



**La Charte européenne sur la lutte contre l'obésité** en p. 7 à 10

# Mieux comprendre l'alcoolisme

**Pour bon nombre de médecins, la maladie alcoolique est une des pires maladies à traiter. La dépendance alcoolique s'apparente, en effet, à une spirale infernale de laquelle il est très difficile de sortir. Et, par le biais du co-alcoolisme, l'entourage contribue souvent, sans en avoir conscience, à maintenir l'alcoolodépendant dans son état.**

Quand on parle d'alcool et de la dépendance qui peut découler de l'abus qui est fait des « boissons enivrantes », tirées du fruit de la terre et du travail des hommes, il n'est pas inutile de rappeler que la consommation d'alcool, si elle existe depuis la nuit des temps, a longtemps été porteuse d'un sens sacré qui s'est perdu au fil des siècles. L'hydromel, boisson faite d'eau et de miel, et liqueur divine des habitants de l'Olympe, est probablement la plus ancienne boisson alcoolisée du monde. Au cours de l'histoire, l'usage de l'alcool a remplacé le rite sacré du sang. Investi d'une valeur symbolique, l'alcool a longtemps été réservé aux pratiques religieuses, divinatoires, médicamenteuses et nutritionnelles. Aujourd'hui, la consommation d'alcool est inscrite dans de nombreuses cultures et accompagne traditionnellement la plupart des rites et des cérémonies. Non seulement synonymes de convivialité, de plaisir et de liberté, les boissons alcoolisées sont aussi perçues, chez l'homme, comme un symbole de force et de virilité. Pour de nombreux jeunes, la consommation d'alcool représente une sorte d'initiation à l'état adulte.

Mais, signe des temps, la consommation d'alcool témoigne aussi d'une maladie de société. De plus en plus de personnes utilisent des produits psychotropes, notamment l'alcool, pour échapper aux difficultés de la vie. « Il existe une culture de l'alcool et une banalisation du produit, affirme Nathalie Ehrhardt, psychiatre au CHC clinique Saint-Vincent de Rocourt. Dans certaines familles, on boit de l'alcool pour se désaltérer. D'une manière générale, la prise d'alcool est, avant tout, un mode de fonctionnement qui aide à faire face aux problèmes de la vie quotidienne. Cependant, la consommation d'alcool n'est pas un acte banal. »

## La spirale de la dépendance

Ce qui fait l'attrait de l'alcool, c'est qu'il agit sur le système nerveux. A faible dose, il permet de se détendre, soulage temporairement les angoisses, anesthésie les émotions, lève les inhibitions, donne de l'assurance, comble le sentiment de vide. Mais certaines personnes sont plus vulnérables aux effets de l'alcool que d'autres. Ainsi, l'alcoolémie (la présence d'alcool dans le sang qui croît jusqu'à deux heures après l'absorption d'alcool) augmente plus et plus vite chez la femme, chez le jeune, chez le

sujet petit et maigre. « La dépendance à l'alcool s'installe progressivement, et en fonction de la sensibilité du sujet, explique Benoît Troisfontaines, médecin chef du Service de psychiatrie au CHC clinique Saint-Vincent de Rocourt et spécialisé dans les pathologies liées à l'alcool. Tout le monde ne devient pas dépendant. La dépendance se caractérise par une perte de liberté par rapport à sa consommation d'alcool. Même s'il y a une volonté d'arrêt, la personne ne parvient plus à maîtriser sa consommation. Boire devient une activité importante qui monopolise chaque instant. La vie s'organise alors autour du produit. Lorsque la personne arrête de boire, elle souffre d'un réel manque car son organisme ne sait plus fonctionner sans alcool. » Comme le souligne avec insistance le Docteur Raymond Gueibe, alcoologue et psychiatre de liaison à la clinique Saint-Pierre d'Ottignies, « l'alcoolisme est une des pires maladies, car seulement 5% des personnes devenues dépendantes à l'alcool parviennent à l'abstinence et savent gérer leur maladie. »

## Une maladie familiale

Sans en être conscient, l'entourage développe souvent des attitudes qui maintiennent l'alcoolique dans son problème, par exemple en lui fournissant des boissons alcoolisées, en le protégeant des conséquences néfastes de son comportement, en cachant ou niant son problème. On parle alors de co-alcoolisme.

L'alcoolisme est donc un mal qui affecte l'ensemble de la famille, tant sur le plan psychique que physique. Colites, migraines, ulcères, difficultés de concentration, anxiété, dépression, obésité... sont autant de maux qui peuvent trouver leur origine dans le co-alcoolisme. Le conjoint, les enfants, les frères, les sœurs, les parents d'une personne alcoolique développent, en effet, fréquemment de nombreux désordres physiques et psychiques liés à l'angoisse et au stress. Il n'est pourtant pas rare que les personnes affectées par l'alcoolisme d'un proche soient incapables de reconnaître le lien qui existe entre leur mal-être et leur inquiétude continue face aux problèmes liés à une consommation excessive d'alcool d'un des leurs.

La famille et les amis d'une personne alcoolique peuvent nier fortement, même vis-à-vis d'eux-mêmes, qu'un être proche ait un problème d'alcool. Sans une prise de conscience nécessaire, les symptômes physiques, la négation, et l'inquiétude peuvent se perpétuer indéfiniment jusqu'au drame.

« La dépendance à l'alcool s'inscrit dans une histoire qui est celle du conjoint alcoolique, mais aussi de toute la famille, explique Raymond Gueibe. Le problème de l'alcoolisme et du co-alcoolisme chez les proches s'installe de façon très insidieuse. Dans un premier

temps, la famille ne voit souvent pas d'inconvénient à ce qu'un proche consomme de l'alcool, même exagérément. La famille ne perçoit pas le problème ou doute qu'il y ait un problème. Par la suite, lorsque les membres d'une famille prennent conscience du fait qu'un des leurs boit exagérément, ils vont en faire la remarque. La personne alcoolique se défend alors de trop boire, et va boire en cachette. Très souvent, les proches de l'alcoolique cachent le problème vis-à-vis de l'extérieur, afin de protéger la famille. Le co-alcoolisme se met ainsi en place, de mille et une façons. Lorsque le mari, par exemple, se trouve en manque d'alcool, son épouse ne « peut » pas le laisser dans cet état et va lui acheter de l'alcool. Le co-alcoolisme permet au malade de continuer à s'alcooliser. Cette complicité peut durer jusqu'à la mort de l'alcoolique. »

Si la vie de l'alcoolique s'organise autour de sa consommation d'alcool, la vie du reste de la famille s'organise, quant à elle, autour du problème d'alcool. Ce problème devient un grand secret. On arrange les choses pour sauver les apparences, la femme allant jusqu'à excuser l'absence de son mari au travail, arguant d'une grippe pour camoufler la gueule de bois.

« L'alcoolique utilise cette complicité comme un levier lui permettant de faire du chantage au sein de sa famille, poursuit Raymond Gueibe. Dans un deuxième temps, la famille va essayer d'aider l'alcoolique à ne plus boire en le surveillant, en supprimant l'alcool de la maison. L'alcoolique – qui a caché ses bouteilles – « se montre » coopératif. Au fil du temps,

## Les recommandations de l'OMS

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a établi des limites maximales recommandées pour une consommation d'alcool à moindre risque. Les limites à ne pas dépasser chez les adultes, pour une consommation régulière, sont de 14 verres par semaine pour les femmes et 21 verres pour les hommes, avec au moins un jour sans alcool sur la semaine. Pour une consommation occasionnelle, il ne faut pas absorber plus de quatre verres d'alcool en une seule occasion. L'OMS insiste bien sur le fait que la tolérance et la vulnérabilité à l'alcool sont propres à chaque individu. Certaines personnes peuvent développer des pathologies en ingérant des quantités inférieures à celles décrites ci-dessus.

Source : Enquête de santé par interview, Belgique, 2004.

Service d'Epidémiologie, 2006, Bruxelles. Institut Scientifique de Santé Publique.

la famille s'épuise dans le besoin de contrôler l'alcoolique et de le protéger. L'alcoolique, quant à lui, est dans le déni et culpabilise son entourage en attribuant son problème aux autres. Le partenaire et les enfants en arrivent à se sentir coupables et responsables du problème. Les enfants et les adolescents souffrent énormément de l'alcoolisme d'un de leurs parents. Ils ont l'impression d'être seuls à vivre cette situation, qu'ils croient par ailleurs avoir provoquée, et s'enferment dans le silence. Ils n'invitent pas de copains chez eux. Le risque, pour ces enfants, est d'essayer par la suite de réparer les choses en épousant, notamment, une personne souffrant d'alcoolisme. »

Le co-alcoolisme existe aussi sur le lieu du travail. Lorsque, par exemple, un collègue expédie les tâches de l'alcoolique ou que le chef de bureau ferme les yeux sur ses retards et erreurs répétitives, on parle de co-alcoolisme.

Pour les spécialistes du problème alcoolique, il n'y a pas de secret : en croyant bien faire, en réparant les pots cassés, en protégeant l'alcoolique des effets néfastes de sa consommation, la famille retarde peut-être le moment d'une prise de conscience nécessaire à l'alcoolique pour décider d'arrêter de boire. Cette « complicité » n'est pas tenable à long terme pour le co-alcoolique et ne fait que conforter l'alcoolique dans sa situation. Il n'a pratiquement aucune chance de cesser de boire aussi longtemps que son entourage écarte de lui toutes les conséquences douloureuses de sa consommation d'alcool. Car, même s'il s'agit d'une vérité difficile à accepter pour l'entourage proche et surtout pour la famille, seul l'alcoolique peut décider d'arrêter de boire. Minimiser les choses ne résout rien. Il faut aborder le problème directement, en mettant l'alcoolique face à ses responsabilités et en ne dissimulant pas ses erreurs, même si cela engendre un conflit.

## **Alcoolisme et violences familiales**

Parmi les nombreux problèmes liés à l'alcoolisme, celui des violences intrafamiliales est malheureusement très fréquent. Marquées du sceau du secret familial, les violences familiales créent des souffrances profondes et durables, notamment pour les enfants qui en sont victimes. « On constate que, chez certaines personnes, la violence – verbale et/ou physique – n'apparaît que lorsqu'elles se trouvent sous l'emprise de l'alcool, note le D<sup>r</sup> Raymond Gueibe. Un tiers des personnes alcooliques posent des actes de violence envers leurs proches. Tout comme les membres de la famille cachent le problème d'alcool d'un des leurs, ils cachent également la violence, la famille s'organisant alors pour se protéger de cette violence. Les enfants et les adolescents se sentent responsables, non seulement de l'alcoolisme d'un de leurs parents, mais également des actes de violence dont ils sont victimes. Ils pensent avoir mérité les coups : s'ils étaient plus sages, s'ils avaient de meilleurs résultats scolaires... tout cela n'arriverait pas, croient-ils. »

La vérité est thérapeutique : mettre l'alcoolique face à ses responsabilités signifie aussi qu'il faille oser l'affronter s'il est violent envers ses proches. Il peut donc être nécessaire de dénoncer la violence, celle-ci étant inacceptable et interdite. « Mais il y a une telle culpabilité, un tel tabou autour de l'alcoolisme et de la violence que, très souvent, les proches n'osent pas en avvertir la police, constate le D<sup>r</sup> Gueibe. Accepter la violence d'autrui, c'est perdre sa dignité. Mettre des limites à un comportement inacceptable, permet de retrouver sa dignité et donne l'occasion à la personne qui se conduit avec violence, lorsqu'elle a bu exagérément, de prendre conscience de la gravité de ses actes. C'est donc aussi lui donner l'occasion de changer. »

## **Guérir l'alcoolisme**

Le rétablissement d'un malade alcoolique passe nécessairement par une prise de conscience de son état. Bien souvent, cette prise de conscience se fait lorsque la personne a le sentiment d'avoir touché le fond. Mais il vaut mieux éviter d'en arriver là. « Il est toujours possible de faire le bilan de sa consommation personnelle d'alcool, afin de se situer, explique Benoît Troisfontaines. L'alcoolisme n'est pas une tare, ni un vice : il s'agit d'une maladie mentale et chronique. Lorsqu'une personne se rend compte qu'elle est en difficulté par rapport à sa consommation d'alcool, le mieux qu'elle puisse faire, c'est de ne pas rester seule avec cette difficulté, mais d'en parler au médecin traitant, au médecin du travail, à des proches ou encore à des associations qui ont fait leurs preuves, telles que les Alcooliques Anonymes ou Vie Libre. »

## **Les mouvements d'entraide**

Les Alcooliques Anonymes sont une association d'hommes et de femmes qui partagent entre eux leur expérience, leur force et leur espoir dans le but de résoudre leur problème commun, et d'aider d'autres alcooliques à se rétablir. La seule condition requise pour être membre des AA est un désir sincère d'arrêter de boire.

