemble d'actions, de mesures, voire de réglementations autour d'axes stratégiques orientés vers la communication, l'information, l'environnement nutritionnel et l'offre alimentaire. La base conceptuelle et les stratégies mises en place se sont appuyées sur les conclusions du rapport du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) « Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et proposition » publié en septembre 2000.

Véritable plan de santé publique, ce programme associait également la formation, la recherche, la surveillance et l'évaluation multisectorielle. Le PNNS associe, depuis son lancement, tous les acteurs concernés dans son Comité de pilotage : l'ensemble des ministères (santé, agriculture, consommation, éducation nationale, jeunesse et sport, lutte contre l'exclusion et la précarité, sujets âgés, intérieur, recherche), les agences sanitaires (INPES, InVS, AFSSA), la CNAM, la Mutualité française, le Conseil national de l'alimentation, l'INSERM, l'INRA, l'Association nationale des industries alimentaires, les associations de consommateurs, les associations des Maires de France et des Départements de France et divers experts scientifiques (la grande distribution et la restauration collective ont été associés plus récemment).

Les actions mises en place ont été orientées vers différentes cibles : population générale, groupes à risque, professionnels de santé, professionnels de l'éducation, travailleurs sociaux, collectivités locales et territoriales, monde associatif et acteurs économiques.

Toutes les actions mises en place depuis 2001 ont toujours reposé sur un ensemble de grands principes fondamentaux : le respect du plaisir, de la convivialité, et de la gastronomie; une approche positive, fortement orientée vers la promotion des facteurs de protection, ne se situant jamais dans le champ de l'interdit; le développement de messages toujours adaptés aux modes de vie; la synergie, la complémen-



tarité et la cohérence des messages et de l'ensemble des actions développées. Ceci tout en respectant la liberté et le plaisir que représente, notamment dans notre pays, l'acte alimentaire. Bien qu'imparfait, le PNNS a le mérite d'être un vrai plan de santé publique, agissant sur l'ensemble des secteurs concernés et ayant visé différentes cibles : consommateurs / usagers / citoyens, professionnels relais (santé, éducation, travailleurs sociaux...), les opérateurs économiques (production, transformation, distribution, restauration collective...). Il a montré l'articulation entre le niveau national (développant le cadre de référence et jouant un rôle incitatif) et le niveau loco-régional avec une implication forte des collectivités territoriales (régions, départements, villes) et du monde associatif. Il a fait appel à la complémentarité des approches : communication, information, éducation, sensibilisation, actions sur l'offre alimentaire et l'environnement nutritionnel (incluant alimentation et activité physique).

Les éléments de bilan du PNNS1

Les éléments d'évaluation concernant les actions développées, les mesures mises en place

et les outils conçus dans le cadre du PNNS 2001-2005 présentés dans le rapport ne sont en aucun cas une évaluation globale du PNNS permettant de juger de l'impact de l'ensemble des moyens mis en œuvre sur les objectifs nutritionnels fixés en 2001.

Cette évaluation objective (prévue lors de la mise en place du PNNS) est programmée pour 2007 et s'appuiera principalement sur les résultats de l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) qui fournira des données sur les indicateurs des objectifs du PNNS, au niveau d'un échantillon de 6000 personnes représentatif de la population française. L'évaluation réelle sera réalisée par un évaluateur externe (Inspection générale des affaires sociales, IGAS) qui aura la charge d'évaluer l'état d'avancement des objectifs fixés et d'évaluer l'ensemble des processus mis en œuvre dans le cadre du PNNS.

Cependant les éléments disponibles en termes quantitatifs montrent que plus de trois-quarts des actions prévues ont été réalisées, notamment en ce qui concerne les axes portant sur la communication / information / éducation, le développement de la recherche et la mise en place de moyens de surveillance nutritionnelle. Les scores d'adéquation sont moins bons pour les axes impliquant le système de soins et les acteurs économiques et surtout celui visant à développer des mesures et actions destinées à des groupes spécifiques de population.

Par contre, il faut noter que de très nombreuses actions non prévues initialement dans le PNNS ont été également ajoutées en cours de développement du programme.

Ce rapide bilan met en évidence que, loin d'être dispersé (comme cela lui est parfois reproché), le PNNS, pour atteindre ses objectifs, a agi de façon complémentaire et cohérente sur l'ensemble des leviers nécessaires et au niveau des multiples professions, lieux et terrains d'actions qui, dans le champ de la nutrition, sont particulièrement nombreux. Des éléments peuvent être considérés comme positifs (mise en place de la plupart des actions programmées, mise au point d'un cadre référentiel reconnu et aujourd'hui incontournable), mais des points négatifs existent (retards dans la programmation des actions, insuffisance des moyens, faible mobilisation de certains acteurs...). Finalement on peut reconnaître que le PNNS 2001-2005 a permis de développer un cadre référentiel et de créer une dynamique qui a touché l'ensemble des acteurs concernés par le champ de la nutrition.

Cependant la conception et le développement des outils nécessaires à l'établissement du cadre référentiel et la mise en œuvre des actions et des mesures proposées en 2001 ont nécessité une large et longue concertation que justifiait la nécessité de l'appropriation, par chaque acteur, d'une nouvelle démarche de santé

publique novatrice. Ceci explique, en partie, le retard observé dans l'avancement pratique du PNNS. Certes, une grande majorité des actions et mesures prévues dans le programme en 2001 ont été mises en place aux niveaux national et local. Cependant, pour la plupart, leur plein développement n'est cependant intervenu que tardivement (notamment à partir de 2003), et leur impact, même s'il a déjà pu avoir certains effets, ne s'est vraisemblablement pas encore manifesté de façon optimale.

D'autre part, la loi relative à la politique de santé publique et son rapport annexé, qui fixe des objectifs de santé pour l'horizon 2008, reprennent les niveaux des objectifs majeurs du PNNS tels qu'initialement prévus pour 2005.

Ces différentes raisons et notamment le calendrier fixé par la loi justifient pleinement le maintien pour le PNNS 2 du chiffrage à atteindre pour les 9 objectifs spécifiques du PNNS. De plus, aucun élément suffisamment objectif et global ne permet de connaître la situation à la fin de l'année 2005. Les résultats de l'étude ENNS initiée sur le terrain en janvier 2006 et destinée à cette mesure ne seront pas connus avant 2007.

Les 3 plans d'actions du PNNS 2

Ils comprennent un total de 26 actions concrètes dans le cadre d'une grande mobilisation nationale pour la promotion de la nutrition.

Les propositions faites en vue de prolonger le PNNS et d'inscrire la nutrition comme une politique de santé publique à long terme, s'inscrivent dans la ligne directe des acquis des cinq premières années. Elles s'appuient sur le cadre référentiel déjà développé, sur la dynamique mise en place au niveau de l'ensemble des acteurs impliqués, et sur les grands principes fondamentaux du PNNS.

Ceux-ci associent, dans une finalité d'objectifs de santé scientifiquement validés, les dimensions de plaisir, de gastronomie, de convivialité, de partage et de culture. Les propositions poursuivent l'option affirmée dans le PNNS de recherche permanente de cohérence des messages, de complémentarité et de synergie des différentes actions. Elles s'appuient également sur l'expérience acquise au cours du fonctionnement du premier PNNS, sur les analyses faites et l'évaluation des actions pilotes ou études-actions mises en place depuis 2001 (par exemple en termes de communication, de mise en place de réseaux, de relations avec les opérateurs économiques...).

Ces propositions ne sont plus des recommandations générales mais des propositions d'actions concrètes et pragmatiques visant à se donner les moyens d'atteindre les objectifs nutritionnels de santé publique fixés dans le PNNS. Elles doivent être organisées selon un calendrier adéquat, qui devra vraisemblablement se prolonger au delà de 2008.

Ces propositions se veulent résolument efficaces et visent à réduire les inégalités en terme d'accès à une alimentation favorable à la santé (réduction de la fracture nutritionnelle qui se développe en France avec un écart qui se creuse avec les populations défavorisées sur le plan économique, qui apparaissent particulièrement vulnérables sur le plan nutritionnel, associant risque élevé d'obésité et de carences).

Les propositions pour le PNNS 2 sont organisées autour de 3 axes correspondant à 3 plans d'actions donnant lieu, pour chacun, à des stratégies complémentaires regroupant diverses modalités d'action. Depuis 2001, le PNNS a montré la nécessité absolue d'un travail permettant d'agir conjointement sur la promotion de la nutrition dans une finalité de prévention globale, le dépistage précoce et la prise en charge des troubles nutritionnels et de leurs conséquences sur la santé. Ceci nécessite un travail impliquant de multiples acteurs, qui débordent largement les seuls professionnels du champ de la santé, du domaine social ou de l'éducation. Il est indispensable d'associer le secteur public, seul en charge de l'orientation des politiques et des stratégies nationales, les collectivités territoriales qui agissent avec les compétences que la loi leur confère en faveur des populations qu'elles représentent, les multiples professionnels relais, les usagers, et le secteur privé dont le soutien à la cause de la santé publique et l'implication dans le domaine d'activité qui lui est propre sont essentiels à l'atteinte des objectifs fixés.

C'est pourquoi ces propositions d'actions doivent être replacées dans le cadre de la mise en place d'une grande mobilisation nationale pour la promotion de la nutrition.

Plan d'actions 1 - « Prévention nutritionnelle globale : offrir à tous les conditions d'une alimentation et d'une activité physique favorable à la santé. Rendre réellement réalisables les repères de consommation du PNNS ».

Ce plan comprend un ensemble d'actions et de mesures destinées à promouvoir une alimentation et des comportements, qui, tout en respectant le plaisir et en étant adaptés aux différents modes de vie, participent à la prévention des grandes maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, ostéoporose), diminuent les risques d'obésité (et ses co-morbidités associées) et de dénutrition. Il est orienté autour de deux stratégies majeures.

Améliorer l'offre alimentaire et la pratique d'une activité physique suffisante :

- faciliter l'accessibilité pour tous et donner du plaisir à consommer les aliments de bonne valeur nutritionnelle et dont la consommation doit être accrue. Cette stratégie qui vise la population générale développe plus particulièrement des actions ciblées spécifiquement

vers les enfants et les populations les plus vulnérables économiquement;

- optimiser la qualité nutritionnelle des aliments mis sur le marché tout en respectant leur qualité gastronomique, sans nuire à leur accessibilité pour tous;
- faciliter l'accès, sur les lieux de vie, à une activité physique quotidienne, partie intégrante du mode de vie, facile et plaisante.

Orienter la demande des consommateurs :

- renforcer une communication (nationale et de proximité) très orientée sur la mise en pratique et la facilité à tendre vers les repères de consommation et leur faisabilité quels que soient les modes de vie, les goûts ou les moyens économiques;
- donner une information pratique et simple pour orienter les choix des consommateurs au moment de l'acte d'achat;
- étendre les actions d'éducation nutritionnelle accessibles à tous, particulièrement à destination de populations à faible niveau d'éducation;
- garantir une cohérence des messages.

Plan d'actions 2 - « Prendre en charge l'obésité de l'enfant et de l'adulte »

Ce plan s'appuie sur un système intégré dans le bassin de vie permettant de garantir une prise en charge adaptée de l'obésité (infantile et adulte), décloisonnée, concertée et multidisciplinaire. Ce système devra prendre en compte les dimensions somatique, psychologique et sociale de l'obésité, assurant une cohérence de la prise en charge des personnes et luttant contre la stigmatisation. Ce plan s'appuie sur plusieurs stratégies :

- mettre en place des systèmes de prise en charge de l'obésité des enfants et des adultes avec des professionnels formés sur des bases valides, travaillant en réseaux au niveau régional, et dont les réseaux sont coordonnés au niveau national et articulés sur un dépistage efficace en amont;
- positionner l'enjeu de santé de l'obésité et lutter contre la stigmatisation des obèses à tous les niveaux de la société.

Plan d'actions 3 - « Améliorer la prise en charge transversale de la dénutrition ou de son risque, notamment chez le sujet âgé (en ville et dans les établissements de santé et médico-sociaux) »

Ce plan met en œuvre une prise en charge transversale de la dénutrition ou de son risque, notamment des sujets âgés, avant, pendant et après l'hospitalisation, en s'appuyant sur diverses stratégies :

- actualiser la formation de l'ensemble des professionnels de santé et les professions relais (travailleurs sociaux, conseillères en éducation familiale et sociale, encadrants d'activités de loisirs, aidants de sujets âgés dépendants...);
- développer les outils et les moyens utiles à la reconnaissance, dans les lieux de vie des sujets âgés, des risques de dénutrition;



Photo © Fotolia

- mettre en place un système d'alerte et de prise en charge de la dénutrition en ville et à l'hôpital.