L'alcoolisme est, selon le mouvement des Alcooliques Anonymes, « une maladie progressive, émotive, mentale et spirituelle autant que physique. Les alcooliques que nous connaissons ont perdu le pouvoir de contrôler leur consommation d'alcool. »

L'expérience montre que le suivi idéal d'un patient souffrant de dépendance alcoolique passe par un sevrage sous surveillance médicale, une psychothérapie et la participation aux réunions organisées par les mouvements d'entraide, tels que les Alcooliques Anonymes et Vie Libre.

Bien souvent, la pierre d'achoppement des médecins qui essaient d'aider un alcoolique, c'est que celui-ci ne veut pas collaborer. Par expérience, cette pierre d'achoppement est devenue, pour les AA, la pierre angulaire ouvrant vers le rétablissement : « Le déni étant caractéristique de l'alcoolisme, les patients sont souvent évasifs quand on les questionne et certains médecins ne discernent pas forcément qu'un problème d'alcool est à la racine de leurs symptômes. Les patients peuvent rejeter toute allusion au rôle et aux effets de l'alcool. En général, un diagnostic médical n'est pas contesté. Mais lorsqu'un médecin prononce le mot « alcoolisme », il entendra souvent le patient se trouver des excuses ou protester : « Je ne bois pas tant que ça ! ». La justification et la négation font partie intégrante de l'alcoolisme. Les membres AA qui ont dépassé cette résistance et accepté de faire face aux conséquences de leur alcoolisme sont particulièrement qualifiés pour en aider d'autres à surmonter cet obstacle. »

Le mouvement des Alcooliques Anonymes est né en 1935, aux États-Unis, de la rencontre de deux

## **12 questions pour faire le point**

Les Alcooliques Anonymes proposent un test en 12 questions qui aide à réaliser dans quelle mesure la consommation personnelle d'alcool pose problème ou pas. 4 réponses positives indiquent un problème avec l'alcool.

1. Avez-vous déjà résolu d'arrêter de boire pendant une semaine ou deux, sans pouvoir tenir plus de quelques jours ?
2. Aimerez-vous que les gens se mêlent de leurs affaires concernant votre façon de boire, qu'ils cessent de vous dire ce que vous devez faire ?
3. Avez-vous déjà changé de sorte de boisson dans l'espoir d'éviter de vous enivrer ?
4. Vous est-il arrivé, au cours de la dernière année, de devoir prendre un verre le matin pour pouvoir vous lever ?
5. Enviez-vous les gens qui peuvent boire sans s'occasionner des problèmes ?

6. Avez-vous connu des problèmes liés à votre consommation d'alcool au cours de la dernière année ?

7. Votre façon de boire a-t-elle causé des problèmes à la maison ?

8. Vous arrive-t-il, lors d'une soirée, d'essayer d'obtenir des consommations supplémentaires parce qu'on ne vous en donne pas suffisamment ?

9. Vous dites-vous que vous pouvez cesser de boire n'importe quand, même si vous continuez à vous enivrer malgré vous ?

10. Avez-vous des trous de mémoire ?

11. Avez-vous manqué des journées de travail ou d'école à cause de l'alcool ?

12. Avez-vous déjà eu l'impression que la vie serait plus belle si vous ne buviez pas ?

grands buveurs, le Dr Bob, un chirurgien, et Bill, un courtier. Convaincus que l'alcool allait les tuer s'ils continuaient à boire, et ayant admis leur incapacité de s'empêcher de s'enivrer, ils se sont confiés mutuellement et sincèrement leurs déboires liés à l'alcool. Et ils ont constaté que la compréhension et le soutien réciproques leur donnaient la force de ne pas boire... le premier verre. De là est née la conviction que les buveurs abstinents sont bien placés pour venir en aide à l'alcoolique qui souhaite s'en sortir, mais qui ne peut y parvenir par sa seule volonté. C'est le principe de la solidarité, basé sur le partage des expériences.

Les pionniers du mouvement ont vite compris qu'il ne suffisait pas de s'abstenir de toucher à la bouteille pour en être libérés. Ils ont donc été amenés à développer et à expérimenter un nouveau mode de vie basé sur l'étude et l'application, dans la vie de tous les jours, des « 12 étapes », la pre-

mière étape consistant à se reconnaître alcoolique et impuissant devant l'alcool. Ces 12 étapes suggèrent un mode de vie permettant de chasser l'obsession de boire, tout en apprenant à mener une vie heureuse et pleine de (bon) sens.

Le mouvement **Al-Anon** est né, en 1951, à New-York. Pendant que les hommes souffrant d'alcoolisme se réunissaient au sein des Alcooliques Anonymes, leurs femmes se regroupaient également pour parler de leurs difficultés. En Belgique, Al-Anon offre une aide précieuse aux personnes affectées par la consommation d'alcool d'un proche, en leur proposant d'apprendre à vivre autrement avec une personne alcoolique, que celle-ci décide ou non d'arrêter de boire.

**Alateen** est une section d'Al-Anon et est destiné aux enfants et aux adolescents.

« **Vie Libre** » est né en France, en 1953. Le but de ce mouvement est d'aider les alcooliques

dans leur rétablissement, tout en étant ouvert à l'ensemble de la famille de l'alcoolique. Une collaboration tend, de plus en plus souvent, à s'établir entre le corps médical et ces différents mouvements d'entraide.

#### **Colette Barbier**

##### *Adresses utiles*

*Alcooliques Anonymes, Boulevard Clovis 81, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 511 40 30.*

*Courriel : [bsg@alcooliquesanonymes.be](mailto:bsg@alcooliquesanonymes.be).*

*Site : [www.alcooliquesanonymes.be](http://www.alcooliquesanonymes.be)*

*Al-Anon et Alateen, rue de la Poste 111, 1030 Bruxelles. Tél.: 02 216 09 08 (permanence les mardis et jeudis de 14 à 18h). Courriel :*

*[info@alanonbefr.be](mailto:info@alanonbefr.be). Site : [www.alanonbefr.be](http://www.alanonbefr.be)*

*Vie Libre, rue de la Gare 138, 6880 Bertrix.*

*Tél.: 061 41 45 09. Courriel :*

*[vielibre@scarlet.be](mailto:vielibre@scarlet.be). Site : [www.vielibre.be](http://www.vielibre.be).*

## L'eau du robinet : dissipons les malentendus!

L'eau du robinet est-elle bonne à boire ? Bien sûr ! Pourtant, 3 consommateurs sur 10 pensent le contraire. C'est un des constats qui ressort de l'enquête menée par le CRIOC sur l'eau du robinet. Même si cela ne repose sur aucune base scientifique, 77 % des personnes interrogées déclarent qu'il est préférable de boire de l'eau en bouteille plutôt que de l'eau du robinet.

### **La perception de l'eau du robinet**

Selon 75 % des interrogés, l'eau du robinet a mauvais goût. Des tests à l'aveugle ont montré qu'en réalité peu d'entre eux distinguent au goût l'eau du robinet des eaux en bouteille. Presque 4 consommateurs sur 10 pensent que le calcaire présent dans l'eau du robinet est mauvais pour la santé. Dans le même temps, 6 consommateurs sur 10 pensent que les eaux en bouteilles sont meilleures parce qu'elles contiennent du calcium ! Même si les deux types d'eau peuvent contenir le même carbonate de calcium !

En bref, 3 consommateurs sur 10 trouvent l'eau du robinet mauvaise pour la santé, et cette perception est particulièrement présente en Flandre.

### **Eau du robinet et potabilité**

Pour 30 % des interrogés, l'eau du robinet n'est pas potable et pour 39 % d'entre eux, une analyse de l'eau serait nécessaire à chaque fois que l'on en consomme, et le même pourcentage trouve un filtre à eau indispensable.

Or, la potabilité de l'eau du robinet est garantie par les compagnies distributrices d'eau qui sont tenues de fournir une eau qui respecte plus

de 50 paramètres de qualité définis par la législation européenne et d'opérer des contrôles réguliers. Ce niveau d'exigence est même plus élevé que pour l'eau en bouteille !

### **Consommation et prix de l'eau du robinet**

77 % des consommateurs trouvent préférable de boire de l'eau en bouteille. Ceci dit 80 % des répondants utilisent l'eau du robinet pour le café et le thé, et pour prendre des médicaments. Un consommateur sur quatre seulement présente de l'eau du robinet à table à ses invités. 6 consommateurs sur 10 trouvent l'eau du robinet trop chère. Près de la moitié pense même qu'elle est plus chère ou aussi chère que l'eau en bouteille. En comparaison, pourtant, l'eau du robinet est de 100 à 300 fois moins chère que l'eau en bouteille.

### **Eau de distribution et eau de pluie**

Si 4 consommateurs sur 10 disposent d'une installation permettant de recueillir l'eau de pluie, ils sont peu nombreux à l'utiliser, que ce soit pour la cuisine, pour se laver, pour la vaisselle, la lessive ou même pour les chasses des toilettes et le nettoyage. L'usage le plus fréquent de l'eau de pluie (un consommateur sur quatre) est l'arrosage du jardin.

### **Conclusions**

L'eau de distribution a un sérieux problème d'image. Elle aurait soi-disant mauvais goût, serait mauvaise pour la santé, chère, voire carrément

non potable ! La perception de l'eau est meilleure chez les Wallons que chez les Flamands. Mais 8 consommateurs sur 10 pensent que l'eau en bouteille est meilleure à boire, et 7 sur 10 n'osent pas servir de l'eau du robinet à leurs invités.

Les **stratégies de communication** des producteurs d'eau en bouteille entretiennent parfois la confusion. Certains n'ont pas hésité, dans d'autres pays européens, à laisser croire que l'eau de distribution qu'ils avaient embouteillée était de qualité supérieure !

La **peur de la non potabilité** mérite une attention particulière. De nombreux consommateurs doutent de la constance de la potabilité de l'eau et de la crédibilité de l'information reçue à ce sujet. Or, les analyses scientifiques garantissent cette potabilité.

L'eau de distribution est un **bien collectif et de première nécessité**. A ce titre, l'eau doit être accessible à tous, en ce y compris les plus démunis. Toutefois, l'eau est aussi une ressource à préserver. Actuellement, suite à un réapprovisionnement des nappes, la capacité de renouvellement ne semble pas menacée en Belgique. Contrairement à une idée reçue, limiter la consommation peut pénaliser les populations les plus démunies car les principaux coûts (distribution et production) sont fixes et leur coût marginal augmentera avec une diminution de la consommation. Dès lors, il est rationnel d'économiser l'eau... mais pas en la remplaçant par de l'eau en bouteille !

*D'après un communiqué du CRIOC.*

*Etude complète disponible sur [www.crioc.be](http://www.crioc.be).*

# Vaccination contre le pneumocoque

Grâce à l'accord signé à la conférence interministérielle des ministres de la santé de décembre 2006 et au budget obtenu par le Gouvernement de la Communauté française (2.000.000 €), le vaccin contre le pneumocoque conjugué heptavalent<sup>1</sup> (Pn7V) (Prevenar)<sup>1</sup> est entré dans le circuit de distribution des vaccins de la Communauté française depuis le mois de janvier de cette année.

Le schéma vaccinal proposé pour ce vaccin est celui recommandé par le Conseil supérieur d'hygiène, à savoir au total 3 doses de vaccin administrées respectivement à 2, 4 et 12 mois. Ce schéma est à présent adopté par plusieurs pays européens, la littérature scientifique atteste de sa validité.

Les vaccins administrés aux enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2006 le seront, comme à l'accoutumée, en échange des vignettes ad hoc incluses dans les carnets de l'enfant remis aux parents.

Depuis janvier et au cours de l'année 2007, la vaccination de rattrapage sera possible pour tous les enfants nés à partir du 1/1/2005. Pour ces enfants, en fonction de l'âge qu'ils ont lors de l'administration de la première dose de vaccin, les schémas de la vaccination de rattrapage suivants seront appliqués :

- pour les enfants âgés de moins de 10 mois : 2 doses Pn7V à 8 semaines d'intervalle suivi

d'une dose de rappel ;

- pour les enfants âgés de 10 à 11 mois : 2 doses Pn7V à 6 mois d'intervalle ;
- pour les enfants âgés de 12 à 24 mois : une seule dose de vaccin.

Au-delà de 24 mois, la vaccination Pn7V n'est plus indiquée pour tous les enfants mais seulement pour certains groupes à risque.

Pour les enfants qui ont déjà reçu une ou des doses de vaccin avant janvier 2007, la vaccination peut être poursuivie et complétée selon les schémas précités avec les vaccins disponibles dans le circuit de distribution des vaccins de la Communauté française :

- si un enfant a reçu une dose de vaccin, il recevra une deuxième dose à minimum 8 semaines d'intervalle et une dose de rappel après l'âge d'un an ;
- si un enfant a reçu 2 doses de vaccin (à minimum 8 semaines d'intervalle), il ne recevra qu'une dose de rappel au cours de la seconde année de vie ;
- si un enfant a reçu 3 doses au cours de la première année de vie, il est important qu'il reçoive une dose supplémentaire dès l'âge d'un an.

En Communauté française, cette vaccination gratuite est accessible auprès des vaccinateurs qui participent volontairement au programme, à savoir

les pédiatres, les consultations ONE et les généralistes qui vaccinent les jeunes enfants. En aucun cas les doses de vaccin achetées en pharmacie ne seront remboursées par la Communauté française. Les médecins vaccinateurs qui collaborent à ce jour au programme piloté par la Communauté française, qu'ils soient actifs au sein des consultations de l'ONE ou en cabinet privé, ont reçu en janvier, sans qu'ils doivent accomplir la moindre démarche supplémentaire, un stock de démarrage dont l'importance a été établie en fonction de leur activité vaccinale en 2006. Par ailleurs, tous les médecins participant au programme de vaccination de la Communauté française ont été informés en détails des modalités d'administration du vaccin et en particulier des raisons du choix du schéma recommandé en 3 doses (à 2, 4 et 12 mois) et non plus 4 comme c'était encore récemment le cas. Les stratégies de la vaccination de rattrapage ont également été explicitées.

*Communiqué par la Ministre Catherine Fonck*

<sup>1</sup> Ne pas confondre 'heptavalent', qui protège des infections provoquées par 7 types de pneumocoques parmi les plus répandus, et 'hexavalent', le vaccin qui protège contre six maladies!

## Viasano, vitalité en ville

La santé et le bien-être dans la ville pour et avec la population!

**Un nouveau modèle pour la prévention des maladies de civilisation voit le jour en Belgique. Basé sur le programme EPODE mené avec succès en France, Viasano propose une démarche santé dont l'objectif est de donner aux familles l'envie et les moyens de faire évoluer favorablement et durablement leur mode de vie. Le programme est lancé cette année à Hasselt et Mouscron, avec l'appui du cabinet de la Ministre Catherine Fonck pour ce qui concerne la Communauté française.**

### Une problématique complexe et actuellement sans réelle solution

Chacun sait aujourd'hui que bien manger et bien bouger sont des facteurs majeurs de protection de la santé. Pourtant, la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids, du diabète de type 2, des maladies cardio-vasculaires et de cer-

tains cancers est spectaculaire dans l'ensemble des pays développés. Ceci montre à quel point il est complexe pour nos sociétés de générer un comportement individuel ou collectif favorisant une dynamique de prévention santé efficace.

Nous évoluons dans une société « obésogène » caractérisée par une offre permanente de produits, une déstructuration des rythmes alimentaires, un appauvrissement de la diversité alimentaire, un excès de sédentarité et des troubles du comportement alimentaire plus fréquents. L'ensemble de ces facteurs participe à l'origine multifactorielle et sociétale de l'obésité et de ces autres maladies dites « de civilisation ». A cette problématique sociétale doit donc être apportée une réponse sociétale.

### Viasano, un programme d'actions concret en réponse au problème

Si l'on sait aujourd'hui ce qu'il faut faire, la question fondamentale demeure *comment agir*. Com-



ment inciter les populations à adopter un mode de vie sain et plaisant au quotidien ? Comment favoriser la transmission d'un modèle fondateur aux enfants, victimes précoces de la sédentarisation et de la déstructuration alimentaire, comme en témoignent les chiffres de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant ? Suite aux résultats de l'étude Fleurbaix-Laventie Ville Santé (FLVS)<sup>1</sup> où la prévalence de l'obésité de l'enfant n'a pas augmenté de manière statistiquement significative depuis 1992, le programme EPODE (Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants)<sup>2</sup> a été mis en place en France.

<sup>1</sup> [www.flvs.fr](http://www.flvs.fr)

<sup>2</sup> [www.epode.fr](http://www.epode.fr)

Il implique l'ensemble des citoyens d'une ville autour d'actions de prévention concrètes faites avec et pour la population. EPODE étant un réel succès en France, l'Observatoire des habitudes alimentaires et du poids, initiateur des deux projets, a décidé d'entreprendre une démarche internationale en introduisant ce concept de programme de santé publique dans plusieurs pays en Europe, dont la Belgique avec Viasano, Vitalité en Ville.

### **L'efficacité de la prévention ? L'implication des acteurs à l'échelle locale**

L'opération Viasano implique une mobilisation des acteurs locaux autour d'actions pour mettre en pratique ces recommandations connues de tous (mieux manger, bouger plus). Elle constitue un nouveau modèle de prévention des maladies de civilisation car elle est fondée sur l'implication de la communauté pour la communauté, au cœur même de la « niche écologique » que constitue la ville. Ce modèle repose sur la mobilisation durable de l'ensemble des acteurs locaux (enseignants, professionnels de santé et de la prévention, éducateurs sportifs, professionnels de la petite enfance, commerçants, restaurateurs...) afin de donner aux familles l'envie et les moyens de faire évoluer leur mode de vie dans le bon sens.

Viasano se caractérise par son approche fondée sur un apprentissage progressif, toujours positif et concret, adapté aux contraintes de la vie moderne comme à celles des populations cibles, notamment les moins favorisées économiquement. Une attention particulière est portée à la non stigmatisation des comportements, des personnes et des aliments pour permettre aux familles de modifier, sans les culpabiliser et à leur rythme, leurs habitudes alimentaires et leur niveau d'activité physique.

C'est la ville impliquée qui porte le programme pendant au moins trois années, à travers la nomination d'un comité de pilotage local pluridisciplinaire (enseignement, restauration scolaire, sports, santé, vie associative...), coordonné par un chef de projet nommé par le bourgmestre qui est lui-même formé et « coaché » par la Coordination nationale du programme. Ce programme pilote concerne 120.000 personnes à Hasselt et Mouscron.

### **Un partenariat public-privé sous la vigilance d'un comité indépendant d'experts conseils**

L'opération est placée sous le contrôle d'un comité d'experts conseils indépendants et se développe en collaboration avec des profes-

sionnels de la pédagogie, de la psychologie, de la sociologie, du sport, de la nutrition et du monde médical.

Enfin, l'implication de partenaires privés au niveau national – Unilever Health Institute, Ferrero<sup>3</sup> et la Fondation Internationale Carrefour – dans le respect d'une charte éthique des partenaires, montre que la réponse peut et doit impliquer toute la collectivité, tant publique que privée, autour d'un engagement à long terme, condition nécessaire pour créer de nouveaux modèles de transmission éducative efficaces en matière d'hygiène de vie.

*D'après un Communiqué de Protein Health Communications<sup>4</sup>*

3 Les responsables du programme ont fait allusion lors de la conférence de presse de négociations en cours avec la Société belge de pédiatrie pour que celle-ci rejoigne les partenaires institutionnels du projet. Un membre de cette dernière a pris la parole pour dire que la présence de la firme Ferrero parmi les sponsors privés de Viasano posait question, en la comparant à une offre récente de Coca-Cola que la SBP a déclinée. Aux dernières nouvelles, la SBP ne collaborerait pas au programme (ndlr).

4 Filiale de Protéines, une agence de communication française spécialisée dans la santé, et en particulier l'alimentation. Parmi ses clients : Danone, Kellogg's, Liebig, Nestlé, Maternité, McDonald's, bref quelques poids lourds du secteur de l'alimentation et de la restauration (ndlr).

## **RÉFLEXION**

# **Promotion de la santé et éducation pour la santé : état des connaissances et besoins de recherche**

Ces 8 et 9 février se tenait, au Grand-Duché de Luxembourg, un colloque francophone international intitulé « Promotion de la santé et éducation pour la santé : état des connaissances et besoins de recherche ». Une centaine d'experts belges, français, canadiens, luxembourgeois et africains s'y sont retrouvés pour écouter leurs pairs et participer à divers ateliers thématiques.

### **Une belle diversité culturelle**

Ce colloque avait pour double objectif de présenter des études et projets et d'aider au repérage des champs de recherche à développer. Ainsi, on a pu constater que dans des pays comme la Belgique ou le Canada, la prévention et l'éducation pour la santé, même si elles disposent de moyens financiers modestes en regard du secteur curatif, ont leur place au cœur des politiques de santé. En outre, en Belgique francophone, elles sont structurées selon des dispositifs légaux précis qui favorisent une certaine forme de continuité des actions.

D'une manière générale, les pays du Nord ont développé leur expertise en réalisant des recherches en lien avec les programmes de prévention, en développant des actions conduites par les acteurs de santé, en établissant des partenariats ou en promouvant la formation en éducation à la santé.

Dans cette perspective, le **D<sup>r</sup> Y. Wagener**, de la Direction santé du Luxembourg, le **D<sup>r</sup> R. Massé**, Président directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec, **Annick Fayard** de l'INPES<sup>1</sup> en France et **Martine Bantuelle**, Présidente du Conseil supérieur de promotion de la santé en Communauté française de Belgique sont venus expliquer le cadre dans lequel s'inscrit la promotion de la santé dans leur pays.

On a pu constater par contre que dans d'autres pays plus au Sud comme le Bénin ou le Congo, les acteurs de santé essayaient seulement d'adapter les textes internationaux aux réalités de leur

continent. Par ailleurs, ils ont montré une réelle volonté de développer leurs capacités propres d'évaluation et de développement, et leurs propres programmes de recherches. On peut néanmoins dire que la promotion de la santé est encore 'en gestation' dans cette partie du monde. C'est ce que sont venus nous expliquer notamment le **Prof. Elisabeth Fourn**, enseignante et chercheuse à l'Université de Cotonou au Bénin, le **Prof. A. Soulimane**, Directeur du laboratoire de santé publique de l'Université Sidi Bel Abbès en Algérie, ainsi que le **D<sup>r</sup> Anta Tal Dia**, Directrice de l'Institut de Santé et Développement de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar. Diverses interventions ont permis aux participants de découvrir des initiatives intéressantes. Pointons par exemple, la présentation par **Valérie Levy-Jurin** du Réseau français des villes-santé de l'OMS, au cours de laquelle elle a expliqué en quoi les politiques pouvaient soutenir les projets de promotion de la santé au niveau local, malgré les problèmes de temporalité liés à la durée de leur mandat.

1 Institut national de promotion et d'éducation pour la santé

Un autre volet d'interventions a permis de découvrir différents réseaux et structures, comme la Fédération nationale d'éducation pour la santé (par le Prof. Jean-Pierre Deschamps), le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (par le Dr David Houeto, RESO-UCL) ou encore l'Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé (par Marie-Claude Lamarre).

## Des ateliers

Trois ateliers thématiques en parallèle ont permis aux participants de s'enrichir d'expériences de terrain illustrant les questions de l'évaluation et de la recherche.

Un premier atelier traitait de l'éducation thérapeutique du patient, notamment dans le domaine du diabète, de la santé cardio-vasculaire, de l'obésité chez l'enfant ou encore de la psychologie de la santé des patients.

Un deuxième atelier intitulé « Méthodes, évaluations, outils » s'est plus particulièrement atta-

ché à l'évaluation de projets, par exemple en matière de prévention des assuétudes, de santé des migrants, ou d'actions menées en milieu scolaire visant à développer les compétences psychosociales des jeunes.

Enfin, un troisième atelier s'est attaché à montrer des actions menées auprès de trois types de publics : jeunes, adultes en milieu de travail et personnes âgées. Et là aussi, la question de l'évaluation et du manque de recherches dans certains domaines a été la constante.

Beaucoup d'interventions donc, presque trop puisque vu la quantité des actions présentées, le temps de débat était fortement limité, l'ensemble restant alors paradoxalement très théorique.

## Une ambiance

Vous aurez compris, au vu de ce qui précède, que ces deux journées furent très studieuses. Elles furent aussi un temps de rencontres et d'échanges informels, grâce aux quelques pauses et à la soirée touristique organisée le premier jour. Souli-

gnons également la bonne organisation et la convivialité des membres du CRP-Santé.

Toutefois, nous gardons l'impression d'avoir assisté là à une réunion d'experts, essentiellement destinée aux chercheurs et aux décideurs politiques, mais avec une trop faible participation d'intervenants de terrain.

Gageons que d'autres réunions de ce type auront encore lieu à l'avenir, et que les contacts noués à Luxembourg susciteront de nouvelles initiatives en matière de recherche et de formation, ainsi que de nouveaux partenariats entre les chercheurs de différents pays du Nord et du Sud.

*Les textes des interventions seront prochainement disponibles sur le site du CRP-Santé, Ministère de la santé du Grand-Duché de Luxembourg : <http://www.pses.crp-sante.lu>.*

**Carole Feulien et Maryse Van Audenhaege**  
*Merci aux organisateurs de nous avoir permis de présenter Education Santé aux participants du colloque!*

## STRATÉGIE

# La Charte européenne sur la lutte contre l'obésité

**Pour relever le défi toujours plus menaçant que représente l'épidémie d'obésité pour la santé, les économies nationales et le développement, nous, les ministres et délégués participant à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité (Istanbul, Turquie, 15-17 novembre 2006), adoptons, à titre de politique, cette Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, et ce en présence du Commissaire européen chargé de la santé et de la protection des consommateurs. Le processus d'élaboration de la présente Charte européenne a fait intervenir, par le biais d'un dialogue et de consultations, différents secteurs ministériels, organismes internationaux, experts, membres du secteur associatif et acteurs du monde économique.**

Nous déclarons nous engager à renforcer les mesures de lutte contre l'obésité, conformément aux termes de la présente Charte, et à faire de cette problématique l'une des priorités des programmes politiques de nos gouvernements. Nous exhortons également tous les partenaires et intervenants concernés à intensifier la lutte contre l'obésité et nous avons conscience du rôle de chef de file joué par le bureau régional de l'OMS pour l'Europe à cet égard.