La finalité de ces trois plans est de développer conjointement des actions pragmatiques et efficaces dans les domaines de la promotion de la nutrition (prévention globale) et de la prise en charge des problèmes nutritionnels destinées à l'ensemble de la population avec des actions spécifiques orientées vers des groupes vulnérables. Il est certain que les populations défavorisées (au delà des seules populations en situation de précarité) constituent un groupe particulièrement vulnérable. Il s'agit donc de

réduire les différences en termes d'accès à une alimentation et à une activité physique favorables à la santé entre les populations les plus favorisées et celles moins favorisées économiquement, de lutter contre les inégalités en termes d'accès à la prise en charge et aux soins des populations les plus affectées (jeunes, défavorisés...) et de limiter les différences régionales.

Quels moyens pour quelles fins

Les moyens à mettre en œuvre doivent permettre :

- d'articuler les différentes politiques publiques (santé, alimentation, éducation, économique, sociales, jeunesse et sports, ville, recherche...)

tant au niveau national que loco-régional. Ceci implique de disposer des moyens de coupler une gestion technique et une gestion politique du PNNS2;

- de disposer des moyens financiers et humains à la hauteur des enjeux de santé publique (et de lutte contre les « inégalités alimentaires »), notamment par la mise en place d'un Fonds national de promotion de la nutrition (FNPN);
- d'instaurer un nouveau dialogue et une participation active des opérateurs économiques du champ de la nutrition par l'adhésion, sur une base volontaire, à des chartes d'engagement formalisées;
- de créer un véritable élan national mobilisant l'ensemble des acteurs concernés pour atteindre les objectifs fixés (professionnels de santé, monde de l'éducation, travailleurs sociaux, associations, villes et autres collectivités locales et territoriales, entreprises...).

Les 26 actions concrètes préconisées dans le rapport et les mesures proposées pour les réaliser constituent un ensemble de stratégies qui

permettent de prendre en compte les diverses dimensions de la nutrition.

La mise en place et le succès de ces actions nécessitent une volonté ferme des divers intervenants concernés (sous la coordination des pouvoirs publics) de s'impliquer fortement dans une finalité de santé publique. Il est indispensable d'agir à divers niveaux, au même moment, et dans une cohérence globale si l'on souhaite relever le défi d'atteindre les objectifs fixés et obtenir une amélioration de la santé des Français.

Chaque segment de la société doit être partie prenante de l'effort, tant l'alimentation et l'activité physique constituent des éléments du quotidien discutés en permanence par chacun. A l'issue du PNNS 2001-2005, nous avons vu que des frémissements existent au niveau des objectifs nutritionnels fixés. Il est nécessaire de prolonger, multiplier sur le territoire national entier et renforcer l'effort engagé. La mise en place de nouvelles actions et mesures au cours des trois années à venir permettra de mesurer d'ici trois ans (2009-2010) les effets globaux

sur des indicateurs précis dont les mesures de base seront disponibles lors de la publication des résultats ENNS (2006-2007). Les mesures d'indicateurs économiques de l'offre alimentaire pourront également fournir des éléments d'évaluation pertinents.

Enfin une évaluation spécifique des principales mesures mises en place, et de leur effet sur les objectifs fixés, devrait permettre de juger de la nécessité de maintenir ou de réorienter ces mesures dans le futur.

Serge Hercberg, Professeur de Nutrition
Faculté de Médecine Paris 13, Directeur de l'U 557 Inserm/U1125 Inra/Cnam et de l'USEN (InVS/Cnam/Paris13), Directeur du CRNH Ile-de-France, Vice-président du Comité Stratégique et Président du Comité de pilotage du PNNS

Article publié dans le n° 96 (juillet-août 2006) de *Cholé-doc*, bimestriel édité par le Centre de recherche et d'information nutritionnelles.

Avec l'aimable autorisation du CERIN.

Le petit garçon qui voulait devenir l'ami du soleil

L'exposition solaire et le mélanome malin

Le mélanome est le cancer qui a le plus progressé dans la population d'origine européenne ces dernières décennies. Depuis les années 1970, le nombre de nouveaux cas augmente de 3 à 7 % par an, soit un doublement de l'incidence tous les 10 à 20 ans. En Belgique, on dénombre 1000 nouveaux cas par an et on estime qu'en années potentielles de vies perdues, il s'agit du second cancer après les tumeurs du cerveau car, comparé à d'autres cancers, le mélanome frappe des patients relativement jeunes.

L'augmentation des cas de mélanome est attribuée à des changements de mode de vie associés à une augmentation de l'exposition de la peau aux ultraviolets, surtout une exposition intermittente intense. Ainsi, 90 % des mélanomes sont dus au soleil.

Si le mélanome reste heureusement rare dans l'enfance, l'exposition solaire avant l'âge de 12 ans joue un rôle déterminant dans l'augmentation du risque de mélanome à l'âge adulte. En effet, le mélanome se préparerait durant l'enfance.

Les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé en matière de prévention de la surexposition aux ultraviolets sont :

- **limiter la durée de l'exposition en milieu de journée.** L'intensité du rayonnement UV solaire est maximale entre 10 h et 14 h (en heure solaire, c'est-à-dire deux heures avant et deux heures après le midi solaire);

- **rechercher l'ombre.** Il est recommandé de se réfugier à l'ombre quand le rayonnement UV est le plus intense;

- **porter des vêtements et accessoires de protection.** Un chapeau à large bord offre une bonne protection des yeux, des oreilles, du visage et de l'arrière du cou contre le soleil. Les lunettes de soleil, avec une protection latérale suffisante, bloquent 99 % à 100 % des UVA et UVB, ce qui réduit considérablement

le risque de lésions oculaires par exposition au soleil. Les vêtements amples au tissage serré apportent une protection supplémentaire;

- **protéger les enfants.** En général, les enfants sont plus sensibles que les adultes aux risques de l'environnement. Au cours des activités en plein air, il faut les protéger de l'exposition aux UV en appliquant les mesures décrites ci-dessus. Quant aux nourrissons, il faut toujours les garder à l'ombre.

Soleil malin

Sur le même sujet, relevons aussi la campagne d'information du CRIOC, du secteur des cosmétiques et de l'hygiène (DETIC), de la distribution (FEDIS) et du SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

En 2006, dans un objectif de santé publique, l'Union européenne a publié une recommandation relative à la protection solaire. Cette recommandation prévoit l'adoption d'un nouvel étiquetage des produits solaires et l'introduction d'une protection UVA minimale identifiée par un logo.

D'autre part, l'Europe a mis en évidence une série de conseils de protection solaire qui seront illustrés par des pictogrammes. Dans ce contexte, les pays membres ont été invi-

tés à concrétiser la recommandation de l'UE en développant une communication locale. C'est donc chose faite en Belgique.

Cette campagne s'appuie entre autre sur le site www.soleilmalin.be, qui contient les informations essentielles pour fréquenter intelligemment l'astre du jour ainsi que des FAQ pour balayer quelques idées reçues. La protection particulière des enfants est mise en évidence chaque fois que cela s'avère nécessaire.

Le site présente également les pictogrammes qui seront déployés par l'Union européenne sur les lieux d'exposition solaire (plages, montagnes, etc.) afin d'attirer l'attention du public sur la nécessité d'une protection adéquate.

Une campagne de promotion de la santé pour apprivoiser le soleil

Catherine Fonck, la Ministre de la santé de la Communauté française, a choisi la veille de l'été pour démarrer une campagne de sensibilisation fort sympathique, 'Apprivoisons le soleil'. Celle-ci s'appuie sur un projet éducatif pilote de prévention du mélanome malin mené dans plusieurs écoles du Hainaut. Ce projet est mené par l'Association pour la lutte contre le mélanome malin (asbl), en partenariat avec le Réseau hospitalier de médecine sociale, le Centre local de promotion de la santé Hainaut occidental, l'Observatoire de santé du Hainaut et des services de Promotion de la Santé à l'École (PSE). Il fera l'objet d'une extension à l'ensemble du territoire du Hainaut occidental et à la région de Mons, en direction des écoles mais aussi des mouvements de jeunesse.

Pour diffuser plus largement les messages de prévention, le Service communautaire de promotion de la santé Question Santé a réalisé une campagne de communication pour l'ensemble de la Communauté française. En outre, à la demande de la Ministre, et suite à une proposition de l'Etnic¹, la campagne utilise un nouveau moyen de communication, le SMS2mail : en envoyant un SMS gratuit, le public peut recevoir une brochure par mail. L'objectif est de réaliser un test « grandeur nature » sur une campagne d'un des départements du Ministère de la Communauté française. La procédure de commande via SMS est activée durant une période limitée (jusqu'à la fin août). En complément de cette campagne SMS2mail, d'autres moyens pour recevoir l'information sont à la disposition du public : des affiches, des



brochures disponibles gratuitement via la collaboration du numéro vert de la Communauté française, le 0800 20000, des spots radio...

Un conte pour enfants comme fil conducteur

Comment intéresser des adultes à des informations sur le bon usage du soleil ? Comment les amener à transmettre des conseils à leurs enfants ? Les freins sont nombreux : manque d'intérêt, banalisation, impression de déjà tout savoir, difficulté de communiquer une information accessible à un jeune enfant, etc. Question Santé a retenu l'idée de créer un conte, une histoire que les parents peuvent raconter à leurs enfants. Ce moment agréable partagé favorise la mémorisation du message par tous et facilite le rappel des conseils. L'idée « Apprivoisons le soleil » permet de par-

ler de plaisir et de rencontre et de ne pas être manichéen, de nuancer le propos. La notion d'amitié a également été exploitée : il ne faut pas faire n'importe quoi avec un ami, on prend des précautions pour ne pas le déranger, le heurter. On connaît ses défauts, on ne l'aime pas moins, mais on est attentif.

L'idée est illustrée par l'histoire de Palou, un petit garçon qui veut savoir pourquoi les grands ont peur du soleil. Comme il n'a pas froid aux yeux, un matin, il décide de partir à la rencontre du soleil. Au fil du chemin et au hasard des rencontres, il découvrira comment devenir son ami. Le conte, écrit par Bettina Cerisier et Bernadette Taeymans, et illustré par Marina Le Floch, est décliné à travers cinq outils de communication :

- 4 spots radiophoniques, débutant par une amorce du conte et une voix off donnant les infos sur la campagne (SMS ou 0800);
- une affiche;
- une brochure Flash, envoyée par messagerie électronique (campagne SMS2mail) proposant le conte en version écrite et illustrée, le conte en version audio, des contenus informatifs, un jeu de connaissances;
- une brochure imprimée reprenant le conte illustré ainsi que des contenus informatifs. Elle sera notamment diffusée grâce à la collaboration du numéro vert de la Communauté française, le 0800 20000;
- un site internet, www.palou.be, en complément de la campagne SMS2mail.

Les auteurs de la campagne ont poussé le souci du détail assez loin, puisque Catherine Fonck a eu le rare privilège d'offrir à Manneken Pis l'attirail (vêtements, chapeau, lunettes) du 'parfait gamin qui aime le soleil tout en se protégeant' lors d'une cérémonie aussi solennelle que bon enfant. Comme le Bruxellois le plus célèbre passe le plus clair de son temps à l'extérieur, son 790^e costume lui viendra bien à point!

Christian De Bock

¹ L'Etnic est un organisme d'intérêt public, créé en mars 2002 par la Communauté française. Il est composé d'une centaine de professionnels dont les différents profils garantissent la réussite de projets. Il travaille avec tout service public en Communauté française et assure un support informatique, téléphonique et statistique.

Invitation au voyage en promotion de la santé

La Coordination Education & Santé (Cordes asbl de son petit nom) propose aux classes de la 3^e à la 6^e primaire de partir en projet pour améliorer la santé dans l'école, et aussi à la maison. Ce programme, subsidié par la Communauté française, s'intitule « Carnet de voyage - Ma classe part en projet santé ». A la veille de la rentrée, il se rappelle à notre bon souvenir. Vous trouverez à l'intérieur de ce numéro la brochure « Mise en route » vous invitant de façon très colorée et ludique à ce voyage éducatif et créatif.

Pour rappel, voici les lignes de force de « Carnet de voyage » :

- faire participer les élèves à la conception d'un projet à partir des besoins de la classe;
- mener un projet à la manière d'un voyage;
- s'entourer de partenaires;
- entretenir une correspondance sur le projet avec Cordes;
- faire le récit du projet dans un carnet, à la manière des 'vrais' voyageurs;
- bénéficier d'une animation pour découvrir les

techniques d'expression proposées par le programme;

- éventuellement discuter du projet et de son déroulement avec Cordes asbl.

N'hésitez pas à vous laisser séduire!

Pour toute information, vous pouvez contacter Cordes, avenue Maréchal Joffre 75, 1190 Bruxelles.

Tél.: 02 538 23 73,

courriel cordes@cordes-asbl.be.