Un nombre suffisant de bases factuelles justifie une intervention immédiate. Parallèlement, la recherche d'innovations, l'adaptation aux contextes locaux et les nouvelles études sur certains aspects peuvent améliorer l'efficacité des politiques.

L'obésité est un problème de santé publique à l'échelle mondiale. Nous sommes conscients du rôle qu'un programme d'action européen peut jouer, présentant un exemple et mobilisant ainsi les efforts dans le monde entier.

## Le défi

L'épidémie d'obésité constitue l'un des plus redoutables défis pour la santé publique dans la Région européenne de l'OMS.

La prévalence de l'obésité a triplé en vingt ans. Dans la Région européenne de l'OMS, un adulte sur deux et un enfant sur cinq sont en surcharge pondérale. Un tiers d'entre eux sont déjà obèses, et les chiffres grimpent rapidement. La surcharge pondérale et l'obésité contribuent largement à la morbidité par maladies non transmissibles, tout en raccourcissant l'espérance de vie et en influençant de manière négative la qualité de vie. Chaque année, plus d'un million de décès survenus dans la Région sont imputables à des maladies liées à une surcharge pondérale.

**La tendance est particulièrement alarmante chez les enfants et les adolescents.**

Dès lors, l'épidémie se manifeste encore à l'âge adulte et pose un défi sanitaire croissant pour la génération suivante. Le pourcentage d'augmentation annuelle de la prévalence de l'obésité infantile augmente sans cesse. Actuellement, il peut être jusqu'à dix fois supérieur à celui de 1970.

**L'obésité a également de graves répercussions sur le développement économique et social.**

Dans la Région européenne, l'obésité et la surcharge pondérale chez les adultes représentent jusqu'à 6 % des dépenses de santé. En outre, elles imposent des coûts indirects (dus à la perte de vies et de productivité, ainsi que des revenus qui en découlent) au moins deux fois plus importants. Les personnes appartenant aux groupes socioéconomiques les plus défavorisés sont les plus touchées par la surcharge pondérale et l'obésité, ce qui contribue à accroître les inégalités sanitaires et autres.

**Ces dernières décennies, l'épidémie a gagné du terrain en raison de la mutation de l'environnement culturel, physique et socioéconomique.**

Au sein de la population, un déséquilibre énergétique s'est installé à cause du recul spectaculaire de l'activité physique et de la modification radicale des habitudes alimentaires, avec une absorption accrue d'aliments et de boissons à haute densité énergétique et pauvres en nutriments (contenant une forte teneur en graisses saturées et matières grasses totales, en sel et en sucres)

associée à une consommation insuffisante de fruits et de légumes. Selon les informations disponibles, les deux tiers de la population adulte de la plupart des pays de la Région européenne de l'OMS n'ont pas une activité physique suffisante pour obtenir et conserver des gains de santé, et seuls quelques pays enregistrent une consommation de fruits et de légumes atteignant les niveaux recommandés. Une prédisposition génétique ne peut, à elle seule, expliquer l'épidémie d'obésité sans de tels changements dans l'environnement culturel, physique et socioéconomique.

#### **Pour soutenir les politiques nationales, une intervention s'impose à l'échelle internationale.**

L'obésité n'est plus un syndrome des sociétés nanties; elle se généralise aussi dans les pays en développement ou en transition, particulièrement dans le contexte de la mondialisation. L'adoption de mesures intersectorielles reste un défi. Aucun pays n'a encore réussi à juguler cette épidémie. La mise en place d'une étroite coordination internationale dans la lutte contre l'obésité est à la fois un défi et une occasion à saisir, vu que nombre de mesures clés dépassent le cadre national, tant par leur nature que par leurs effets.

### **Ce que l'on peut faire : objectifs, principes et cadre d'intervention**

#### **L'épidémie d'obésité a un caractère réversible.**

Nous pensons qu'il est possible de renverser la tendance et de venir à bout de cette épidémie. Nous ne pouvons y parvenir qu'en intervenant sur tous les plans, puisque le nœud du problème réside dans la modification rapide des déterminants sociaux, économiques et environnementaux des modes de vie. Le but vers lequel nous tendons est d'instaurer des sociétés où les modes de vie sains, fondés sur l'alimentation et l'activité physique, constituent la norme, où les objectifs sanitaires sont en harmonie avec les objectifs culturels et socioéconomiques, et où les choix plus favorables à la santé sont facilités pour l'individu.

#### **Le but ultime de l'intervention dans la Région est de juguler l'épidémie et de renverser la tendance.**

Des progrès décelables, surtout en ce qui concerne les enfants et les adolescents, devraient pouvoir être atteints en quatre à cinq ans dans la plupart des pays, et il devrait être possible de renverser la tendance pour 2015 au plus tard.

#### **Les mesures prises dans la Région européenne de l'OMS doivent être orientées en fonction des principes suivants :**

- pour parvenir à mobiliser les différents secteurs et à réaliser des synergies entre eux, il convient que les hauts responsables politiques fassent preuve de volonté et emmènent le mouvement, avec un engagement de l'ensemble des pouvoirs publics;

- il convient d'établir des liens entre les mesures contre l'obésité et les stratégies globales de promotion de la santé et de lutte contre les maladies non transmissibles ainsi que le cadre plus général du développement durable. Au-delà des retombées positives liées à une diminution de la surcharge pondérale et de l'obésité, l'amélioration de l'alimentation et l'intensification de l'activité physique auront un impact considérable, et souvent rapide, sur la santé publique;
- il faut trouver un équilibre entre la responsabilité des personnes et celle des autorités publiques et de la société. Il ne devrait pas être acceptable de considérer les personnes comme seules responsables de leur obésité;
- il est essentiel d'inscrire les mesures dans le contexte culturel de chaque pays et région, et de valoriser le plaisir que procurent une alimentation favorable à la santé et la pratique d'une activité physique;
- il est capital d'établir des coopérations entre tous les intervenants concernés, comme par exemple les autorités publiques, le secteur associatif, le monde économique, les réseaux de professionnels, les médias et les organismes internationaux, et ce à tous les niveaux (national, sous-national et local);
- pour éviter, notamment, que les pressions du marché en faveur des aliments et des boissons à haute densité énergétique n'en viennent à s'exercer plutôt dans les pays aux environnements moins réglementés, les mesures stratégiques doivent être coordonnées de part et d'autre de la Région. L'OMS peut contribuer à faciliter et à encadrer la coordination entre les diverses autorités nationales;
- il faut accorder une attention particulière aux groupes vulnérables tels que les enfants et les adolescents, dont la crédulité ne doit pas être exploitée dans le cadre d'activités commerciales;
- le soutien aux groupes défavorisés sur le plan socioéconomique, qui sont confrontés à plus de contraintes et de restrictions lorsqu'il s'agit d'opérer des choix favorables à la santé, revêt également un caractère hautement prioritaire. Dès lors, l'un des objectifs essentiels devrait être de faciliter les choix favorables à la santé en en accroissant l'accessibilité à un prix abordable;
- l'impact sur les objectifs de santé publique devrait être une considération prioritaire lors de l'élaboration des politiques économiques, ainsi que des politiques en matière de commerce, d'agriculture, de transports et d'urbanisme.

#### **Pour traduire ces principes en actes, il est nécessaire de disposer d'un cadre établissant des liens entre les principaux acteurs, outils stratégiques et lieux d'intervention.**

#### **Tous les secteurs et niveaux des pouvoirs publics ont un rôle à jouer.**

Il convient de mettre en place des mécanismes institutionnels appropriés pour permettre cette collaboration.

Les ministères de la Santé doivent prendre la tête du mouvement et agir en tant que promoteurs et inspireurs des mesures intersectorielles dont ils influenceront les orientations. Ils doivent montrer l'exemple en permettant aux utilisateurs de leurs services de santé et à leur personnel d'opérer des choix favorables à la santé. Le rôle du système de santé est également important vis-à-vis des personnes à haut risque et de celles qui souffrent déjà d'une surcharge pondérale ou d'obésité : il doit concevoir et promouvoir des mesures de prévention et veiller à la pose d'un diagnostic, au dépistage et au traitement.

Les ministères et organismes responsables notamment de l'agriculture, de l'alimentation, des finances, du commerce et des affaires économiques, de la consommation, du développement, des transports, de l'urbanisme, de l'enseignement et de la recherche, de la protection sociale, de l'emploi, des sports, de la culture et du tourisme ont un rôle capital à jouer dans l'élaboration de politiques et de mesures pour la promotion de la santé. Les retombées positives se manifesteront également dans leur propre domaine.

Les autorités locales ont énormément de potentiel pour mettre en place un environnement et des conditions propices à l'activité physique, à un mode de vie actif et à une alimentation favorable à la santé. Elles ont un rôle capital à jouer, et doivent être soutenues dans cette démarche.

#### **La société civile peut soutenir les mesures prises.**

Sa participation active est importante pour faciliter la sensibilisation du public, encourager la revendication de mesures et inspirer des démarches innovatrices. Les organisations non gouvernementales peuvent apporter leur appui aux stratégies de lutte contre l'obésité. Les associations patronales, les groupements de consommateurs et de parents, les mouvements de jeunesse, les groupements sportifs, entre autres, ainsi que les syndicats peuvent tous jouer un rôle particulier. Les fédérations de professionnels de la santé doivent veiller à ce que leurs membres s'engagent résolument dans la prévention.

#### **Le monde économique doit jouer un rôle important et assumer la responsabilité de l'aménagement d'un environnement plus favorable à la santé, ainsi que de la promotion de choix favorables à la santé sur les lieux de travail.**

Sont notamment concernés les entreprises de toute la chaîne alimentaire, depuis les producteurs primaires jusqu'aux détaillants. Les mesures doivent s'articuler autour du principal domaine d'activité concerné, par exemple la production, le marketing et les informations sur les produits, tandis que l'éducation du consommateur pourrait également être envisagée, dans le cadre établi par la politique de santé publique. Les secteurs tels que les clubs sportifs, les clubs de loisirs, les entreprises de la construction, les publicitaires,



les transports en commun, le tourisme actif, etc. ont également un rôle important à jouer. Le secteur privé pourrait participer à des solutions profitables à tous, en insistant sur les perspectives économiques d'un investissement dans des options plus favorables à la santé.

**Les médias ont une importante responsabilité:** fournir des informations et éduquer, sensibiliser et soutenir les politiques de santé publique dans ce domaine.

**Une collaboration intersectorielle est capitale, non seulement à l'échelle nationale, mais aussi internationale.**

L'OMS doit être l'inspiratrice, la coordinatrice et le moteur de l'intervention internationale. Des organisations internationales telles que l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Banque mondiale, le Conseil de l'Europe, l'Organisation internationale du travail (OIT) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) peuvent établir une coopération efficace, stimulant ainsi la collaboration intersectorielle à l'échelle nationale et internationale. L'Union européenne (UE) a un rôle de premier plan à jouer par le biais de la législation européenne, des politiques et programmes de santé publique, de la recherche et des initiatives telles que la plate-forme d'action européenne « Alimentation, activité physique et santé ».

Les engagements internationaux déjà pris dans le cadre de la Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé, le Plan d'action européen pour l'alimentation et la nutrition et la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles doivent servir de principes directeurs et d'outils pour la création de synergies. En outre, il est possible de se fonder sur des engagements politiques tels que le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe, le Programme paneuropéen pour les transports, la santé et l'environnement (PPE-TSE) et le Codex Alimentarius, dans les limites de son mandat, pour assurer la cohérence et la continuité de l'action internationale et maximiser l'exploitation efficace des ressources.

**Les instruments politiques vont de la législation aux partenariats entre le public et le privé, l'accent étant mis sur les dispositions réglementaires.** Les autorités publiques et les parlements nationaux doivent veiller à la cohérence et à la pérennité des mesures par le biais de règlements, notamment des lois. Parmi les autres instruments importants, citons la reformulation des politiques, les stratégies d'investissements publics, les méthodes d'évaluation d'impact sur la santé, les campagnes de sensibilisation et de diffusion d'informations auprès des consommateurs, le renforcement des compétences et les collaborations, la recherche, la planification et le suivi. Il convient

d'encourager les partenariats entre le public et le privé en faveur de la santé publique et des objectifs formulés. Plus spécifiquement, les mesures devraient comprendre l'adoption de réglementations visant à réduire sensiblement l'ampleur et l'impact de la promotion commerciale des aliments et boissons à haute densité énergétique, particulièrement auprès des enfants (en élaborant des mesures à l'échelle internationale, comme un code du marketing ciblant les enfants dans ce domaine), ainsi qu'à sécuriser les routes pour promouvoir la marche et la pratique du vélo.