Appel à la construction d'un partenariat avec la médecine générale

Le questionnaire préparatoire

Vous êtes

Nom de l'association :

Adresse :

Personne de contact :

Courriel :

Fax :

Financement :

Téléphone :

Objet social de l'association :

Nos questions, vos réponses

1. A partir de votre position dans le champ de la promotion de la santé, comment voyez-vous l'existence et le développement de la promotion de la santé en médecine générale ?
2. Que pouvez-vous apporter à la médecine générale pour initier ou consolider des stratégies, des principes, des valeurs, des actions en promotion de la santé ?
3. Que pensez-vous que la médecine générale puisse apporter à vos réalisations, à vos projets en promotion de la santé ?
4. Quelles difficultés potentielles pouvez-vous dès à présent identifier pour le développement de la promotion de la santé en médecine générale ?
5. Quelles interrogations, craintes, réserves, doutes pouvez-vous dès à présent exprimer envers les généralistes qui s'intéressent au développement de la promotion de la santé ?
6. Quels rêves, souhaits, espoirs, bonheurs pouvez-vous dès à présent formuler pour de pareils projets ?
7. Quelles seraient, selon vous, les premières étapes à mettre en place pour réussir le démarrage d'un partenariat entre des associations de promotion de la santé et la médecine générale dans notre Communauté française de Belgique ?
8. Autres remarques à formuler :

Merci d'envoyer le questionnaire complété à Danielle Pianet, Promotion Santé et Médecine Générale asbl c/o SSMG, rue de Suisse 8, 1060 Bruxelles

Nous vous proposons une rencontre avec notre jeune asbl Promotion Santé et Médecine Générale dont les associations fondatrices sont la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) et la Fédération des Maisons Médicales (FMM). Notre objet social est de développer, à partir de la médecine générale, les programmes de médecine préventive tels que définis par les programmes quinquennaux de la Communauté française, en encourageant la participation des patients, et en étant attentif à la manière dont le grand public est informé de ces questions de santé, afin de ne pas exclure davantage les personnes précarisées.

Depuis notre création en juin 2005, nous avons abordé la promotion de la santé cardio-vasculaire. Vous trouverez sur notre site www.promosante-mg.be nos premières réalisations dans ce domaine. Notre souhaitons à moyen terme dépasser cette thématique particulière et construire une approche horizontale et globale, une approche pertinente en médecine générale, et qui rencontre les principes de la promotion de la santé. Notre premier public est bien entendu celui des médecins généralistes mais nous voudrions construire un partenariat durable avec ceux d'entre vous qui partagent notre vision et qui, dans les stratégies de la promotion de la santé,

collaborent avec les médecins généralistes ou ont des attentes à leur égard.

Pour cela, nous vous invitons le samedi 13 octobre 2007 de 14 à 17 heures à la SSMG, rue de Suisse 8 1060 Bruxelles.

Afin de préparer au mieux cette rencontre (une première!), nous vous demandons de préciser les attentes que vous pourriez avoir envers les généralistes et leur vision de la promotion de la santé.

N'oubliez pas non plus de lire dans ce numéro l'article de Jean Laperche 'La promotion de la santé cardio-vasculaire, mais encore ?', qui trace quelques contours du 'bon usage' de la pro-

motion de la santé en médecine générale.
Merci de répondre au questionnaire ci-joint et de nous le renvoyer pour le 15 septembre 2007.

André Dufour, Pascale Jonckheer,
Pierre Legat, pour la SSMG, Jean Laperche,
Marianne Prévost, Thierry Wathélet,

pour la FMM, Valérie Hubens pour
Promotion Santé et Médecine Générale

La « promotion » de la santé cardio-vasculaire, mais encore ?

Prévention des maladies ou promotion de la santé ? Y a-t-il des différences ?
Quelle importance en médecine générale ?

La *prévention des maladies cardio-vasculaires*, tout le monde le sait, est un premier travail en amont pour tenter d'éviter ces maladies ou d'en diminuer la morbidité. La « prévention » est le dépistage et le suivi des risques des maladies cardio-vasculaires. Tous ces risques sont bien connus et regroupés actuellement dans une seule approche commune, le risque cardio-vasculaire global, à mesurer chez tous les patients de 30 à 75 ans. Les articles précédents en ont abondamment parlé (voir Education Santé n° 218, 219 et 220).

La *promotion de la santé*¹ cardio-vasculaire, c'est la suite de ce travail en amont qui s'intéresse cette fois à un cran plus éloigné des facteurs de risque, les *déterminants de la santé* : l'insertion sociale, le niveau d'éducation, l'emploi, les conditions de vie, etc. Bien en amont des maladies et influençant considérablement la santé des individus et des populations, ces déterminants de la santé sont à ce jour bien connus et communs pour beaucoup de maladies chroniques ou de souffrances humaines². Ce sont les sciences humaines et les sciences sociales qui ont apporté ces éléments à la médecine.

Dans nos expériences cliniques, nous savons tous que les conditions de la vie quotidienne des patients influencent considérablement leur santé : précarités, conditions de (non) travail, ruptures familiales et sociales provoquant des sentiments d'insécurité ou de perte d'identité fortement corrélés aux facteurs de risque plus médicaux : stress, tabac, obésité, alcoolisme problématique, alimentation déséquilibrée, HTA, etc.

Dit autrement, la *promotion de la santé* cardio-vasculaire, c'est passer du registre des maladies (à prévenir, à éviter) à celui de la santé (à promouvoir, à augmenter) d'un individu et d'un groupe social, comme par exemple la patientèle d'un généraliste.

En médecine générale, nous nous intéressons non seulement à l'une ou l'autre maladie, mais

Approche centrée sur la maladie	Approche centrée sur le patient et la communauté
Modèle biomédical.	Modèle global.
Modèle fermé.	Modèle ouvert.
La maladie est principalement organique.	La maladie résulte de facteurs complexes, organiques, humains et sociaux.
Elle affecte l'individu.	Elle affecte l'individu, la famille et l'environnement (contexte social).
Elle doit être diagnostiquée et traitée.	Elle demande une approche continue, de la prévention à la réadaptation, qui tient compte des facteurs organiques, psychologiques et sociaux.
Par des médecins.	Par des professionnels de la santé travaillant en collaboration.
Dans un système autonome, centré autour d'hôpitaux dirigés par des médecins.	Dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté.

Tableau 1 : les deux modèles de santé - Bury J. and all, Les deux modèles de santé, p.31 in Education pour la santé, De Boeck, 1988.

surtout à ce patient (malade ou non), à toute sa personne et à son contexte de vie. Cette approche humaniste est familière et gratifiante pour le généraliste³. Utile aussi pour le patient et tout aussi gratifiante pour lui^{4,5}.

Un projet concret en Communauté française

Dans l'actuel projet qui se développe depuis 2004 en Communauté française, nous avons tenté de concrétiser la promotion de la santé par deux démarches :

1. Rencontrer le monde subjectif du patient avec un « guide d'entretien », à disposition du généraliste, pour l'accompagnement des patients à risque cardio-vasculaire identifié. Ce guide propose des pistes pour faciliter une négociation réaliste et efficace entre le généraliste et le patient, vers une amélioration progressive de ses comportements de santé. Il est disponible

sur le site spécifique de ce projet : www.promo-sante-mg.be. Les premiers résultats de l'utilisation de ce guide pour l'accompagnement des patients à risque ont été présentés dans l'article précédent (n° 220, février 2007, pages 4 et 5).

2. Faire réaliser un répertoire des ressources locales proches du cabinet du généraliste par un groupe de généralistes. Les premiers généralistes volontaires qui ont réalisé ce cadastre en 2006 ont découvert des ressources inattendues au service du patient : une consultation-conseil gratuite à la permanence de l'antenne locale de l'Association belge du diabète, un club de fitness, une consultation de tabacologie, etc. Ces généralistes ont découvert aussi d'autres acteurs de la santé, professionnels ou non. Un réseau de collaborations peut se construire. L'agenda du généraliste peut s'étoffer. Ces ressources aident le généraliste à motiver les patients vers un changement possible. Le travail en réseau, en partenariat, est une dimension fondamentale de la promotion de la santé. Les généralistes sous-estiment l'impact qu'ils peuvent avoir auprès de leurs patients⁶. Parfois, à leur insu, les généralistes peuvent influencer

1 Voir le site canadien fort bien fait : <http://www.canadian-health-network.ca/servlet/ContentServer?cid=1044313071295&pagename=CHN-RCS%2FPage%2FPageTemplate&c=Page&lang=Fr>

2 EVANS, Etre ou ne pas être en bonne santé, Ed. Libbey, 1996.

3 FAIRBURST K, MAY C., What General Practitioners find satisfying in their work : implications for health care system reform, Ann. Fam. Med 2006 ; 4 : 500 -505.

4 WELSCHEN I, KUYVENHOVEN M, HOES A, VERHEIJ T. Antibiotics for acute respiratory tract symptoms : patients' expectations, GP's management and patient satisfaction. Family Practice, mai 2004 ; vol. 21 : 234-7.

5 LAPERCHE J., PREVOST M. Enquête de participation sur un échantillon de la patientèle de la maison médicale de Barvaux - Santé Conjuguée n° 28, 2004.

6 LEVEQUE A, BERGHMANS L, LAGASSE R, LAPERCHE J, PIETTE D. Style de pratique en médecine générale et activités préventives en Communauté française de Belgique, Arch Public Health, 55, 1997 : 145-158.

fortement la motivation du patient (50/50) à changer son mode de vie pour devenir davantage capable de vivre autrement sa santé.

La promotion de la santé selon l'OMS

L'OMS a balisé ces concepts (santé subjective, santé globale, travail en réseau et en partenariat) et plusieurs auteurs⁷ ont défini deux pôles caricaturaux entre lesquels les généralistes oscillent au fil de leurs contacts, du déroulement de la journée, de leurs réflexions pour comprendre et accompagner au mieux les patients qui leur font confiance.

Pour l'OMS, la promotion de la santé, ce sont des stratégies pour maintenir ou augmenter le niveau de santé (bien-être) de tout ou une partie d'une population.

Dit autrement, c'est une manière particulière d'envisager la santé, de porter un regard, d'entendre, de soigner...

Ces stratégies, ces manières de faire, nous incitent à prendre aussi en compte le point de vue du patient, sa *santé subjective* telle qu'il la vit, et à réfléchir avec lui, et parfois agir, sur les *déterminants de la santé* des personnes concernées : conditions de vie, habitat, accès aux soins, insertion sociale, etc.

L'OMS a défini il y a 20 ans (Charte d'Ottawa, 1986) cinq stratégies principales :

- élaborer une politique publique saine;
- créer des milieux favorables (à la santé);
- renforcer l'action communautaire (= de la communauté locale des usagers, habitants, citoyens, patients ou non);
- acquérir des aptitudes individuelles (= éducation pour la santé, accompagnement thérapeutique du patient à risque⁸);
- réorienter les services de santé (e.a. la médecine générale).

Les professionnels de la santé, dont les généralistes, sont particulièrement concernés par les quatrième et cinquième stratégies proposées par l'OMS : l'éducation thérapeutique et la réorientation des services de santé.

En quoi les principes de la promotion de la santé sont utiles dans le travail quotidien des généralistes⁹

Se référer à la Charte d'Ottawa, c'est vouloir rester global, approche pertinente en médecine générale. C'est dire que l'accompagnement des patients est inscrit dans tout projet thérapeu-

tique et n'est pas dissociable des quatre autres axes de travail que cette Charte préconise. Concrètement, quand il s'agit d'éducation du patient, c'est :

- au plan politique : concevoir des programmes qui prennent en compte et au besoin interpellent les politiques institutionnelles;
- au plan de l'environnement : aménager notre cadre d'exercice pour qu'il contribue non seulement à la qualité des soins mais aussi à l'autonomie des personnes qui viennent nous consulter¹⁰;
- au plan de la démocratie : associer les patients à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes;
- en ce qui concerne les services de santé : ne pas déléguer l'activité éducative à une catégorie de soignants mais au contraire favoriser l'implication de chacun dans une démarche éducative conçue collectivement.

En respectant ces principes, il semble que l'on évite de tomber dans les pièges d'une éducation thérapeutique focalisée :

- sur l'**observance** : le but de l'accompagnement thérapeutique des patients à risque n'est pas de rendre les patients plus obéissants;
- sur les **apprentissages** : « Le danger pour l'éducation thérapeutique, c'est de croire ou d'espérer que tout peut être objet d'un apprentissage alors que la mort, la souffrance ou l'échec sont simplement le lieu de l'accompagnement et de l'écoute. »¹¹ C'est aussi une façon de lutter contre notre désir ou notre illusion de toute-puissance;
- sur la **responsabilité individuelle** : quel que soit leur comportement vis-à-vis des soins, quelles que soient leurs habitudes de vie, les personnes malades ne peuvent être tenues pour responsables de leur état de santé. Arrêtons de vouloir « responsabiliser » les patients : soyez responsable, faites ce que je vous dis ! C'est contraire aux principes affichés dans la Charte d'Ottawa.¹²

Le généraliste et la promotion de la santé

Dans sa définition européenne, la médecine générale entend « favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace » (WONCA, Europe, 2002).

La *promotion de la santé* est également une des sept compétences attendues pour l'excellence de la pratique médicale, suivant le Cadre des

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 pour 2007.

Compétences CanMeds 2005¹³, tant pour les médecins spécialistes que pour les médecins généralistes :

« Les médecins reconnaissent qu'ils doivent et peuvent améliorer l'état de santé global de leurs patients et de la société qu'ils servent. Les médecins estiment que les activités de promotion de la santé sont importantes pour le patient en particulier, pour des populations de patients et pour des collectivités. Les patients ont besoin que les médecins les aident à s'y retrouver dans le système de soins de santé, et à avoir accès aux personnes appropriées en temps opportun. »

« La promotion de la santé met en jeu des efforts qui visent à modifier des pratiques ou des politiques en particulier pour le compte des populations servies. Défini de cette façon à niveaux multiples, ce rôle constitue un élément essentiel et fondamental de la promotion de la santé, qui s'exprime de la façon appropriée par les interventions à la fois individuelles et collectives des médecins qui cherchent à influencer la santé publique et les politiques en la matière. »

Des structures officielles publiques

Les compétences de la Communauté française de Belgique en matière de santé concernent essentiellement la médecine préventive, la petite enfance, et la promotion de la santé. La ministre de la santé, Catherine Fonck, peut appuyer ses décisions sur les avis d'un organe consultatif composé des principaux acteurs de la promotion de la santé¹⁴. La SSMG, la Fédération des maisons médicales, l'Observatoire de la Santé

7 BURY J. and all, Les deux modèles de santé, p.31 in Education pour la santé, De Boeck, 1988.

8 LAPERCHE J., Faut-il éduquer les patients en médecine générale ? Education du Patient et Enjeux de Santé, vol. 21, n° 4, 2002 : http://www.educationdupatient.be/cep/pages/epes/EPES_2002_4.htm

9 SANDRIN B., Promotion de la santé : de la théorie à la pratique... ou à quoi servent les déclarations solennelles de l'OMS ? Education Santé, n° 216, octobre 2006.

10 GIRARD A. (généraliste suisse), Ma formation en éducation thérapeutique des patients atteints de maladie chronique : à quoi me sert-elle ? Education du Patient et Enjeux de Santé, Vol. 22, n°1, 2004.

11 (8) LONGNEAUX JM. Bien gérer sa santé ? Education santé, 1994, n° 90, pp. 4-6.

12 (9) SANDRIN-BERTHON B. Le regard d'une éducatrice pour la santé. In Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon. Développer les offres régionales de formation en éducation du patient. Actes du séminaire. 2004, pp. 41-46.

13 FRANK J., Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2005.

14 <http://www.sante.cfwb.be/pg001.htm>

du Hainaut de même que les écoles de santé publique des universités, les mutualités, les *users de la santé*, l'ONE, la médecine scolaire, etc., en font partie.

Quatre services communautaires (les trois universités francophones et l'asbl Question Santé), ainsi que neuf centres locaux de promotion de la santé (Bruxelles et toutes les provinces wallonnes sauf Namur pour le moment) sont des structures d'appui permanentes à la réalisation d'actions ou de programmes de promotion de la santé.

Malheureusement, le budget de la promotion de la santé dans notre pays est ridicule à côté de celui de l'INAMI : 1 pour 1.800!

En conclusion

Mais alors, la promotion de la santé semble à première vue bien intriquée dans le quotidien des médecins généralistes ?

Oui, la promotion de la santé est déjà présente dans la *manière de faire* la médecine, dans les questions que nous nous posons, dans la place que nous accordons à la santé, au travail en partenariat avec d'autres, à une approche de santé publique, à une priorité aux plus démunis, à un travail en amont sur ce qui détermine des souffrances communes de beaucoup de patients.

Au quotidien, le généraliste a une approche globale, tant médicale que sociale. Il situe le patient dans son contexte de vie. Bien que débordé par les soins curatifs, il est particulièrement concerné par les maladies chroniques pointées par l'OMS dans la charte de Bangkok en 2005 : « *les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer et le diabète.* »

Le généraliste aborde aussi les questions de tabac, d'alimentation, d'exercice physique.

A partir d'un patient en particulier vers la santé de tous ses patients, le généraliste peut témoigner, en scientifique de proximité, envers les autorités publiques de beaucoup de situations concrètes vécues par les patients.

Quand nous écoutons les patients, avec respect, pour construire une relation vraie. Quand nous prenons le temps nécessaire, quand nous valorisons les initiatives, quand nous soutenons les démarches de ce patient – qui peut avoir des valeurs et des priorités différentes des nôtres – nous sommes déjà, parfois sans le savoir, dans des démarches de promotion de la santé.

Si nous cherchons à décoder le sens ou le pourquoi des comportements apparemment aberrants des patients, avec une réflexion partagée

entre collègues, nous sommes encore dans des démarches de promotion de la santé.

Ces exigences améliorent nos compétences cliniques pour les patients directement concernés et aussi pour tous les autres...

La promotion de la santé, dans son approche conceptuelle, en amont des soins préventifs, en interrogeant les déterminants de la santé, peut sembler bien éloignée de nos préoccupations cliniques quotidiennes. Cependant, à y regarder d'un peu plus près, elle porte en elle les ferments d'une médecine humaine et performante, au bénéfice d'une amélioration de la santé de tous...

Jean Laperche, médecin généraliste

Adresses de l'auteur :

Fédération des maisons médicales, Boulevard du midi 25/5, 1000 Bruxelles.

Tél.: 02 514 40 14. Fax : 02 514 40 04.

Internet : www.maisonmedicale.org

Asbl Promotion Santé et Médecine Générale, c/o SSMG, rue de Suisse 8, 1060 Bruxelles.

Tél.: 02 533 09 82.

Internet : www.promosante-mg.be

Cette série d'articles est également publiée par la Revue de médecine générale de la Société scientifique de médecine générale.

STRATÉGIE

Plan communautaire opérationnel Le programme de dépistage du cancer du sein

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, c'est au tour du cancer, et plus précisément du programme de dépistage du cancer du sein.

Le programme de dépistage du cancer du sein est né du *protocole d'accord visant une collaboration entre l'Etat fédéral, les Communautés et*

les Régions en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie, signé en octobre 2000. Il s'inscrit dans le cadre des recommandations des experts du programme « L'Europe contre le cancer » en particulier en matière d'assurance de qualité. Il concerne les femmes âgées de 50 à 69 ans.

Ce programme a pour objectif de réduire, au niveau de la population, la mortalité liée au cancer du sein grâce à la découverte et au traitement de la maladie au début de son évolution. De nombreuses études ont démontré que cet objectif peut être atteint à condition que la mammographie soit réalisée dans le cadre d'un programme d'assurance de qualité (contrôle de qualité des procédures, enregistrement et évaluation) et que la participation des femmes atteigne 70 %.

Objectif qualité

Le programme de dépistage s'adresse à des femmes **asymptomatiques** c'est-à-dire qui n'ont pas remarqué d'anomalie au niveau de leurs seins. En Communauté française, la mammo-

graphie réalisée dans le cadre du programme s'appelle « mammothest ».

Le **mammothest** a pour objectif d'identifier, parmi les femmes de 50 à 69 ans, celles qui présentent une anomalie radiologique. Dans ce cas, des examens complémentaires (examen clinique, échographie, éventuellement prélèvement à l'aiguille) sont nécessaires. Ces examens sont réalisés dans un deuxième temps et ne devraient concerner que 5 à 7 % des femmes ². Le protocole du programme de dépistage du cancer du sein précise les objectifs de celui-ci en relation avec les objectifs du Plan communautaire opérationnel. Il décrit le fonctionnement, le rôle des différents acteurs ainsi que les critères d'évaluation de la qualité et de l'efficacité.

Un arrêté de Gouvernement de la Communauté française publié au Moniteur belge du 24 mars 2006 définit les missions et les conditions d'agrément du Centre communautaire de réf-

¹ Voir BOUCQUIAU A., LONFILS R., TREFOIS P., Le Plan communautaire opérationnel de la Communauté française, Education Santé n° 214, août 2006.

² European guidelines for quality assurance in mammography screening, European Commission.

rence, des centres de coordination provinciaux et des unités de mammographie :

- le **Centre communautaire de référence** assure la coordination générale du programme en Communauté française et en Communauté germanophone, il est chargé de l'évaluation de la qualité et de l'efficacité du programme au niveau de ces communautés, selon des indicateurs définis dans les « European guidelines for quality assurance in mammography screening » de la Commission européenne ;
- les **centres de coordination provinciaux** assurent la gestion du programme au niveau de leur ressort territorial : invitation par courrier personnalisé, organisation de la double lecture des clichés, envoi des résultats au médecin référent et évaluation au niveau provincial. Ils ont aussi un rôle de sensibilisation des femmes et de concertation avec les acteurs locaux ;
- les **unités de mammographie** qui souhaitent participer au Programme doivent obtenir un agrément spécifique. Celui-ci est délivré sur base d'une attestation de conformité des installations de mammographie, de la réussite d'un test d'évaluation de la qualité des clichés et d'un engagement à soumettre toutes les mammographies à une double lecture.

Le contrôle de qualité des installations a pour objectif d'obtenir la meilleure image avec la plus petite dose d'irradiation.

Le contrôle de la qualité des clichés, en particulier d'un positionnement correct du sein, permet de réduire les résultats « faussement négatifs ». En effet, près de 40 % des cancers « ratés » à la mammographie sont liés à un défaut de positionnement.

La **double lecture** a pour objectif de réduire au minimum les erreurs d'interprétation, « faux négatifs » et « faux positifs ».

Un examen faussement « négatif » rassure à tort et retarde la découverte du cancer. Les données préliminaires du programme de dépistage indiquent que 13 %³ des cancers ont été identifiés grâce à la double lecture.

Les « faux positifs » entraînent la réalisation d'examen complémentaires non nécessaires et coûteux sur le plan financier et psychologique.

Fonctionnement de la double lecture

Le résultat de la lecture du mammothest (description des anomalies, conclusion et recommandations de suivi) est colligé sur une « fiche de lecture » standardisée.

Les clichés et la fiche de lecture sont transmis au Centre de coordination provincial, où un 2^e radiologue réalise une lecture indépendante, c'est-à-dire sans avoir connaissance de l'avis du 1^{er} radiologue. Les données administratives et

	Recommandations européennes	Communauté française
Taux de détection	Min. 6 ‰	8,8 ‰
Cancers invasifs <10mm	Min. 25 %	37,7 %
Ganglions (-)	Min. 70 %	82 %

le résultat des 2 lectures sont introduits dans une base de données. Une fonction permet de comparer les résultats des 2 lectures. En cas de discordance, une 3^e lecture est réalisée.

A l'issue de la double lecture, le protocole du mammothest est adressé au médecin « référent ». Celui-ci a été désigné par la femme lors de la réalisation du mammothest. Il est chargé de l'avertir du résultat et éventuellement de l'orienter pour les examens complémentaires.

Evaluation du programme

Les résultats des mammothests et des mises au point complémentaires sont enregistrés dans une base de données centralisée⁴.

A partir de ces données, une évaluation de la qualité du programme et de ses chances d'efficacité, en terme de réduction de la mortalité liée au cancer du sein peut être réalisée selon les indicateurs définis dans les « European guidelines for quality assurance in mammography screening. »

Evaluation de la qualité

Parmi les indicateurs, notons le taux de participation de la « population-cible » et le taux de rappel pour mise au point complémentaire.

Le **taux de participation** se situe selon les communes entre 8 et 29,5 %. Il est beaucoup trop bas. Le **taux de rappel** pour mise au point complémentaire varie entre 7,5 et 14,4 % selon les Provinces. Ce taux devrait se situer entre 5 et 7 %⁵. Cela s'explique par le fait que les radiologues ont peur de passer à côté d'une anomalie qui pourrait être le signe d'un cancer. Ils privilégient la sensibilité par rapport à la spécificité⁶. La formation des radiologues doit être poursuivie.

Evaluation de l'efficacité

Des indicateurs ont été définis afin de prédire l'efficacité du programme en termes de réduction de la mortalité liée au cancer du sein⁷. Les résultats préliminaires sont conformes et même

supérieurs aux recommandations.

Ces résultats permettent de prévoir un effet sur la mortalité.