**Des mesures doivent être prises aux niveaux micro et macro, ainsi que dans différents contextes.**

Il faut attacher une importance particulière aux contextes tels que le foyer et la famille, les collectivités, les jardins d'enfants, les écoles, les lieux de travail, les moyens de transport, le cadre urbain, l'habitat, les services sanitaires et sociaux, et les infrastructures de loisirs. Par ailleurs, les interventions doivent se situer à l'échelle locale, nationale et internationale. Il convient dès lors de soutenir et d'encourager les personnes de manière à ce qu'elles assument leurs responsabilités et profitent activement des possibilités qui leur sont offertes.

**Les mesures doivent viser à garantir un équilibre énergétique optimal en promouvant l'activité physique et une alimentation plus favorable à la santé.**

Il faut continuer à consacrer suffisamment d'attention à l'information et à l'éducation, mais l'accent doit être déplacé vers un ensemble d'interventions conçues pour modifier l'environnement physique et socioéconomique en vue de faciliter les modes de vie favorables à la santé. **Il faut faire la promotion d'un programme de mesures préventives fondamentales parmi lesquelles les pays pourront encore établir des priorités en fonction de leur contexte national et de l'état d'avancement de leurs stratégies.**

Ce programme de mesures fondamentales comprendrait les interventions suivantes : alléger les pressions exercées par le marketing, notamment en ce qui concerne les enfants; promouvoir l'allaitement maternel; garantir l'accès aux produits alimentaires plus favorables à la santé, dont les fruits et les légumes, ainsi que leur disponibilité; prendre des mesures économiques facilitant les choix alimentaires plus favorables à la santé; mettre à la disposition du public des infrastructures abordables pour les activités récréatives et l'exercice, avec encadrement pour les groupes socialement défavorisés; diminuer la teneur en graisses, en sucres libres (notamment les sucres ajoutés) et en sel des produits transformés; veiller à un étiquetage adéquat comportant des informations nutritionnelles; promouvoir la marche et la pratique du vélo par l'amélioration de l'aménagement urbain et des politiques de transport; mettre en place, dans le contexte local, des incitants motivant la population à exercer une acti-



tivité physique pendant son temps libre; fournir des aliments plus favorables à la santé et créer des possibilités de pratiquer quotidiennement une activité physique et de bénéficier d'une éducation à la nutrition et d'une éducation physique à l'école; aider et motiver les gens à adopter de meilleurs modes d'alimentation et à avoir une activité physique au travail; élaborer/amender les principes directeurs nationaux en matière d'alimentation et d'activité physique; et promouvoir des changements de comportement en matière de santé adaptés à l'individu.

**Par ailleurs, il faut rester attentif à la prévention de l'obésité chez les personnes qui sont déjà en surcharge pondérale, et donc à haut risque, et au traitement de l'obésité pathologique.**

Dans ce domaine, il convient notamment de prévoir un dépistage précoce et une prise en charge de la surcharge pondérale et de l'obésité dans le cadre du système des soins de santé primaires, d'assurer la formation à la prévention de l'obésité pour les professionnels de la santé et de publier des consignes cliniques pour le dépistage et le traitement. Il convient également d'éviter toute stigmatisation ou toute survalorisation des personnes obèses, à tout âge. **À l'heure de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques, il faut s'inspirer des mesures qui ont fait leurs preuves.**

Parmi celles-ci, on trouve des projets à impact avéré sur la consommation d'aliments plus favorables à la santé et les niveaux d'activité physique, tels que les programmes visant à offrir gratuitement des fruits à l'école, la fixation de prix abordables pour les aliments plus favorables à la santé, l'accès accru à ces aliments sur les lieux de travail et dans les zones où règnent de mauvaises conditions socioéconomiques, la création de voies prioritaires pour les vélos, l'encouragement des

enfants à se rendre à l'école à pied, un meilleur éclairage des rues, la promotion de l'usage des escaliers et la réduction du temps passé devant la télévision. En outre, des bases factuelles indiquent que de nombreuses interventions contre l'obésité, telles que les programmes scolaires et le transport actif, présentent un excellent rapport coût-efficacité. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe fournira aux décideurs des exemples de bonnes pratiques et des études de cas.

### Etat d'avancement et suivi

La présente Charte vise à renforcer la lutte contre l'obésité dans toute la Région européenne de l'OMS. Elle devrait stimuler et influencer les poli-

tiques nationales, y compris les mesures réglementaires, parmi lesquelles la législation et les plans d'action nationaux. Un plan d'action européen portant sur la nutrition et l'activité physique traduira en programmes d'interventions précises et en mécanismes de suivi les principes et structures mis en place par la Charte.

Il convient d'organiser la définition d'indicateurs clés permettant des comparaisons à l'échelle internationale pour inclure ceux-ci dans les systèmes nationaux de surveillance sanitaire. Ces données pourraient ensuite être utilisées dans le cadre de la sensibilisation, de l'élaboration de politiques et du suivi. Cela permettrait aussi d'évaluer et de réviser régulièrement les politiques

et les mesures, et de diffuser les conclusions auprès d'un large public.

Le suivi à long terme des projets est essentiel, étant donné qu'il faudra du temps avant que les résultats ne se manifestent sous forme d'un recul de l'obésité et d'une réduction de la charge de morbidité y afférente. Des rapports d'avancement trisannuels doivent être préparés à l'échelle de la Région européenne de l'OMS, le premier devant être soumis en 2010.

*Istanbul, 16 novembre 2006*

Professeur **Recep Akdag**, Ministre turc de la Santé, **D<sup>r</sup> Marc Danzon**, Directeur général de l'OMS pour l'Europe

## LOCALE

# Et votre commune, mayer ? Toujours en bonne santé ?

- Oh, mais oui, mon cher ! Nous parvenons à équilibrer nos finances depuis plusieurs exercices.
- D'accord, pour le côté finance, mais votre population, est-elle heureuse ?
- Bien sûr ! Et puis, tout le monde a bien ses petits problèmes, n'est-ce pas ?
- Certainement... Et ce serait quoi selon vous ces « petits problèmes » ? Pourriez-vous lister ce qui est important pour la population ?
- Sans problème.
- Et nous, dans un même temps, nous demandons à la population ce qui lui paraît important pour elle, d'accord ? Nous pourrions après coup, confronter nos deux démarches ?
- Je suis partant.

Ce petit dialogue imaginaire illustre rapidement les deux parties d'un même projet : d'une part un bourgmestre attentif au bien-être de sa population, mais ne connaissant pas ce qui compose ce bonheur, et d'autre part un intervenant du développement local qui souhaite acquérir des données objectives et scientifiques sur l'état de santé de la population (enquête de santé communautaire) et comprendre comment les professionnels de terrain perçoivent la santé de leurs concitoyens (ce sera l'enquête Delphi).

Mais d'abord un petit éclairage sur la commune en question : Durbuy.

La commune de Durbuy est certainement connue pour son tourisme (premier lieu de destination en Wallonie), sa gastronomie et la qualité de son environnement. Elle est aussi particulière sur un plan géographique et démographique. L'entité figure parmi les plus étendues de Belgique (14<sup>e</sup>). Regroupant 12 anciennes communes, elle approche les 16.000 hectares. En janvier 2006, elle comptait 10.534

habitants pour 41 villages et hameaux. En 20 ans, la population durbuyienne a augmenté ses effectifs de 25 %. Une personne sur quatre est donc venue s'installer par choix. De plus, 85 % de ces nouveau-venus viennent de la banlieue liégeoise et carolorégienne, de milieux socio-économiquement défavorisés.

### Un Echevinat de la Qualité de la vie

Au lendemain des élections d'octobre 2000, le Collège échevinal a souhaité concrétiser sa volonté d'améliorer la santé des habitants en mettant sur pied un groupe pluraliste de concertation. L'Echevinat de la Qualité de la vie était né. C'est, en effet, au sein de celui-ci qu'est né le souhait de développer plus de proximité envers la population de la commune.

C'est ainsi qu'un groupe de personnes issues des milieux sanitaires et sociaux s'est penché sur le type d'actions à mener afin de répondre à cette problématique. Il est constitué des institutions et groupes suivants : l'O.N.E., le Planning familial Ourthe Amblève, la Maison médicale, l'Athénée royal de Bomal, l'Institut du Sacré-Cœur à Barvaux, le Centre culturel, les centres psycho-médico-sociaux, la Maison de l'Emploi, des représentants politiques CDH, PS, MR et Ecolo, le Plan de Prévention de proximité et l'Agence de développement local.

Actif réellement depuis l'automne 2001, ce groupe de travail s'est attelé à la réalisation de diverses actions :

- une enquête auprès des professionnels de santé permettant de définir les priorités en terme de thématique santé. C'est sur cette liste que nous nous basons pour choisir les conférences organisées au rythme d'une tous les trimestres ;

- un site Internet consacré à la vie associative locale (voir [www.durbuy.be](http://www.durbuy.be));
- une campagne de sensibilisation aux missions de service public qui s'est soldée par un superbe concours d'affiches auprès des écoles de l'entité ;
- une contribution à plusieurs campagnes de prévention (diabète, sécurité routière, journée des droits de l'enfant, etc.).

Parallèlement à ces démarches, le groupe de travail relevait la difficulté d'établir l'état de santé de la population. Aussi, afin de mieux connaître ses besoins, la nécessité d'établir un diagnostic de santé communautaire s'est fait ressentir.

### Projet « Vers des politiques communales de santé »

Il s'agit de se pencher sur les éléments qui constituent le bien-être de chacun. Nous souhaitons donc approcher des problématiques liées à la santé individuelle mais aussi à notre plaisir de vivre à Durbuy. Il est ainsi envisageable de parler (et agir) tant de l'alimentation des enfants que de la sécurité routière, de la place des jeunes dans le débat politique que de la perception du travail de l'administration communale.

Le 17 juin 2000 se tenaient à Namur les premières rencontres « Vers des politiques communales de santé », initiées par la ministre de la santé de la Communauté française de l'époque, **Nicole Maréchal**.

En 2002, 14 communes ont bénéficié d'une subvention du Ministère de la Santé de la Communauté française afin de développer les conditions de mise en place d'un projet de santé communal. En 2004, 14 nouvelles communes dont Durbuy ont reçu le soutien de la Ministre **Catherine Fonck**.

Une subvention de 48.000€ était obtenue pour deux ans. Ce projet s'intitulait « Diagnostic de santé communautaire en milieu rural : 41 villages et hameaux en Province de Luxembourg ».

En novembre 2004, le groupe de travail s'est attaché à élaborer une enquête destinée à la population. Pour ce faire, l'équipe a bénéficié d'une personne travaillant à mi-temps sur ce projet, **Michèle Mestrez**, infirmière en santé communautaire. Un soutien méthodologique est assuré par l'Ecole de santé publique de l'Université de Liège.

## Le point de vue de tous!

### La représentation des citoyens

Les premiers concernés par l'évaluation du bien-être dans la commune sont les habitants eux-mêmes. C'est pourquoi la réalisation d'un diagnostic de santé communautaire au moyen d'une enquête sur le bien-être de chacun s'inscrivait aux yeux du groupe de travail.

Afin d'éviter de tomber dans les travers d'une enquête de grande surface, une demi douzaine d'enquêtes suisses, québécoises, françaises ont été épluchées. Cela a permis de cerner la manière de s'adresser le plus correctement par écrit à une population. Fort de ceci, un premier questionnaire a été rédigé, amendé par les experts du groupe de travail et enfin soumis à des citoyens témoins. Ces personnes, au nombre de dix, sélectionnées en fonction de leur âge, sexe et niveau social ont été mises en situation d'entretien et l'enquêteur a noté les difficultés rencontrées lors de la lecture des questions. C'est après ceci que nous avons pu rédiger la version finale du questionnaire, un document de 30 pages.

Pour l'échantillonnage du public, nous avons tiré au sort, au départ du listing total de la population, une personne sur quatre. Un quart des hommes et des femmes adultes résidant dans chaque ancienne entité a été tiré au sort pour participer activement à cette étude. Cela représente 2115 personnes.

L'enquête a été envoyée par la poste dans le courant du mois d'avril 2005. L'envoi a été nominatif mais les réponses étaient anonymes. En retour, nous avons obtenu 990 enquêtes complétées ce qui représente 46,8%! Les durbusiens ont donc pris part à la dynamique communautaire et ont saisi l'opportunité de faire entendre leurs voix.

Nous avons encodé les réponses. Elles ont été transmises au Service de Statistique et d'Epidémiologie de l'Ecole de santé publique de l'Université de Liège (Prof. A. Albert). Ce regard externe nous a permis de tirer le meilleur des 642 variables observées.

Le feed-back des résultats a été réalisé par le biais de la publication d'un numéro spécial du journal communal distribué fin avril 2006 qui est également disponible sur Internet.

### La représentation des acteurs de terrains

Le groupe de travail pluraliste a choisi également de rencontrer l'avis des acteurs de terrain qui sont confrontés quotidiennement dans leur pratique professionnelle à la qualité de vie des habitants de la commune.

Nous désirions mettre en évidence les perceptions, les représentations des acteurs locaux ainsi qu'élaborer avec eux des pistes d'actions à mener pour améliorer la situation. Sous la supervision de l'Ecole de santé publique de l'ULg, nous avons utilisé la méthode Delphi. Il s'agit de consultations d'experts locaux à l'aide de questionnaires progressifs sur un sujet qui devient de plus en plus précis. Cette méthode favorise la mise en évidence des convergences, des priorités de chacun et permet d'établir des consensus.

Cette étude s'est déroulée de mars 2005 à septembre 2005. Nous avons formé trois groupes de 21 experts à savoir les élus locaux (le conseil communal en entier), le personnel administratif (enseignants, policiers, employés communaux, assistants sociaux) et le personnel lié à la santé (médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers et aides familiales). Nous leur demandions de mettre en évidence les principaux facteurs influençant la qualité de vie, les raisons de leurs choix et d'apporter des idées personnelles pour des actions à mener selon les compétences communales. Finalement 31 experts ont échangé leurs idées par le biais de courriers échangés<sup>1</sup>.

Le feed-back est rendu aux participants par le biais d'un dernier courrier personnel.

<sup>1</sup> La méthode Delphi a pour objectif d'aboutir à un consensus sur une question centrale, par le seul biais de courriers interposés.



Photo © Isopix

- Voici donc deux années de travail mises au profil d'une meilleure compréhension de la population. Vous en êtes satisfait, cher bourgmestre ?
- Pleinement, je dois bien avouer que je ne m'attendais pas à ce que la santé soit un domaine aussi large. Comment pensez-vous exploiter ceci ?

Les représentations des citoyens et celles des acteurs locaux ont été mises en parallèle pour définir les aspects à améliorer, la proportion de la population touchée par une problématique et

## Les résultats en vrac

Une note de 7/10 est attribuée à la qualité de la vie dans les villages, de par l'ambiance calme et sereine (58,1%) et le fait que « tout le monde connaît tout le monde » (36,6%). Quelques inconvénients existent : absence de magasins et de transports en commun. Le pourcentage des habitants en possession d'un permis de conduire est de 86,1%. Et paradoxalement, des difficultés de déplacement sont ressenties par 77,7% des répondants. En tête de celles-ci, citons le mauvais état des routes et l'augmentation du flux routier, notamment les week-ends. En matière de priorité à réaliser pour améliorer la mobilité, l'on trouve la sécurisation des piétons (80,2%) et l'accessibilité des lieux publics (77,6%).

L'état de santé est excellent à bon pour 76,9% des habitants, qui se disent heureux à 86%. 52,7% déclarent ne pas faire de sport. Pendant les six mois qui ont précédé l'enquête, la violence morale a été ressentie chez 12,6% des citoyens et la violence physique chez 29 personnes! Le mal-être touche 32,2% des hommes et 41,9% des femmes. 50,7% prennent régulièrement des médicaments.

Les habitants voient d'un bon œil le développement touristique et ce pour les trois quarts d'entre eux, même si 44,5% d'entre eux ne partent pas en vacances. Leurs hobbies favoris sont les promenades (63,9%), le jardinage (57,3%) et la lecture (57,2%).

d'emblée donner des pistes de travail. Ces informations sont rendues dans un premier temps aux initiateurs, les membres de l'échevinat de la qualité de la vie ainsi qu'aux échevins, conseillers communaux, conseillers du CPAS et au Commissaire de la police locale. Dans un second temps, des démarches individuelles seront envisagées pour donner les résultats à un maximum d'associations et de partenaires locaux.

### Les intérêts pour les acteurs de terrain et les politiciens

L'objectif ultime de nos démarches est l'amélioration de la qualité de vie des citoyens. Les enquêtes décrites précédemment nous permettent de prendre connaissance du vécu de l'ensemble de la population, des déterminants de qualité de vie à améliorer suivant les réponses de la population, de la réalité de terrain vécue par les acteurs de première ligne, et des représentations de l'ensemble des acteurs de terrain. Elles permettent aussi de mettre en évidence la proportion de la population déclarant un mal-être ou le souhait d'une amélioration concer-

nant les déterminants objectivés par les acteurs de terrain, les déterminants de qualité de vie à améliorer prioritairement, et les représentations déformées des acteurs de terrains.

Elles permettent enfin de partager l'information au niveau des acteurs et des mandataires pour

- confirmer les représentations d'une majorité de personnes;
  - rappeler les rôles de chacun ainsi que leurs limites;
  - redynamiser la coordination sociale d'une commune;
  - sensibiliser un maximum de personnes dans leur pratique journalière;
  - évaluer des actions en cours;
  - élaborer des programmes à court, à moyen et à long terme en partant des besoins diagnostiqués par les principaux concernés, les citoyens.
- Eh bien c'est très intéressant. Je pourrais même avec ma nouvelle équipe, sur base des résultats des élections communales du 8 octobre dernier, proposer une amélioration progressive de la santé des gens de chez nous.

L'intérêt du transfert de ces résultats à l'agent du

Plan Prévention Proximité (PPP) est primordial. Ainsi il pourra initier des réponses en fonction des besoins exprimés et mesurés par la population.

L'adhésion de notre commune au plan Habitat Permanent (HP) trouve également son fondement vu la proportion des résidents permanents, 5 % de la population vivant dans les zones de loisirs et logeant dans des infrastructures telles que les caravanes et les chalets.

Au-delà des données récoltées cette année et de la diffusion des résultats, il restera une étape importante. En effet, nous pensons qu'il ne suffit pas de prendre la température de la population ainsi, de manière ponctuelle, mais bien d'observer des tendances au niveau local afin d'attirer l'attention des élus régulièrement sur l'état de santé de la population. A dans 10 ans ?

**Michèle Mestrez**, infirmière en santé communautaire, **Xavier Lechien**, responsable de l'Agence de développement local – Ville de Durbuy

## MATÉRIEL

# On bouge avec MC-Tonus en Wallonie et à Bruxelles!

**L'Enquête de santé par interview a mis en lumière qu'un pourcentage non négligeable de la population âgée de 18 à 30 ans, en Wallonie et à Bruxelles, ne pratique pas suffisamment d'activités physiques. Par ailleurs, la promotion de l'activité physique est une des dix priorités du programme quinquennal de la Communauté française<sup>1</sup>. L'OMS a elle aussi inclus l'activité dans ses objectifs de santé. Enfin, le Plan national nutrition et santé de la Belgique prévoit de favoriser l'adéquation entre les apports et les dépenses d'énergie, et d'augmenter le niveau d'activité physique à minimum 30 minutes de marche par jour ou équivalent. C'est dans ce contexte que les services de promotion de la santé des Mutualités chrétiennes francophones et germanophone ont donné le jour au programme MC-Tonus.**

### Le principe de la contamination positive

MC-Tonus est le virus de l'activité physique et de la bonne santé. Ses objectifs sont de favoriser l'activité et l'alimentation saine chez les jeunes de 18 à 30 ans, et de leur faire prendre

conscience de la facilité d'atteindre ce premier objectif. MC-Tonus pousse les jeunes à développer 'l'épidémie santé' en leur demandant de contaminer leur famille, leurs amis... en propageant ses bons conseils ou en les incitant à bouger avec eux.

### La série MC-Tonus

MC-Tonus prodigue aux jeunes des tas de conseils en rapport avec la thématique grâce à une série de 6 dépliant, facilement identifiables grâce à la présence, sur la couverture, du petit virus, fil conducteur du programme. Les dépliant abordent l'activité physique (hors pratique sportive), l'alimentation, mais aussi le bien-être psychologique lié à la pratique d'une activité, ainsi que ses bienfaits pour la santé.

Ils les aident à choisir un sport adéquat, en fonction de leur personnalité et d'éventuels problèmes de santé. Et pour ceux qui n'envisagent pas de pratiquer un sport, il leur donnent des trucs et astuces pour bouger et rester en bonne santé sans trop se fatiguer. Ces publications sont distribuées via les secrétariats locaux ou lors d'animations régionales (marche-santé...). Tout au long de l'année 2006, MC-Tonus a donc proposé, tous les deux mois, un dépliant sur l'un des thèmes précités. Il s'est aussi associé à une série



d'événements sportifs, et a permis à certaines mutualités régionales de promouvoir des services existants, comme par exemple le remboursement, en partie, des abonnements dans les clubs sportifs pour la région Hainaut-Picardie.

### MC-Tonus aussi sur la toile

Sur le site de la mutualité ([www.mc.be](http://www.mc.be)), les jeunes peuvent aussi calculer leur indice de masse corporelle, découvrir la pyramide alimentaire, se faire une idée du nombre de kcal qu'ils dépensent en fonction du type d'activité qu'ils prati-

<sup>1</sup> Voir le Plan communautaire opérationnel, chapitre 'prévention des maladies cardiovasculaires'.

quent, découvrir un tableau des équivalences et jouer en ligne grâce aux Quiz de MC-Tonus.

Carole Feulien

Pour découvrir les dépliants ou d'autres conseils de MC-Tonus, rendez-vous sur [www.mc.be](http://www.mc.be) (rubrique 'Avantages et services - Service promotion de la santé'). Vous pouvez

aussi contacter : Alliance nationale des Mutualités chrétiennes - service Infor Santé - Chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. 02 246 48 52 - [infor.sante@mc.be](mailto:infor.sante@mc.be)

## Quand bébé est né prématurément

L'association Sparadrap édite le livret « Peau à peau avec votre bébé né prématuré ».

La pratique du peau à peau consiste à porter son bébé né prématuré peau contre peau pour favoriser le lien parent/enfant et recréer une intimité interrompue par une naissance trop précoce. De nombreuses études montrent que cette méthode facilite également l'allaitement maternel et qu'elle diminue le stress et la douleur des bébés. Elle s'inspire de la méthode Kangourou mise au point en Colombie en 1978 pour pallier le manque d'incubateurs.

En France, le pourcentage de naissances prématurées connaît une forte croissance et la pratique du peau à peau se développe dans les unités de néonatalogie.

Cependant, même si les soignants ou les parents sont convaincus de son intérêt, le manque d'informations et de formation du personnel ne permet pas toujours sa mise en œuvre, en particulier en

réanimation et en soins intensifs. De plus, il n'y a pas toujours de consensus dans les services sur la façon de présenter et de pratiquer cette méthode. Ce livret explique concrètement les bienfaits du peau à peau et la manière de procéder : de l'installation en peau à peau avec l'aide de la puéricultrice jusqu'au retour du bébé dans la couveuse. Il apporte des réponses aux principales questions et inquiétudes des parents concernant la fragilité du bébé, l'hygiène, l'environnement technique...

Les dessins à l'aquarelle réalisés dans les unités de néonatalogie de l'hôpital Jeanne de Flandre permettront aux parents de mieux visualiser la mise en peau à peau et de les rassurer sur la possibilité de le pratiquer malgré un appareillage important autour du bébé.

Une notice complémentaire aidera les équipes soignantes à présenter la méthode aux parents et à donner une information homogène et cohérente.

Ce document est un support d'information utile aux familles dont le bébé est né prématurément, aux associations ainsi qu'aux personnels exerçant en néonatalogie et en maternité.

Un document réalisé en collaboration avec le service de néonatalogie de l'hôpital Jeanne de Flandre de Lille, grâce au soutien de la Fondation Jacques Delagrangé, du Programme Régional Santé des enfants du Nord Pas-de-Calais et du Groupe APICIL.

Le livret est diffusé par l'association SPARADRAP au prix de 4€ l'unité (frais d'envoi inclus). Tarifs dégressifs selon la quantité par 10 ou 50 exemplaires. Commande et paiement par courrier ou en ligne sur [www.sparadrap.org](http://www.sparadrap.org)  
Contacts : Association SPARADRAP, rue de la Plaine 48, F-75020 Paris.  
Tél.: +1 43 48 11 80. Fax : +1 43 48 11 50.  
Courriel : [contact@sparadrap.org](mailto:contact@sparadrap.org).

## OUTIL

### Sécurité au quotidien

#### Description

Ce kit pédagogique est composé de quatre posters en carton représentant quatre scènes : la cuisine, la salle de bains, le salon et le jardin ; des jetons représentant des objets « dangereux » et des objets de « prévention » ; des cartes « situation » représentant un bébé qui prend des risques.

Ce matériel ne propose pas un jeu à règle. Il s'agit de faire émerger les situations dangereuses et les moyens de les éviter par le dialogue, l'échange et la communication entre l'adulte et les enfants (3 à 6 ans).

Ses objectifs sont de décrire des objets et des situations de la vie courante ; repérer des indices précis et savoir comment les éviter ; nommer les objets dangereux de la maison ; mener un raisonnement complexe : repérer un danger, imaginer des conséquences éventuelles, trouver une solution préventive.

Éditeur-promoteur de l'outil :

Nathan, [www.nathan.fr](http://www.nathan.fr).

#### L'avis des experts

La cellule d'experts de l'Outilthèque-santé<sup>1</sup> gérée par le Service Promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes, a octroyé la mention « coup de cœur » à cet outil (décembre 2005).