Des avancées réelles

En conclusion, le programme de dépistage du cancer du sein a mis en œuvre différentes actions qui permettent de rencontrer les objectifs fixés par le PCO :

- le contrôle des installations de mammographie et de la qualité des clichés a permis d'améliorer considérablement la performance des examens mammographiques, y compris de ceux qui sont réalisés en dehors du programme ;
- la double lecture des clichés a permis de détecter des cancers qui n'avaient pas été identifiés par le 1^{er} radiologue, diminuant ainsi les résultats « faussement négatifs » ;
- les performances en terme de détection de petits cancers sont excellentes. Elles permettent de prévoir un effet sur la mortalité ;
- une concertation entre radiologues a permis de développer un outil pour améliorer l'interprétation des clichés, outil qui a été largement diffusé ;
- une concertation entre radiologues, gynécologues et anatomo-pathologistes est en cours afin d'arriver à un consensus dans la mise au point des mammothest « positifs » ;
- une collaboration s'est développée avec la Fondation du Registre du cancer afin d'évaluer le programme ;
- toutes les femmes de la « population éligible » ont été invitées. Le programme a permis de sensibiliser prioritairement les femmes qui n'avaient jamais réalisé de mammographie, les femmes plus âgées et les femmes de milieu socio-économiquement défavorisés⁸.

Des progrès à réaliser

L'objectif de **participation** n'est pas atteint. Cela s'explique en partie par le fait qu'avant le début du programme, 50 % des femmes de la « population-cible » bénéficiaient déjà de bilans sénologiques de dépistage. Ces femmes hésitent à entrer dans le programme d'autant qu'elles ne sont généralement pas encouragées à le faire par les médecins, quelle que soit leur spécialité. En effet, ceux-ci ont du mal à accepter qu'une « simple » mammographie réalisée dans le cadre d'un programme d'assurance de qualité donne autant voire plus de sécurité qu'un bilan sénologique dont la qualité n'est pourtant pas contrôlée.

³ Programme en Brabant wallon

⁴ Si les femmes ont donné leur consentement écrit lors de la réalisation du mammothest.

⁵ European guidelines for quality assurance in mammography screening, European Commission

⁶ Par *sensibilité*, on entend la capacité d'un diagnostic ou d'un test de dépistage à identifier correctement des individus affectés par un problème de santé. La sensibilité d'un test correspond à la probabilité que le test soit positif chez les personnes malades. Par *spécificité*, on entend la capacité d'un diagnostic ou d'un test de dépistage à identifier correctement les individus non affectés par une maladie, par un problème de santé. La spécificité d'un test correspond à la probabilité que le test sera négatif parmi les personnes non-malades.

⁷ European guidelines for quality assurance in mammography screening, European Commission.

⁸ Rapport de l'Agence intermutualiste, consultable sur le site www.nic-ima.be

Cette difficulté est due, entre autres, au manque de **formation des médecins** aux enjeux et aux exigences d'un programme de santé publique. Par ailleurs, la **différence d'honoraires** perçus pour une mammographie réalisée dans le cadre du programme (55,17 euros cette année) et pour un bilan sénologique (90,95 euros) n'est pas de nature à encourager les radiologues à recommander la mammographie réalisée dans le cadre du programme.

L'analyse complète des données du programme pourra sans doute faire évoluer les habitudes et les convictions des prescripteurs. Ce n'est que lorsqu'ils seront convaincus eux-mêmes qu'ils pourront convaincre les femmes de participer, et appuyer les campagnes de sensibilisation organisées par les autres acteurs du programme. Le programme de dépistage se trouve actuellement face à un énorme défi, celui de la **digitalisation des examens** mammographiques entraînant la transmission électronique des images et du résultat de la 1^{re} lecture en vue de la double lecture ainsi que des résultats aux médecins.



Photo © Isopix

Anne Vandenbroucke, Coordinatrice du programme de dépistage en Communauté française
Adresse de l'auteur : Centre de référence

communautaire pour le dépistage du cancer du sein, chée de Louvain 479, 1030 Bruxelles.
Tél.: 02 742 21 34. Fax : 02 742 21 35.
Courriel : cceref@cceref.org.

MATÉRIEL

Ariane, aider au quotidien les patientes atteintes d'un cancer du sein

Ariane est le nom donné à un programme d'accompagnement au quotidien qui apporte un soutien aux patientes atteintes d'un cancer du sein. Cette initiative est différente de la plupart des campagnes destinées aux patientes. En effet, elle a pour objectif non pas la prévention, le dépistage ou le traitement, mais l'accompagnement des patientes en donnant des **réponses aux questions** qu'elles se posent dès le diagnostic.

Avec cette campagne nationale, la firme pharmaceutique AstraZeneca souhaite offrir un outil supplémentaire au corps médical et un soutien de qualité aux patientes atteintes d'un cancer du sein. En tant que laboratoire pharmaceutique, il est important pour AstraZeneca de mener une initiative comme celle-ci. L'entreprise désire en effet contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des patients à travers toutes ses activités. Cette campagne répond également à une réelle demande en Belgique¹. De nombreuses campagnes existent en effet pour promouvoir le dépistage du cancer du sein, mais il reste un

besoin important en matière d'accompagnement des patientes une fois le diagnostic posé.

Ariane

Ariane est un programme qui apporte des réponses aux questions pratiques, personnelles, intimes et psychologiques qu'une femme atteinte d'un cancer du sein peut se poser. Ces réponses permettent de lever des tabous et d'atténuer des angoisses, elles procurent un réconfort et apportent l'espoir et la force pour affronter la maladie. Les réponses à ces questions peuvent aussi servir de fil conducteur à un meilleur dialogue entre la patiente et son partenaire, ses enfants et ses proches, en brisant le tabou.

Lors de l'annonce de la maladie à la patiente, l'émotion est telle qu'elle la submerge. Il lui faut un certain temps pour accuser le choc. Pendant cette période fortement émotionnelle, il est difficile pour la patiente de retenir ce que le médecin lui dit.

Quelques patientes racontent combien la maladie a chamboulé leurs vies : « au moment où le médecin pose le diagnostic, on tombe dans une sorte de trou noir ». « J'étais d'abord révoltée, puis immédiatement après j'ai eu un sen-

timent d'injustice, et cela s'est terminé par une descente aux enfers ».

Pour le **D^r Fabienne Liebens**, « répondre à tous les besoins des patientes et partager des informations complexes dans un contexte chargé d'émotions, est un challenge journalier pour le clinicien oncologue. »

Le **D^r Nadine Cluydts** renchérit : « ce projet sera un guide pour les patientes afin de faciliter le passage du labyrinthe du diagnostic et du traitement du cancer du sein ».

Réalisation de la campagne

Dans un premier temps, des patientes se sont retrouvées pour s'exprimer librement sur leurs expériences (quelles informations leur ont manqué, quelles questions elles se sont posées,...). Ensuite, 3 brochures ont été rédigées en collaboration avec des médecins oncologues, des infirmières et des psychologues. Le contenu a été validé par un comité rédactionnel composé de spécialistes.

Les brochures ont ensuite été proposées aux patientes lors de nouvelles tables rondes. Les patientes se sont montrées extrêmement enthousiastes.

¹ Voir à ce propos l'article 'Cancer du sein, quels types de prise en charge, quelle qualité de vie ? Une étude de la Mutualité chrétienne, Education Santé, n° 212, mai 2006.

Le matériel se compose de 3 brochures.

« Mes questions pratiques ». Ce guide pratique aborde des sujets aussi variés que : Vais-je perdre mes cheveux ? Comment m'habiller ? Quels types de prothèses trouve-t-on ? Qu'est-ce qu'un ganglion lymphatique ? Puis-je porter des choses lourdes ? Existe-t-il des aides ménagères ? Que prend en charge mon assurance ?

« Mes questions personnelles » aborde des questions plus intimes, celles que l'on n'ose pas toujours poser à son médecin ou à son infirmière : Vais-je perdre la mémoire ? Dois-je en parler à mes enfants ? Qu'en est-il de mes rapports intimes ?... « Mon agenda ». Un agenda personnel que la patiente peut utiliser comme elle le souhaite, pour noter ses rendez-vous, comme journal

intime ou en tant qu'aide-mémoire. Les brochures sont parsemées de témoignages et de conseils pratiques, écrites sur un ton positif, direct, précis mais chaleureux. La valisette avec les 3 brochures est disponible auprès des médecins oncologues.

Information communiquée par Ogilvy PR

35 idées reçues sur les drogues



Dans le cadre de son 35^e anniversaire, Infor-Drogues a réalisé un mini-livre (vraiment mini, il fait 75 mm sur 55!) pour repérer et déconstruire 35 idées reçues à propos des drogues. C'est un outil de dialogue et de réflexion particulièrement pratique, qui est disponible gra-

tuitement auprès du service d'éducation permanente de l'asbl.

Pour rappel, Infor-Drogues a créé trois autres outils à cette occasion :

- un site internet spécifique www.infordrogues35ans.be qui aborde différentes facettes du phénomène sous un angle décalé et humoristique;
- une série de 16 autocollants qui œuvrent à l'ouverture au dialogue et à la réflexion par la mise à distance des discours tenus sur les drogues. Les lecteurs d'*Education Santé* en ont reçu un échantillon l'an passé. Aussi disponible gratuitement;
- un cédérom « Comment parle-t-on des drogues ? Exemples de magazines télévisuels sur les drogues ». Ce document analyse de

façon critique les discours des médias sur la question. En vente au prix coûtant (2 euros).

Extrait

18 - Le cannabis, c'est moins grave que l'alcool.
Tout peut être grave. Ne pas savoir commencer sa journée sans fumer un joint est inquiétant, tout comme ne pas pouvoir affronter des difficultés sans boire quelques bières. Ce n'est pas sur le produit qu'il faut se centrer mais sur l'usage qu'on en fait.

Et il y en a 34 autres comme cela. Que sera-ce quand Infor-Drogues fêtera ses 77 ans ?
Infor-Drogues, rue du Marteau 19, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 227 52 60. Courriel : courrier@infor-drogues.be.

LU POUR VOUS

« Au secours... on veut m'aider! »

Il y a trente ans, Claude Seron entamait l'aventure de l'aide aux adolescents. Il témoigne aujourd'hui de son parcours (en IMP, en associations, dans l'enseignement spécial...) dans « Au secours... on veut m'aider! » (Editions Fabert). Claude Seron travaille aujourd'hui au sein du Centre liégeois d'intervention familiale (CLIF) et de l'association Parole d'enfants. Celle-ci recueille les témoignages d'enfants abusés et organise des formations.

« Au secours, on veut m'aider » aurait-il vu le jour si Claude Seron n'avait, dès ses débuts professionnels, en 1975, comme éducateur dans un Institut médico-pédagogique, pris la plume pour consigner dans un carnet son expérience naissante ? Une habitude dont il ne se départira pas. « Elle s'est révélée », explique-t-il, « particulièrement utile au fil du temps pour mettre à

plat le vécu, pour prendre de la distance par rapport aux situations. L'écriture est cathartique. Il y a en elle du concret, un côté physique qui me plaît. Je viens d'un milieu agricole, où on aime bien voir le résultat de son labeur! »

Cette élaboration sera précieuse lorsque Claude Seron développera un versant formation dans sa pratique. Mais, en ce milieu des années 70, il apprend juste à gérer le quotidien avec des ados pas faciles : « Kevin, le négligé qui se négligeait », « Jérémie, le démon du réveil », « Bernard, pour qui ça plane »...

« Mon père est tombé un jour sur mes notes », se souvient Claude Seron. « Il m'a demandé si je n'arrêterais pas mon travail d'éducateur, tant il y avait de violence dans ce qu'il lisait! » Le jeune homme préfère poursuivre. Une persévérance qui peut être mise sur le compte à la fois d'une once d'inconscience et d'une bonne dose de sérénité, héritées d'une enfance et d'une ado-

lescence passées dans une famille « conte-nante » (pour utiliser un mot jargonnant, de ceux que Claude Seron utilise avec la plus grande parcimonie).

Balancier

Novice, Claude Seron ne le reste pas longtemps. Le grand adolescent qu'il était lui-même grandit d'un coup. La vie en IMP permet en effet à ceux qui y travaillent de cerner rapidement leurs peurs et d'être fixés sur leurs limites (même si c'est pour les repousser un peu). « On saisit vite aussi », explique-t-il, « que les jeunes se construisent des protections, des barrières parce qu'ils ont connu une grande insécurité de base, parce qu'ils ont l'impression que des adultes ou des institutions les ont laissé tomber. Leur système de protection prend la forme pour les uns d'une grande réserve et d'inhibitions, et pour les autres d'explosions d'agressivité. »

Après trois années passées en institution se fait sentir le besoin « comme par un retour de balancier » de collaborer davantage avec les familles. Une volonté sans doute avivée par le fait que l'institution où Claude Seron avait fait ses preuves semble en crise. « Elle ne parvenait plus vraiment à protéger les plus faibles, ce qui est le minimum que l'on peut demander », commente-t-il. L'ambition de compter désormais davantage sur les ressources des familles va cependant devoir composer avec la réalité : jeunes et familles ne sont pas toujours prêts à renouer. C'est le temps, pour Claude Seron, de la recherche d'un « juste milieu » entre exclusion de la famille et réhabilitation à tout prix. Il entame dans la foulée une réflexion sur la parentification, ou l'adultisme, de certains jeunes.