#### Appréciation globale

L'outil proposé est particulièrement cohérent et pertinent au regard du public, de la thématique et des conditions d'utilisation en classe. Le processus participatif est garanti par l'espace laissé

à l'expression de l'enfant, au dialogue entre les enfants et avec l'adulte.

La solidité du matériel et son adéquation aux capacités motrices des petits enfants garantit de nombreuses utilisations sans risque d'altération. L'attrait des couleurs et le graphisme explicite des dessins facilite la compréhension du message de prévention. L'outil propose différentes pistes pédagogiques d'exploitation du matériel ainsi que des propositions pour construire un projet de classe autour de la prévention des accidents domestiques.

#### Objectifs

Identifier des situations à risque d'accident domestique.

#### Public cible

Enfants de 3 à 6 ans.

#### Utilisation conseillée

En classe ou en famille.

<sup>1</sup> Pour une description de l'Outilthèque et du fonctionnement de la cellule d'experts, voir SPIECE C., La Cellule d'experts de l'Outilthèque-santé, paru dans Education Santé, n° 172, septembre 2002. Lire aussi du même auteur Quels outils en promotion de la santé ?, Education Santé n° 210, mars 2006. L'Outilthèque se trouve exclusivement sur le site <http://www.pipsa.org>.

# Les chiffres du tabac en 2006

**Une étude à grande échelle sur les habitudes tabagiques réalisée fin 2006 indique que le pourcentage de fumeurs reste stable; la consommation de cigarettes diminue, mais le tabac à rouler gagne en popularité. L'étude nous fournit aussi d'autres données intéressantes.**

## Trois Belges sur dix fument

Une enquête réalisée par Ipsos auprès de 3 872 personnes de plus de 15 ans à la demande de la Fondation contre le Cancer et financée par le SPF Santé publique, révèle que le pourcentage de fumeurs quotidiens s'élève à 29 % en Belgique. Le pourcentage de fumeurs quotidiens est resté stable au cours des quatre dernières années, à savoir 29 % en 2002, 28 % en 2003, 29 % en 2005 et 2006.<sup>1</sup>

Le tabac à rouler est nettement plus en vogue (voir plus loin). Les chiffres de vente reflètent d'ailleurs cette tendance. Au cours de la période 2002-2006, la vente de cigarettes est passée de 14 314 millions de cigarettes en 2002 à 13 320 millions de cigarettes en 2006. La vente de tabac à rouler a augmenté de 8 417 tonnes en 2002 à 9 278 tonnes en 2006.

En 2006, le pourcentage de fumeurs quotidiens s'élevait à 29 %, le pourcentage de fumeurs occasionnels à 4 %, le pourcentage d'anciens

## Methodologie de l'enquête

La population totale comprenait 8 601 000 personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en Belgique.

3 872 personnes ont été interviewées en face à face à leur domicile pendant la période du 4 septembre au 16 octobre 2006.

L'échantillon est stratifié en fonction des provinces et du type d'urbanisation. Le croisement de ces deux variables fournit 37

cellules. Dans chacune de ces cellules, un point de départ a été sélectionné au hasard, auquel un nombre d'interviews a été attribué par rapport à la population de la cellule. Le nombre de points de départ est estimé à 100. Des quotas ont été appliqués en ce qui concerne le sexe, l'âge, la profession (actif ou inactif) et le niveau d'éducation du répondant.

fumeurs à 22 % et le pourcentage de ceux qui n'ont jamais fumé à 45 %. Notre pays compte environ 2 900 000 fumeurs, 1 900 000 ex-fumeurs et 5 500 000 personnes qui n'ont jamais fumé. Le pourcentage de fumeurs quotidiens s'élève à 25 % en Flandre, 32 % à Bruxelles et 36 % en Wallonie.

On s'attendait à ce que le pourcentage de fumeurs diminue un peu en 2006, notamment à la suite de l'interdiction de fumer sur le lieu de travail et dans les autres lieux publics entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

Par rapport à 2003-2004, le nombre de cigarettes par fumeur a diminué. En 2003-2004, 39 % des fumeurs fumaient 20 cigarettes ou plus par jour, contre 29 % en 2006. L'interdiction de fumer a eu peu d'influence sur le pourcentage de fumeurs car seul 1 % des ex-fumeurs a arrêté de fumer après son entrée en vigueur. 20 % des ex-fumeurs ont arrêté de fumer au cours des trois dernières années et 54 % des anciens fumeurs il y a plus de 10 ans.

La raison principale de l'arrêt reste les conséquences néfastes pour la santé (46 %), suivie par le prix des cigarettes (11 %), le conseil du médecin préconisant d'arrêter de fumer (10 %), le souhait de ne pas être dépendant (7 %) et la demande émanant d'amis ou de membres de la famille (6 %).

Il se peut également que le pourcentage de fumeurs n'ait pas diminué en 2006 parce que, pour la première fois depuis dix ans, le prix des cigarettes n'a pas augmenté en 2006. Les fumeurs sont sensibles au prix, mais ils n'arrêtent pas de fumer pour autant : ils passent au tabac à rouler et aux marques meilleur marché. D'après la Banque mondiale, les hausses de prix sont les plus efficaces pour faire diminuer la consommation. En janvier 2007, le prix du paquet de cigarettes a augmenté de 0,53 euro.

## Le profil du fumeur, de l'ex-fumeur et du non-fumeur en 2006

L'échantillon de l'étude sur les habitudes tabagiques, réalisée par Ipsos à la demande de la Fondation contre le Cancer, comprend 3 872 personnes. Il s'agit d'un nombre représentatif qui permet de déterminer le profil du fumeur, de l'ex-fumeur et du non-fumeur en 2006, selon le sexe, l'âge, la classe sociale, la profession et la région. La détermination des groupes sociaux s'effectue sur la base d'un ratio calculé entre la profession du principal responsable des reve-

<sup>1</sup> Il s'agit de quatre enquêtes réalisées par Ipsos sur la base d'une méthodologie identique, auprès de 2 000 personnes en 2002, 2003 et 2005 et auprès de 3 872 personnes en 2006, pour le compte du CRIOC (2002), du VIG (2003) et de la Fondation contre le Cancer (2005 et 2006).

Tableau 1.

Le pourcentage de fumeurs quotidiens en Belgique (15 ans et plus)

Année	Hommes	Femmes	Total
2002	33 %	25 %	29 %
2003	32 %	22 %	28 %
2005	35 %	24 %	29 %
2006	33 %	25 %	29 %

Source : CRIOC (2002), VIG (2003), Fondation contre le Cancer (2005-2006).

Tableau 2. Évolution de la vente de produits de tabac en Belgique au cours de la période 2002-2006

Année	Vente de cigares (millions de pièces)	Vente de cigarettes (millions de pièces)	Vente de tabac à rouler, à priser et à chiquer (tonnes)
2002	629	14 314	8 417
2003	528	14 287	8 327
2004	553	13 634	8 429
2005	542	13 385	8 198
2006	548	13 320	9 278

Source : Service Public Fédéral Finances (l'estimation pour 2006 est basée sur les 11 premiers mois de 2006)

Tableau 3. Prix en euros d'un paquet de 20 cigarettes (Marlboro) au cours de la période 2002-2006

1-1-2002	3,20
1-1-2003	3,50
1-1-2004	3,85
1-7-2005	4,00
1-1-2006	4,00
1-1-2007	4,53*

\* € 4,30 pour un paquet de 19 cigarettes.

Tableau 4.

Habitudes tabagiques chez les hommes en fonction de l'âge, de la classe sociale, de la profession et de la région.

Age	15-24 ans N=283	25-44 ans N=679	45-64 ans N=567	65 ans + N=348	Total N=1877
Fumeur quotidien	35 %	35 %	41 %	17 %	33 %
Fumeur occasionnel	4 %	6 %	2 %	3 %	4 %
Ex-fumeur	6 %	19 %	33 %	49 %	27 %
Non-fumeur	56 %	40 %	25 %	31 %	36 %

Classe sociale	Classe sociale 1-2 N=459	Classe sociale 3-4 N=438	Classe sociale 5-6 N=524	Classe sociale 7-8 N=456	Total N=1877
Fumeur quotidien	30 %	35 %	31 %	37 %	33 %
Fumeur occasionnel	5 %	4 %	4 %	1 %	4 %
Ex-fumeur	23 %	24 %	26 %	34 %	27 %
Non-fumeur	41 %	37 %	38 %	27 %	36 %

Profession	ouvrier N=378	employé N=422	indépendant N=193	cadre N=50	sans emploi N=133
Fumeur quotidien	44 %	29 %	36 %	21 %	62 %
Fumeur occasionnel	4 %	5 %	6 %	2 %	5 %
Ex-fumeur	21 %	24 %	15 %	33 %	13 %
Non-fumeur	32 %	42 %	43 %	44 %	20 %

Région	Flandre N=1121	Bruxelles N=177	Wallonie N=579	Total N=1877
Fumeur quotidien	28 %	40 %	42 %	33 %
Fumeur occasionnel	3 %	12 %	3 %	4 %
Ex-fumeur	32 %	15 %	21 %	27 %
Non-fumeur	38 %	33 %	33 %	36 %

Tableau 5.

Habitudes tabagiques chez les femmes en fonction de l'âge, de la classe sociale, de la profession et de la région.

Age	15-24 ans N=289	25-44 ans N=683	45-64 ans N=580	65 ans + N=443	Total N=1995
Fumeuse quotidienne	23 %	34 %	26 %	11 %	25 %
Fumeuse occasionnelle	6 %	5 %	3 %	2 %	4 %
Ex-fumeuse	9 %	16 %	25 %	18 %	18 %
Non-fumeuse	62 %	45 %	46 %	69 %	53 %

Classe sociale	Classe sociale 1-2 N=488	Classe sociale 3-4 N=478	Classe sociale 5-6 N=518	Classe sociale 7-8 N=511	Total N=1995
Fumeuse quotidienne	20 %	26 %	26 %	27 %	25 %
Fumeuse occasionnelle	5 %	3 %	4 %	3 %	4 %
Ex-fumeuse	19 %	21 %	18 %	15 %	18 %
Non-fumeuse	56 %	50 %	52 %	54 %	53 %

Profession	ouvrière N=378	employée N=422	indépendante N=193	cadre N=50	sans emploi N=133
Fumeuse quotidienne	45 %	25 %	22 %	17 %	44 %
Fumeuse occasionnelle	3 %	5 %	3 %	-	6 %
Ex-fumeuse	18 %	17 %	21 %	18 %	13 %
Non-fumeuse	34 %	53 %	53 %	65 %	37 %

Région	Flandre N=1156	Bruxelles N=192	Wallonie N=647	Total N=1995
Fumeuse quotidienne	22 %	25 %	31 %	25 %
Fumeuse occasionnelle	2 %	10 %	5 %	4 %
Ex-fumeuse	19 %	17 %	17 %	18 %
Non-fumeuse	57 %	49 %	47 %	53 %

nus du ménage et son niveau de formation. La population est classée en fonction de la valeur que fournit la combinaison de ces deux variables et est ensuite divisée en huit groupes plus ou moins égaux. Le groupe qui correspond aux valeurs les plus élevées (et, par conséquent, au niveau professionnel et/ou au niveau de formation le plus élevé) est appelé « groupe 1 », tandis que le groupe 8 est celui qui correspond aux valeurs les plus faibles.

### Le pourcentage de fumeurs de tabac à rouler augmente

Le tabac à rouler est nettement plus en vogue que les cigarettes manufacturées. Le pourcentage de fumeurs de tabac à rouler est passé de 27 % en 2003-2004 à 30 % en 2006. Le pourcentage de fumeurs de cigarettes ordinaires est passé de 77 % en 2003-2004 à 65 % en 2006. Si 65 % des fumeurs fument aujourd'hui des cigarettes ordinaires, 30 % préfèrent le tabac à rouler et 6 % des cigares, des cigarillos ou la pipe. Il existe d'importantes différences entre les préférences des fumeurs en fonction du sexe, de l'âge et de la classe sociale :

- 59 % des hommes fument des cigarettes ordinaires (contre 74 % des femmes), 34 % des hommes fument du tabac à rouler (contre 22 % des femmes) et 8 % des hommes fument la pipe, des cigares ou des cigarillos (contre 2 % des femmes).
- 77 % des jeunes (15 à 24 ans) fument des cigarettes ordinaires, contre 58 % des plus de 65 ans.
- 21 % des jeunes (15 à 24 ans) fument du tabac à rouler, contre 32 % dans les autres catégories d'âge.
- 44 % des sans emploi fument des cigarettes roulées à la main, contre seulement 2 % des cadres.
- 10 % des plus de 65 ans fument des cigares, des cigarillos ou la pipe.

Dans la classe sociale supérieure (déterminée sur la base de la formation et du niveau d'éducation), 21 % fument du tabac à rouler, contre 43 % dans la classe sociale inférieure.

### Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

Les enquêteurs ont demandé aux fumeurs de tabac à rouler ou de cigarettes ordinaires combien de cigarettes ils fument par jour en moyenne :

- 33 % fument moins de 10 cigarettes par jour.
- 38 % fument entre 10 et 19 cigarettes par jour.
- 29 % fument 20 cigarettes ou plus par jour.