'Parentification'

« La parentification s'identifie assez vite », explique Claude Seron. « On se trouve devant des jeunes qui paraissent solides, qui protègent leurs parents. Il n'est pas aisé de travailler avec eux, car ils ne collaborent pas aisément avec les professionnels. Ce faisant, ils auraient le sentiment de contribuer à leur disqualification. »

Si ces enfants adultistes traversent des épreuves, ils peuvent néanmoins en sortir grandis pour de bon. Même si leur autonomisation, leur droit de sortie, ils peuvent les « payer » via des blâmes

et une solitude certaine. « L'impact d'une passe difficile va dépendre de ce qu'on en aura fait » nuance Claude Seron. « Des adolescents vont se reconstruire. D'autres feront plutôt preuve d'oblativité morbide, être toujours dans le don, dans le sacrifice, l'épuisement de leurs ressources. » Y aurait-il davantage d'adultes au passé d'enfants parentifiés, d'hommes et de femmes en quête de reconnaissance parmi les professionnels de la relation d'aide ? Claude Seron admet la pertinence de la question, sans toutefois vouloir y répondre de manière univoque. L'homme redoute les généralisations. Il leur préfère les nuances du « sur-mesure ». Une certitude cependant : « On ne donne pas le meilleur de soi dans l'épuisement. »

CLIF et Parole d'enfants

Aujourd'hui, Claude Seron se partage entre le Centre liégeois d'intervention familiale (CLIF) et l'asbl Parole d'enfants. Le CLIF a développé de multiples outils de manière à trouver l'approche la plus pertinente à des problèmes variés. « Le défi est de créer une rencontre qui soit profitable lorsque l'accompagnement se réalise sous contrainte », explique Claude Seron. Le CLIF est subsidié, Parole d'enfants pas. Différence notable qui n'empêche pas les deux structures de collaborer. Parole d'enfants organise formations, colloques, journées d'études pour s'autofinancer. Autre versant important de Parole d'enfants :

le recueil de la parole des enfants présumés abusés. L'association est mandatée pour ce faire par la SAJ, le SPJ ou le Tribunal de la Jeunesse. « Il existe aujourd'hui dix-neuf critères de validation, qui permettent de distinguer un témoignage vécu d'un autre, né d'une induction ou pour un autre motif », précise Claude Seron. La prise en charge de l'enfant abusé et de sa famille, en ce y compris de l'abuseur, fait partie des missions de l'asbl. Le travail a forgé une conviction importante au sein de l'équipe : celle que l'attitude adoptée par la mère de l'enfant abusé constitue le meilleur des prédicteurs de la reconstruction de l'enfant. Confronté depuis trente ans aux adolescents en difficulté, Claude Seron reste optimiste, et autocritique. « Nous ne sommes pas différents des personnes avec lesquelles nous travaillons », affirme-t-il. « Nous aussi pouvons nous raconter des histoires pour que la vie soit plus vivable. Mais notre ambition reste, envers et contre tout, de donner le meilleur de soi. Je suis persuadé que notre travail permet à ceux dont l'humanité a été mise à mal de se remettre debout. »

Véronique Janzyk

Claude SERON, *Au secours on veut m'aider, venir en aide aux adolescents en révolte, en rupture, en détresse*, Editions Fabert, Collection Penser le monde de l'enfant, 2006, 2 volumes, 25 euros chacun.

« Au secours... on veut m'aider! » : le retour

En même temps que « Au secours, on veut m'aider », sort un autre volume, sobrement intitulé « Au secours... on veut m'aider! Tome 2 ». Il s'agit, sous la direction de Claude Seron, d'une compilation de textes de professionnels consacrés à l'aide aux adolescents en révolte, en difficulté et en détresse.

Cet ouvrage collectif, riche et dense, fait suite à un premier tome plutôt pragmatique où Claude Seron évoque son expérience de trente années dans des structures variées, mais toujours au service de jeunes en révolte, en rupture ou en détresse.

Ce deuxième tome propose aux lecteurs de penser l'adolescent en difficulté en reliant entre eux des modèles, des interventions, des réflexions, des recherches issus de milieux d'action relevant tantôt du monde judiciaire, du secteur hospitalier, de l'intervention psychosociale, des pratiques en foyer d'hébergement ou de contextes d'interventions en milieu ouvert... Une richesse d'approches par ailleurs déjà présente dans le tome 1.

Patrice Huerre (psychiatre, directeur de la clinique Heuyer à Paris) propose une com-

préhension de la violence juvénile au regard de l'entre-deux « enfance-âge adulte ». **Xavier Pommereau** (psychiatre, directeur de l'Unité médico-pédagogique de l'adolescent et du jeune adulte au Centre Abadie, à Bordeaux) évoque la valeur métaphorique et les qualités de marquage et de marquage des manifestations de violence.

Yves Stevens (psychologue belge) développe, pour échapper à la diabolisation des jeunes ou à la résignation, des leviers d'intervention fondés sur l'engagement et l'authenticité.

Roland Coenen, pour l'institution Tamaris (Bruxelles) affirme la valeur d'une pratique socio-thérapeutique non punitive en milieu résidentiel.

Juliaan Van Acker (professeur émérite de sciences pédagogiques de l'Université de Nijmegen) aborde son parcours avec des délinquants récidivistes et avec leur famille.

Avec le psychiatre infanto-juvénile **Jean-Yves Hayez** (UCL), les lecteurs sont amenés à questionner l'idée reçue selon laquelle les ados auraient une sexualité dangereuse, voire destructrice. Le thérapeute **Siegi Hirsch** trace,

lui, l'évolution des familles néo-traditionnelles. Il décrit des tentatives pour inventer de nouvelles modalités relationnelles.

Denis Adam (Québec) développe le programme « Transfert des acquis » qui contribue à la requalification des parents. **Gianni Cambiaso** (formateur à l'école de thérapie familiale Maria Selvini, à Milan) propose de situer la consommation de drogues dans une dynamique familiale. Il invite à explorer des hypothèses trigénérationnelles.

Johanne Lemieux (travailleuse sociale au Québec) partage son expérience avec des enfants adoptés. Elle décrit les difficultés rencontrées avec une minorité (un quart environ) de ces enfants, qui mettront, à leur manière, à l'épreuve le nouvel attachement qui leur est offert. Enfin, la psychothérapeute **Yvonne Dolan** (USA) explique son recours à des « écrits thérapeutiques » avec des jeunes ayant subi des traumatismes. Le sociologue français **Michel Fieze** clôt le volume en évoquant les bienfaits de l'adolescence.

Les adolescents méritaient bien ça...

VJ

Les chiffres de la petite enfance

L'Office de la naissance et de l'enfance publie régulièrement le rapport de sa banque de données (BDMS), une source d'informations très précieuse. Le Rapport 2005-2006 ne rompt pas avec cette excellente tradition. Nous en publions ci-dessous les conclusions, avec l'accord de l'ONE (les titres sont de la rédaction).

Natalité... et césariennes en hausse

Le premier chapitre « Naissance et suivi prénatal », constitue la base du rapport de la banque de données. On peut y suivre l'évolution des indicateurs de périnatalité recueillis à partir des « Avis de naissance » sur les 12 dernières années (de 1996 à 2005) ainsi que des « suivis prénataux » sur 7 années (1998 à 2003).

Première constatation importante : la population des naissances de la Communauté française Wallonie - Bruxelles est en constante augmentation depuis 1994. Les naissances connues de l'ONE en 1994 s'élevaient à 42.930 pour monter à 50.797 en 2005, soit une **augmentation de 18,3% en 12 ans**.

Dans la description de l'ensemble de la population des jeunes mères, on constate deux grandes tendances très différentes :

- d'abord une **très grande stabilité en ce qui concerne la parité** (nombre d'accouchements viables qu'a eu la jeune mère) : 44 % de primipares, 32 % de 2^e pares, 14 % de 3^e pares, 8,5 % de 4^e pares et plus;
- ensuite, une **importante évolution de l'âge des mères**. Nous ne notons pas l'évolution inquiétante du nombre de très jeunes mères constatée dans beaucoup d'autres pays industrialisés. Le nombre de mères de moins de 15 ans reste en dessous de 1 % et celui des mères de moins de 20 ans passe de 3,7 % en 1994 à 2,6 % en 2005. Par contre, on constate une **importante augmentation des mères de plus de 30 ans**. Ainsi, les mères de 30 à 34 ans passent de 24,8 % en 1994 à 31,4 % en 2005 ; celles de 39 à 40 ans de 9 % à 15,1 % et les mères de plus de 40 ans de 1,5 % en 1994 à 3,8 % en 2005.

En ce qui concerne les indicateurs des pratiques médicales en rapport avec la naissance, on peut relever :

- une importante **augmentation du nombre de césariennes**, qui passent de 13,7 % en 1995 à 20 % en 2005. Cependant, le nombre de naissances spontanées ne change pas et oscille autour de 71 %. L'augmentation des césariennes se fait essentiellement au détriment du recours à la ventouse (9,6 % en 1995 à

6,4 % en 2005) et au forceps (4,8 % en 1995 à 2,8 % en 2005);

- le **recours à une forme d'analgésie** pendant la grossesse est également en augmentation (de 65,1 % en 1995 à 80,4 % en 2005);
- les **taux d'induction** restent élevés mais varient peu. En 2005, une naissance sur trois est induite ou césarienne.

Les indicateurs spécifiques du nouveau-né nous montrent :

- un **allaitement maternel** à la sortie de la maternité en constante augmentation. En 2005, 79,5 % des nourrissons quittent la maternité en étant allaités exclusivement au lait maternel;
- une **stabilisation du taux de grossesses multiples** autour de 1,5 %, ce qui correspond à 3 % de jumeaux et très peu de grossesses multiples de haut rang (moins de 0,1 %);
- une **légère tendance à l'augmentation du taux des enfants de petits poids de naissance** (7,7 % en 2005 pour 7,3 % en 1994) ceci principalement pour les nouveau-nés pesant entre 1500 et 2500 grammes;
- une **augmentation lente mais constante du taux de prématurité** qui passe de 7,4 % en 1994 à 8,2 % en 2005 dans l'ensemble de la population des naissances vivantes.

Un quart des futures mères bénéficient d'un suivi dans le cadre des consultations prénatales de l'ONE. Les données dont nous disposons nous permettent d'affirmer que les futures mères qui fréquentent les structures de l'ONE constituent une population particulièrement fragile.

Alors que dans les sociétés industrialisées, l'accès au travail est directement corrélé à un meilleur niveau global de santé, nous trouvons dans nos consultations 60 % de mères sans emploi (au chômage, au foyer, sous aide sociale).

De plus, si on compare la population des futures mères suivies en dehors de l'ONE à celles suivies dans les prénatales de l'ONE, on retrouve dans ces dernières deux fois plus de futures mères de moins de 20 ans (5,4 % au lieu de 2,2 %) quatre fois plus de mères isolées (ne vivant ni en couple, ni en famille) (8,4 % au lieu de 1,9 %).

Prématurité

L'augmentation du taux de prématurité nous a conduits à consacrer notre deuxième chapitre à une analyse plus fine de ce phénomène.

Dans le cadre d'un partenariat avec le Fonds Houtman, l'ONE a subventionné, entre 2002 et 2004, une recherche-action interuniversitaire destinée à évaluer le devenir à court, moyen et long terme des enfants nés prématurément.

Malgré une amélioration constante des conditions médicales et psychologiques de prise en

charge des enfants prématurés, les trois recherches ont confirmé l'existence de risques de séquelles à tous les âges. Un suivi régulier et spécialisé de ces enfants devrait permettre dans un certain nombre de cas une prise en charge précoce, et une diminution de la morbidité de ces séquelles. Pour ce chapitre, l'analyse des données de la BDMS a été faite sur l'ensemble des naissances vivantes en excluant les bébés issus de grossesses gémellaires, ce qui porte alors le taux de prématurité en 2005 à 7,2 % en région wallonne, 6,0 % pour la région de Bruxelles-Capitale et 6,6 % pour la Flandre (taux fournis par Kind & Gezin).

Ces **différences** sont encore plus **marquées à l'intérieur de la région wallonne** avec le taux le plus faible (6,1 %) dans le Luxembourg et le Brabant Wallon et le plus élevé (7,6 %) dans la province de Liège.

Lorsqu'on regarde la nationalité d'origine des jeunes mères, on constate que les taux les plus élevés se retrouvent chez les **mères originaires d'Amérique centrale et latine** (12 %). Nous savons qu'une grande partie de ces femmes sont dans des situations socio-économiques très fragilisées.

Dans le tableau mettant en relation l'âge de la mère et la prématurité, on retrouve deux pics, chez les **mères de moins de 20 ans** (9,4 %) et chez les **mères de plus de 40 ans** (8,8 %).

Autres facteurs corrélés avec un plus grand taux de prématurité : le **tabagisme**, avec un taux de prématurité de 11,6 % pour les mères qui déclarent fumer plus de 20 cigarettes par jour ; la **situation d'isolement** de la mère, où on retrouve un taux de prématurité de 8,9 %.

Une prévention qui porte ses fruits

Le dernier chapitre, consacré au suivi de l'enfant, permet d'avoir une vision qualitative de l'action préventive de l'ONE ainsi que de l'état de santé général de la population des enfants qui fréquentent les structures de l'ONE.

On observe que 76 % des parents des enfants de la Communauté française Wallonie - Bruxelles bénéficient d'un premier contact avec l'ONE après la sortie de la maternité; dans trois-quarts des cas ces premiers contacts se font à domicile, et dans la première semaine de vie de l'enfant.

Les indicateurs décrivant les familles des enfants suivis à l'ONE nous montrent que la population qui fréquente les consultations pour enfants de l'ONE, et pour laquelle nous avons des informations (plus ou moins 10.000 enfants par an), est diversifiée. Elle provient de tous les milieux socio-économiques **mais avec une importante représentation de populations « fragiles »** :

- plus de trois mères sur dix vivent avec un seul revenu professionnel;

- près de 15 % des mères vivent avec un revenu de remplacement ou aucun revenu fixe;
- près d'une mère sur deux est au chômage ou au foyer;
- une mère sur huit a des difficultés à parler le français;
- une mère sur quatre vit en Belgique depuis moins de 5 ans;
- pour 25 % des mères, le niveau d'enseignement atteint ne dépasse pas le secondaire inférieur;
- dans une famille sur trois, au moins une personne fume régulièrement dans l'habitation.

Les **indicateurs de santé** de ces enfants sont pour certains réjouissants (c'est le cas des indicateurs de vaccination), pour d'autres en progrès bien qu'insuffisants (il s'agit des indicateurs d'allaitement, d'alimentation, de dépistage visuel et auditif), tandis que d'autres sont préoccupants (notamment ceux concernant le développement du langage).

Les **taux de vaccination** de ces enfants sont supérieurs à ceux de la population globale des enfants de la Communauté française :

- 95 % des enfants ont reçu les trois premières doses de vaccin hexavalent (diphtérie - tétanos - coqueluche - polio, hémophilus influenzae de type b et Hépatite B);
- 92 % ont reçu la dose de rappel diphtérie - tétanos - coqueluche - polio à 18 mois;
- 90 % ont reçu une dose de vaccin rougeole - rubéole - oreillon;
- 93,4 % ont reçu une dose de vaccin contre le méningocoque.

Les **taux d'allaitement maternel** progressent. Les trois quarts des enfants ont un allaitement maternel complet ou mixte lors du premier contact avec l'ONE après le retour de la maternité. A 12 semaines de vie, ils ne sont plus que 30 % à en bénéficier en 2005, mais ils n'étaient que 20 % en 2000. Un effort tout particulier doit encore être fait pour les enfants de petits poids de naissance qui pourtant sont ceux qui en ont le plus besoin : ainsi seulement 25 % des bébés de moins de 1500 g et à peine la moitié des bébés de 1500 à 2500 g reçoivent du lait maternel.

Le **développement du langage** (indicateurs demandés pour la langue maternelle de l'enfant) pose question.



Photo © JM Proge

Alors que les indicateurs de développement psychomoteur semblent globalement se situer dans des moyennes attendues, il n'en est pas de même pour les indicateurs d'acquisition du langage dans la langue maternelle. Ainsi à 30 mois, trois quarts des enfants prononcent une phrase de 3 mots et la moitié utilisent le « je ». Ces chiffres semblent fort bas et devront donc être confirmés ultérieurement.

Une analyse rapide de ces informations nous permet de dire que les indicateurs de santé reflétant un acte de médecine préventive rapide et

très dépendant de l'action des professionnels sont particulièrement bons (vaccination). Il n'en va pas de même des indicateurs qui reflètent des programmes de santé nécessitant un important investissement des services de santé ainsi que des changements d'attitude de la part des familles.

D^e Marie-Christine Mauroy, ONE

Adresse de l'auteur : Office de la naissance et de l'enfance, chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles. Courriel : info@one.be. Internet : www.one.be (le rapport y est téléchargeable).

BRÈVES

Local

Eben-Emael

Du 26 au 31 août 2007

Université d'été Citoyenneté et démocratie locale à l'ère de la mondialisation, sur le thème « La cohésion sociale locale à l'ère de la mondialisation ».

Organisateurs : AIGS asbl, CREAC asbl, GMV asbl, Work'Inn asbl.

Lieu : Moulin du Broukay, Chemin du Broukay, 4690 Eben-Emael.

Coût : 62 euros pour la totalité de la session, repas compris.

Renseignements et inscriptions : CREAC ASBL, rue Saint-Lambert 84, 4040 Herstal.

Tél.: 04 264 89 04.

Courriel : service.personne@aigs.be.

Site : <http://www.aigs.be>

Formation

Liège

Du 12 septembre 2007
au 25 janvier 2008

Le CERES (Centre d'enseignement et de recherche pour l'environnement et la santé) de l'Université de Liège organise un nouveau cycle de formations intégrées en communication pour la santé (CAPS) et

l'environnement (ECOCOM) du 12 septembre 2007 au 25 janvier 2008.

Ces formations poursuivent les objectifs suivants : promouvoir la santé et l'environnement dans la perspective du développement durable en utilisant des moyens de communication appropriés ; maîtriser les outils de la recherche d'emploi ; améliorer sa connaissance de soi et sa confiance en soi ; découvrir les réseaux de la promotion de la santé et de l'ErE. Ces formations gratuites, d'une durée de 19 semaines, sont destinées à des personnes sans activité professionnelle. Séance d'information lundi **3 septembre 2007** à 14h. Séance de sélection mercredi **5 septembre 2007** à 10h. Un second cycle de formations aura lieu de février à juin 2008.

Renseignements : CERES, Université de Liège, Place Delcour 17, Bât. L1, 4020 Liège. Tél.: 04 366 90 60. Fax : 04 366 90 62. Courriel : steceres@ulg.ac.be. Internet : www.ceres.fapse.ulg.ac.be/index.html.

Formation

Liège

Du 13 septembre au 21 décembre 2007

CERISE (Centre d'Education Relative aux Interactions Santé et Environnement) organise une session de formation à l'éducation pour la santé et à l'environnement, qui se déroulera du 13 septembre au 21 décembre 2007.

Cette formation est gratuite. Elle s'adresse à des personnes libres d'occupation professionnelle, formées ou expérimentées dans le domaine éducatif.

La formation permet de devenir intervenant en santé et en environnement, d'acquérir des compétences en TIC et de réaliser des projets éducatifs.

Séance d'information : le mercredi **5 septembre 2007** à 10h aux Rivageois, Haute Ecole Charlemagne, rue des Rivageois 6, 4000 Liège.

Pour tout renseignement : tél. 04 254 76 21, fax 04 254 76 20, courriel formation_cerise@hotmail.com. Site : www.formation-cerise.be

Ethique et promotion de la santé

Gand

18 au 20 septembre 2007

Conférence internationale de l'Union internationale pour l'éducation et la promotion de la santé, sur le thème « Etablir un agenda éthique pour la promotion de la santé ». Cela se passera à la Faculté de droit de l'Université de Gand.

Quelques thèmes des séances plénières :

- un agenda éthique pour la politique de promotion de la santé ;
- s'attaquer aux inégalités de santé : la question du faisable et du souhaitable ;
- la promotion de la santé : pourquoi (ne pas) respecter l'identité culturelle ?
- pourquoi une société libre du tabac doit-elle être considérée comme une meilleure société ?

Tout renseignement sur le site

<http://www.healthpromotionethics.eu>.

Estime de soi

Liège

De septembre à décembre 2007

Le Centre de planning familial le « 37 » organise des ateliers sur l'estime de soi.

L'équipe vous propose un travail en petits groupes où l'on évoque avec respect et précaution sa personnalité, son parcours de vie et surtout ses possibilités d'agir afin d'améliorer significativement son estime de soi. Via des exercices individuels et collectifs et grâce à des apports théoriques, on découvre ce qui se cache derrière le concept « estime de soi ». Et surtout, chaque participant(e) se donne un objectif personnel, fil rouge entre les séances, que chacun essaiera d'atteindre grâce au soutien du groupe. Il est ouvert à tout adulte et jeune adulte, homme ou femme et se limite à 8 personnes. Module de 6 séances de 3 heures qui se déroulera

- soit en journée 13h30 à 16h30, les mardis 18 septembre, 2 et 16 octobre, 6 et 20 novembre, 4 décembre ;
- soit en soirée de 19h00 à 22h00, les jeudis 20 septembre, 4 et 18 octobre, 8 et 22 novembre, 6 décembre.

Lieu : cela se passera dans les locaux du 37, rue Saint Gilles 29, 4000 Liège.

Le prix : 120 € pour les 6 séances.

L'inscription est indispensable et demande un entretien préalable gratuit.

Renseignements par téléphone : 04 223 77 89 (lundi et mercredi de 13h à 19h, mardi, jeudi et vendredi de 9h à 12h30).

Alzheimer

Libramont

20 septembre 2007

La Ligue Alzheimer asbl organise chaque année son colloque dans une région différente en Wallonie ou à Bruxelles. En 2007, cela se passera au Centre culturel de Libramont, la veille de la Journée mondiale de la maladie d'Alzheimer.

Destiné aux personnes atteintes et aux proches de malades d'Alzheimer comme aux professionnels et étudiants francophones, le colloque fera le point sur les avancées de la recherche et la pratique dans le domaine de la maladie d'Alzheimer. Il dégagera des perspectives d'avenir et définira des pistes d'actions concrètes et originales pour des régions où l'offre d'aide est moins accessible par la dispersion des usagers.

La matinée sera consacrée à des exposés de base médico-sociale : quoi de neuf Alzheimer ? (un diagnostic précoce et spécifique, des exemples venus d'ailleurs, l'assurance de la maladie d'Alzheimer,...).

L'après-midi s'articulera autour d'un panel d'acteurs/experts, animé par le journaliste **Jacques Poncin**. Cette table ronde aura pour thème « *Qui fait quoi pour Alzheimer en Province de Luxembourg ?* ». Les participants, de tous horizons, développeront une intervention relative à leur initiative (maladie d'Alzheimer, démence, désorientation en milieu rural) et répondront aux questions du public et de l'animateur. L'inscription au colloque est fixée à 10 euros/personne. Ce prix inclut le sandwich et une boisson à midi. La validité de l'inscription est conditionnée par le

versement des 10 euros sur le compte de la Ligue Alzheimer asbl (360-1159634-05) avec en communication, la mention « colloque 2007 + nom et prénom de la personne inscrite ».

Informations : Ligue Alzheimer asbl, tél.: 0800 15 225 (à partir de tout poste fixe en Belgique) ou 04 229 58 10.

Courriel : ligue.alzheimer@alzheimer.be.

Sites : www.alzheimer.be et www.lademence.be.

Alcool - drogues milieu de travail

Bruxelles

25 septembre et 2 octobre

6, 20 et 27 novembre 2007

La consommation abusive d'alcool et d'autres drogues pose, sur le lieu du travail, des problèmes difficiles à gérer tant sur le plan humain que sur le plan légal. De plus en plus d'entreprises souhaitent mettre en place une politique de prévention et de gestion de ces problématiques. L'asbl « Santé & Entreprise » les conseille dans l'élaboration de procédures adéquates et la mise en place d'une structure d'aide pour les personnes en difficulté. Dans le cadre de ces missions, elle propose un cycle de formation qui se décline en 2 modules distincts.

- Module de base « Alcool et autres drogues au travail » : ce module s'adresse aux membres du service GRH, du service du personnel, du service social, du service médical, du SIPPT, aux représentants syndicaux,... Dates : 25 septembre et 2 octobre 2007, de 9 à 16h30.

Prix : 112 € en cas de prise en charge par l'entreprise, 98 € en cas de prise en charge individuelle.

- Module d'approfondissement « Comment aborder, motiver et aider un consommateur à problème ? » : ce module s'adresse plus particulièrement aux travailleurs psycho-médico-sociaux en entreprise (pré-requis : module de base). Dates : 6, 20 et 27 novembre 2007 de 9 à 16h30.

Prix : 168 € en cas de prise en charge par l'entreprise, 147 € en cas de prise en charge individuelle.

Lieu : rue Mercelis 27 (2^e étage), 1050 Bruxelles.

Formatrices : C. De Vos, licenciée en sciences du travail, systémicienne - M-G. Kerger, licenciée en psychologie, tabacologue.

Renseignements : Santé & Entreprise ASBL, rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 215 61 45.

Courriel : santeentreprise.asbl@belgacom.net.

Site : www.sante-entreprise.be

Santé mentale

Namur

28 septembre 2007

Journée des associations d'usagers en santé mentale, organisée par l'asbl Psytoyens.

Au programme :

- Le matin : forum sur le rôle des associations d'usagers en santé mentale
- Introduction : Monsieur **Christiaan Decoster**, Directeur général de la DG Organisation des établissements de soins de SPF Santé publique,

sécurité de la chaîne alimentaire et l'environnement.

- Interventions d'usagers : présentation de Psytoyens et de l'expérience des associations d'usagers.
- Témoignages de professionnels : Monsieur **Bernard Jacob**, Administrateur du Réseau UTE-AIGS et Docteur **Jean-Marie Lemaire**, Psychiatre et clinicien de concertation.
- Débats et échanges.
- L'après-midi : foire aux associations
- Stands des associations d'usagers de Wallonie et de Bruxelles
- Concerts
- Animations diverses : jeux, fresque murale, projections de films,...

Lieu : Centre L'Illon, place de l'Illon 17, 5000 Namur.

Prix : 3 € pour les usagers, 5 € pour les professionnels et les familles.

Renseignements et inscriptions : Psytoyens asbl, rue Henri Lemaître 78, 5000 Namur. Tél.: 081 23 50 19. Fax : 081 23 50 16. Courriel : info@psytoyens.be.

Appel à projets

La Fondation Roi Baudouin lance l'appel à projets : « Alimentation saine pour les groupes socialement défavorisés ».

L'importance d'une alimentation saine est de plus en plus largement reconnue. Cela se traduit, entre autres, par de nombreuses campagnes de sensibilisation. Ces campagnes ont une caractéristique commune : elles ne touchent pas ou peu les groupes les plus défavorisés de notre société et augmentent donc les inégalités sociales dans le domaine de la santé. La plupart des problèmes de santé résultent pourtant de mauvaises habitudes alimentaires, précisément chez ces groupes précaires.

La Fondation Roi Baudouin veut mettre l'accent sur la collaboration entre projets, entre le secteur social, le secteur de la santé et le secteur de l'alimentation en particulier, pour stimuler l'offre d'alimentation saine pour les groupes socialement défavorisés.

Qui peut introduire un projet ? Les associations socio-culturelles ou socio-éducatives, et les institutions locales non-marchandes (asbl, projets d'économie sociale, services d'intégration, d'éducation permanente et d'insertion socioprofessionnelle, services d'aide à la jeunesse, maisons d'accueil, Centres de service social); les pouvoirs publics locaux (communes, CPAS, missions locales, services communaux de prévention); les restaurants sociaux et épiceries sociales; les Centres locaux de promotion de la santé, les dispensaires, les maisons médicales, les maisons de repos, les centres de santé, ou acteurs locaux de la santé, organismes de promotion de la santé; les maisons ou restaurants de quartier; les écoles à discrimination positive; les mutualités.

Chaque projet sélectionné recevra un soutien financier dont le montant dépendra du type de projet ainsi que des moyens déjà disponibles ou mobilisables pour le projet. Le jury indépendant accordera un soutien financier de maximum 15.000 € par projet.

Les dossiers de candidature doivent être introduits

avant le 19 octobre 2007. La sélection par un jury indépendant aura lieu à la mi-décembre 2007.

Pour plus d'information ou pour télécharger le dossier de candidature, surfez sur www.kbs-frb.be;

tél. 070 233 065 ou courriel proj@kbs-frb.be en mentionnant le n° de référence de l'appel J22310.

Pour des questions plus spécifiques, vous pouvez contacter **Pascale Taminiaux** au +32 2 549 02 91 ou taminiaux.p@kbs-frb.be

Fondation Roi Baudouin, Rue Brederode 21, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 511 18 40. Fax : 02 511 52 21.

Site : www.kbs-frb.be.

Assuétude Bruxelles

Depuis le mois d'avril 2007, le centre Le Pélican propose un groupe de parole destiné uniquement à l'entourage rencontrant des difficultés auprès d'un proche ayant des problèmes liés à une consommation d'alcool, de drogues, de médicaments, de jeux d'argent. Ce dernier reste ouvert à toute nouvelle personne souhaitant y participer. Le nombre de participants est de 5 personnes minimum et de 8 personnes maximum.

Pour plus d'informations, contactez le thérapeute animateur au 02 502 08 61, les lundi et jeudi de 14 à 16 heures.

Le Pélican asbl, Bd Emile Bockstael 230, 1020 Bruxelles.

Exercice physique

L'école « la plus favorable au sport » a été élue, pour la première fois, dans la foulée de l'«Année européenne de l'éducation par le sport » qui s'est déroulée en 2004.

Soucieuse de pérenniser cette opération, en 2005, le Grand-Duché du Luxembourg qui assurait la Présidence du Conseil de l'Union européenne a proposé un vademecum énonçant un certain nombre de critères d'appréciation en vue d'attribuer les labels « Ecole la plus favorable au sport » et « Ecole favorable au sport ». En avril dernier, le Ministre de la Communauté française en charge des sports, **Claude Eerdeken**, a remis les labels aux écoles lauréates pour l'année 2005-2006. L'« école la plus favorable au sport » est l'Athénée provincial J. d'Avesnes, de Mons.

12 écoles ont reçu le label « école favorable au sport » : Athénée Royal de Quiévrain, Ecole Polytechnique de Huy, Ecole communale de Grand-Rechain, Lycée de Berlaymont, Ecole Marcel Thiry d'Embourg, Ecole de l'Amitié de Limal, Ecole communale de Xhendelesse, Institut technique des Ursulines de Mons, Ecole d'enseignement spécialisé Le Bosquet de Fosses-la-Ville, Institut du Sacré-Cœur de Mouscron, Ecole Saint-Martin de Villers-le-Bouillet et IPES de Hesbaye-Waremme.

Cannabis Liège

Le 18 avril 2007, le Centre liégeois de promotion de la santé remettait son prix au Docteur **Catherine**

Bourdouxhe pour son travail de fin d'études du DES en médecine générale : « *Le cannabis chez l'adolescent :*

représentations des parents - place du médecin traitant ».

Ce prix est le fruit d'une collaboration depuis 5 ans entre le CLPS et le Département de Médecine générale de l'ULg. Il récompense chaque année un(e) jeune diplômé(e) qui se destine à la médecine générale et dont le travail de fin d'études traite de manière innovante un thème de médecine préventive ou plus largement de promotion de la santé. Le CLPS souhaite, par l'octroi de cette récompense, encourager les futurs généralistes à s'intéresser davantage à la promotion de la santé, discipline peu évoquée durant leurs études.

Le travail du D' Bourdouxhe donne des informations théoriques sur le cannabis, rappelle la législation et explore les inquiétudes des parents et la représentation qu'ils ont du cannabis par la méthode des focus groupes. Cette dernière partie permet de mieux comprendre le vécu des parents, les réactions qu'ils peuvent avoir en cas de consommation, mais aussi, ce qu'ils désireraient avoir comme ressources pour mieux faire face en cas de problème. On y apprend, par exemple, que les parents connaissent peu les réalités liées au cannabis. Ils en ont peur et le diabolisent en banalisant toutefois certains de ses effets. Ils sont demandeurs d'informations mais ne font que rarement appel au médecin traitant.

Même s'il a été réalisé à petite échelle, (22 parents sur la commune de Sprimont) et n'a pas la prétention d'être complet, ce travail nous a semblé intéressant à plus d'un titre. Le D' Bourdouxhe a opté, d'une part, pour aller écouter les parents « parler de la santé de leurs enfants », et pour leur faire exprimer leurs besoins tels qu'ils les vivent. Il s'agit bien là d'une réelle démarche de promotion de la santé.

Elle propose d'autre part aux médecins généralistes un outil qui leur permettra de mieux comprendre le point de vue des parents au sujet du cannabis et d'aborder ce sujet plus aisément avec eux.

Nous voyons également tout l'intérêt de cette recherche pour les associations de promotion de la santé qui œuvrent dans le domaine de la prévention des assuétudes et qui sont régulièrement en contact avec les parents.

Le travail du D' Bourdouxhe est disponible au CLPS, boulevard de la Constitution 19, 4020 Liège. Tél. 04 349 51 44. Courriel : promotion.sante@clps.be.

Chantal Leva, Directrice.

Avez-vous bien reçu le numéro 224 ?

Suite à une mauvaise manipulation de notre fichier d'abonnés en Belgique, les données imprimées pour l'envoi du numéro 224 de juin 2007 ont été mélangées : si la revue est arrivée jusqu'à vous (cela semble heureusement avoir été le cas pour la grande majorité de nos abonnés), vous aurez remarqué sur le feuillet adresse la mention d'un organisme auquel vous n'appartenez pas!

Les abonnés qui n'ont pas reçu le numéro de juin peuvent nous le signaler au 02 246 48 51 ou à l'adresse courriel education.sante@mc.be. Nous le leur enverrons au plus vite.

Nous vous présentons toutes nos excuses pour ce contretemps.



Dossier :

La santé... par l'activité physique

Editorial

Développons un environnement favorable aux activités physiques!, *Annick Fayard, Myriam Fritz-Legendre*

Représentations des populations, état des lieux, recommandations

Comment engager une personne durablement dans la pratique d'une activité ? *Christine Le Scanff*

Promotion de l'activité physique : des stratégies qui ont fait leurs preuves, *René Demeulemeester*

Exercice du corps : une arme contre les maladies chroniques, *Jean-Michel Oppert*

Bouger améliore-t-il la qualité de vie ?, *Anne Vuillemin*

L'activité physique : une affaire de goûts ?, *Claire Perrin*

Mobilité physique à des fins préventives :

ce que recommandent les experts, *Patrick Laure*

Fréquence et temps de pratique de l'activité physique en France, *Hélène Escalon*

Comment combiner favorablement santé, sport et activité physique ?, *Pierre Parlebas*

Comment favoriser l'activité physique : les pratiques en France et au Québec

En Alsace, les collégiens vivement incités à s'activer, *Chantal Simon, Brigitte Schweitzer, Carine Platat, Emmanuel Triby*

« Vous avez dit trente minutes de marche rapide par jour ? », *Corinne Delamaire*

« Papa, papa, je veux faire du Pédibus! », *Éric Le Grand*

Comment le Québec « se bouge » pour endiguer la sédentarité, *Véronique Martin*

Rubriques

Aide à l'action

Espace santé jeunes de Nanterre : une structure de prévention et d'accueil pour les 12-25 ans, *Aude de Calan*

La santé à l'école

Professionnels des lycées : comment prévenir les conduites addictives ?, *Franck Pizon, Didier Jourdan*

La santé en chiffres

Les 60-75 ans, aussi heureux que les plus jeunes, *Cynthia Kubiak, Stéphanie Pin*
« Il nous faut valoriser et accompagner davantage les personnes âgées », *entretien avec Philippe Pitaud*

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

Les Belges inégaux face à la santé, par la *Fondation Roi Baudouin* 2

France : du PNNS1 aux propositions du PNNS2, par *Serge Herberg* 3

Le petit garçon qui voulait devenir l'ami du soleil, par *Christian De Bock* 6

Invitation au voyage en promotion de la santé 7

Appel à un partenariat avec la médecine générale 8

La 'promotion' de la santé cardio-vasculaire, mais encore ?, par *Jean Laperche* 9

Stratégie

Plan communautaire opérationnel - Le programme de dépistage du cancer du sein, par *Anne Vandenbroucke* 11

Matériel

Ariane, aider les patientes atteintes d'un cancer du sein 13

35 idées reçues sur les drogues 14

Lu pour vous

'Au secours... on veut m'aider!', par *Véronique Janzyk* 14

Données

Les chiffres de la petite enfance, par *Marie-Christine Mauroy* 16

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

Rédaction : Maryse Van Audenhaege, Carole Feulien.

Ont collaboré à ce numéro : CORDES, Fondation Roi Baudouin, Serge Herberg, Véronique Janzyk, Jean Laperche, Marie-Christine Mauroy, Anne Vandenbroucke

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

Site internet : Maryse Van Audenhaege.

Contact abonnés : Carole Feulien (02 246 48 52, carole.feulien@mc.be)

Comité stratégique : Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache,

Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Roger Lonfils, Carine Maillard, Paul Sonkes, Catherine Spièce, 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.



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