Par rapport à 2003-2004, le nombre de cigarettes par fumeur a diminué. En 2003-2004, 39 % des fumeurs fumaient 20 cigarettes ou plus par jour, contre 29 % en 2006. En 2003-2004, 24 % fumaient moins de 10 cigarettes par jour, contre 33 % en 2006.

Dans la classe sociale supérieure, 21 % fument

plus de 20 cigarettes par jour, contre 36 % dans la classe sociale inférieure.

### L'opinion de la population au sujet des mesures antitabac

La même enquête révèle que 73 % des personnes interrogées estiment que l'interdiction de fumer dans les **restaurants** est justifiée<sup>2</sup>. Les ex-fumeurs sont 74 % à soutenir cette mesure et les non-fumeurs 88 %. Un fumeur sur deux (49 %) approuve cette interdiction. Chez les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer, 56 % soutiennent la mesure (40 % chez ceux qui ne souhaitent pas arrêter de fumer).

L'interdiction de fumer déjà introduite sur le **lieu de travail** bénéficie d'un soutien encore plus marqué : 83 % des personnes interrogées estiment que l'interdiction de fumer sur le lieu de travail est justifiée. Les anciens fumeurs sont 86 % à la soutenir et les non-fumeurs 94 %. Deux tiers des fumeurs (67 %) sont d'accord avec la mesure. Les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer sont même 80 % à approuver cette mesure (contre 54 % chez ceux qui ne souhaitent pas arrêter de fumer).

Six personnes interrogées sur dix (59 %) estiment que les **campagnes antitabac** ont enregistré des progrès au cours des quatre dernières années (50 % des fumeurs, 61 % des anciens

fumeurs et 64 % des non-fumeurs). Une personne sur trois (33 %) pense le contraire, tandis que 8 % n'ont pas d'opinion sur le sujet. Chez les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer, 55 % sont d'accord avec cette idée (contre 46 % chez ceux qui ne souhaitent pas arrêter de fumer).

A la question de savoir quelles **mesures** sont les plus **efficaces** pour déconseiller de fumer, 19 % répondent l'interdiction de la vente de cigarettes aux jeunes de moins de 16 ans, 18 % une hausse annuelle de 0,50 euro par paquet de cigarettes, 14 % l'interdiction de fumer sur le lieu de travail et dans les autres lieux publics, 12 % la diffusion régulière de spots sur le tabagisme à la télévision, 8 % la présence de photos dissuasives sur les paquets de cigarettes et 6 % l'interdiction totale de publicité pour le tabac.

Pour les jeunes (de 15 à 24 ans), les mesures suivantes sont les plus efficaces : les hausses de prix (23 %), les spots télévisés (22 %), l'interdiction de fumer sur le lieu de travail (12 %), l'interdiction de vente aux jeunes (12 %), les photos dissuasives sur l'emballage (10 %) et l'interdiction de publicité (7 %).

Selon les fumeurs, les mesures suivantes sont les plus efficaces : l'interdiction de fumer pour les jeunes (21 %), les spots télévisés (13 %), l'interdiction de fumer sur le lieu de travail (11 %), les hausses de prix (9 %), les photos dissuasives sur l'emballage (9 %) et l'interdiction de publicité (6 %).

<sup>2</sup> Voir MAILLARD C., 2007, une bonne année pour les non-fumeurs, Education Santé n° 220, février 2007.

Tableau 6. Le pourcentage de fumeurs par type de produits de tabac en fonction de la classe sociale n=1 268

	Cigarettes ordinaires	Tabac à rouler	Pipe, cigares ou cigarillos
Classe 1-2	70 %	21 %	8 %
Classe 3-4	73 %	23 %	5 %
Classe 5-6	68 %	31 %	2 %
Classe 7-8	53 %	43 %	4 %

Tableau 7. Le pourcentage de fumeurs par type de produits de tabac en fonction de la région n=1 268

	Cigarettes ordinaires	Tabac à rouler	Pipe, cigares ou cigarillos
Flandre	71 %	25 %	4 %
Bruxelles	56 %	39 %	7 %
Wallonie	62 %	34 %	5 %
Belgique	65 %	30 %	6 %

Tableau 8. Le nombre de cigarettes fumées par jour en fonction de la classe sociale n=1 268

	Moins de 10 cigarettes par jour	10 à 19 cigarettes par jour	20 cigarettes ou plus par jour
Classe 1-2 N=255	50 %	29 %	21 %
Classe 3-4 N=271	22 %	49 %	29 %
Classe 5-6 N=308	35 %	36 %	29 %
Classe 7-8 N=287	29 %	36 %	36 %



Il existe des différences marquantes entre les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer et les autres. 12 % des fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer pensent qu'une hausse de prix est une mesure efficace, contre 6 % des fumeurs ne souhaitant pas arrêter. 14 % des fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer pensent qu'une interdiction de fumer sur le lieu de travail est une mesure efficace, contre 8 % des fumeurs qui ne souhaitent pas arrêter de fumer.

Informations communiquées par **Luk Joossens**, Fondation contre le Cancer  
Fondation contre le Cancer, chée de Louvain  
479, 1030 Bruxelles. Internet : [www.cancer.be](http://www.cancer.be)



Photo © Isopix

## VOUS POUR VOUS

### « Ma Casa Bon Vivre »

Une expo et un DVD pour habiter en santé



**Habitat & Rénovation est une association active depuis plus de 15 ans dans l'insertion par le logement à Ixelles. A l'occasion de deux Contrats de quartier sur la commune, l'asbl a développé un axe de travail sur le lien entre la dégradation de l'état de santé – physique et mentale – et la dégradation du bâti, son mode d'occupation et son entretien. Ce travail s'est concrétisé par une exposition et par un DVD récemment présentés aux utilisateurs potentiels. Nous avons rencontré Céline Dutry et Dimitri Phukan, chargés du projet « Habiter en santé » au sein de l'association.**

« Le projet se situe dans le cadre de deux Contrats de quartier contigus sur Ixelles : Blijckaerts, qui se termine (il a commencé il y a quatre ans), et Malibrans, qui a démarré deux ans plus tard. Notre temps de travail a été financé par le Contrat de quartier, mais c'est le Ministère régional de l'Environnement qui a assuré le financement de la production. L'expo et le film représentent l'aboutissement de plusieurs années de travail, mais nous ne voulions pas partir de zéro. Nous nous étions renseignés sur les autres initiatives en matière de santé et logement, notamment celle menée en partenariat par le CASG de l'Entraide des Marolles. Nous étions conscients que le langage pouvait poser problème avec de nombreux habitants : il fallait tabler sur l'image. Ce qui manquait peut-être, c'était un support plus didactique. En même temps, il fallait éviter que les gens se sentent montrés du doigt, une mise à distance était nécessaire. L'idée de l'animation et de la vidéo est venue de là. »

Un comité d'accompagnement est formé, où sont représentés le Rassemblement bruxellois pour le droit à l'habitat (RBDH), l'Institut belge pour la gestion de l'environnement (IBGE), la Free Clinic, Question Santé, le Comité des Citoyens sans emploi, les Petits Riens, la Cellule Logement de la Région bruxelloise. Les objectifs suivants sont retenus :

- en premier lieu, la sensibilisation du plus grand nombre aux conséquences d'un environnement dégradé sur la santé. Principal message de prévention : aérer le logement tous les jours et le chauffer à une température moyenne ne dépassant pas 20°C ;
- ensuite, l'autonomisation des habitants en les invitant à être véritablement acteurs de leurs conditions de logement : « en tant que locataire, j'ai certains droits mais aussi certains devoirs et certaines responsabilités dans la gestion de mon logement ; et il existe des relais qui peuvent m'aider et m'informer » ;
- enfin, à plus court terme, la création d'un événement autour du logement à Ixelles, et plus spécifiquement dans le périmètre des Contrats de quartier.

### L'exposition

« L'idée de l'exposition-animation vient d'un projet monté par le RBDH : une expo grandeur nature créée à Laeken dans le cadre d'un autre Contrat de quartier ; ils avaient rassemblé du matériel appartenant à différentes associations. L'idée était bonne mais c'était lourd à monter à nouveau. Nous avons donc constitué notre propre matériel, qui pourrait servir à d'autres par après. Dans sa première phase, en avril et mai derniers, l'exposition a eu lieu dans un

appartement représentatif des immeubles bruxellois, afin de coller au mieux à la réalité du public. Six cents visiteurs sont venus, professionnels et membres du public visé (ces derniers sont venus individuellement ou via des associations-relais, des groupes d'alpha ou de primo-arrivants, la Mission locale, etc.). Il en est même venu de Wallonie ! »

L'appartement en question, situé chaussée de Wavre, est le logement d'Alfredo et de sa fille Bijou. Lara et son fils Max habitent à l'étage du dessus. Chaque pièce est mise en scène pour qu'elle semble réellement habitée par ces personnages (vêtements, mobilier, vaisselle...).

Miss Ma Casa est la mascotte du projet ; personnage virtuel avec un toit sur la tête, elle donne des conseils concernant les problèmes rencontrés dans le logement. Elle a le pouvoir de montrer l'envers du décor. Elle accompagne les visiteurs à travers les différentes pièces de l'appartement où ils découvriront les sources d'éventuels problèmes : humidité voire moisissures dans le living, CO dans la salle de bains, cafards dans la cuisine, produits d'entretien dans le placard, acariens dans la chambre à coucher, gaz et électricité dans les caves. L'exposition est aussi l'occasion d'aborder les trucs et astuces pour diminuer le montant des factures (et l'impact de la consommation d'eau, de gaz et d'électricité sur l'environnement). Ou les non-conformités courantes au Code du logement et les prescriptions de celui-ci dans les situations illustrées.

« A l'entrée, le visiteur reçoit un guide qui l'accompagnera tout au long de son parcours dans la maison et avec lequel il repartira. Ce guide reprend un plan de l'appartement et les messages principaux de l'exposition sous forme d'un questionnaire à

choix multiples, dont les réponses se trouvent dans l'exposition. D'autres supports (jeu, panneaux...) sont utilisés pour faire passer les messages de manière ludique et interactive. Dans les séquences vidéo, Alfredo, Lara, Max et Bijou se retrouvent aux prises avec des problèmes courants dans les logements bruxellois. A chaque fois, Miss Ma Casa est là pour les aider et les conseiller. Le support vidéo permet d'illustrer des thématiques un peu abstraites pour les gens, comme l'humidité ou le CO. Il a également l'avantage de transcender les barrières de l'écrit, une grande partie du public concerné n'ayant pas une bonne maîtrise du français. De manière générale, le recours au texte est parcimonieux dans l'exposition. »

## Le DVD <sup>1</sup>

Dans une deuxième étape, afin de prolonger le travail réalisé et d'utiliser au mieux les ressources développées pour la réalisation de l'exposition, les séquences vidéo ont été réunies en DVD. « Nous constatons qu'à l'heure actuelle, ce genre d'outil d'animation, quand il existe, est peu adapté au public que nous visons. Le DVD s'adresse à tout groupe susceptible de rassembler des locataires confrontés à des

problèmes de santé liés au logement : Sociétés immobilières de service public (SISP), CPAS, unions de locataires, collectifs d'alphabétisation, associations d'insertion par le logement, écoles, comités d'habitants... Il est en vente avec le guide au prix de 5 euros à titre de participation aux frais. Nous avons déjà eu des contacts du côté des maisons médicales, du CPAS d'Ixelles, d'autres associations... »

Le film peut passer en continu dans une salle d'attente ou être utilisé séquence par séquence dans une animation. Outre les séquences de l'expo, il comprend des témoignages d'habitants et deux visites fictives : celle de « l'ambulance verte » de la Région, la CRIPI (Cellule régionale d'intervention en pollutions intérieures), et celle des inspecteurs du Code du logement. « Nous voulons dédramatiser cette dernière intervention : porter plainte en se basant sur le Code doit être la dernière solution, quand toutes les autres démarches vis-à-vis du propriétaire n'ont pas abouti. Si le logement est déclaré insalubre, le locataire devra le quitter : il faut donc qu'il trouve auparavant un autre logement. Habitat & Rénovation peut accompagner les usagers dans toutes ces démarches. »

Et quelles sont maintenant les perspectives ? « Nous avons acquis une expérience ainsi qu'une forme de reconnaissance. Nous avons envie de continuer et, pour ce faire, nous cherchons un

financement pour assurer la poursuite du partenariat avec d'autres associations, des visites à domicile, la remédiation... et bien sûr utiliser les outils. Habitat & Rénovation fonctionne essentiellement par un financement régional.

Ses buts sont l'insertion par le logement et l'action sur l'environnement et l'espace public. La maison-mère est située rue Sans Souci, à Ixelles, mais nous avons deux autres implantations, plus liées aux Contrats de quartier, qui se trouvent chaussée d'Ixelles et chaussée de Wavre. Nous gérons une Agence immobilière sociale (qui dépasse largement le territoire ixellois), nous faisons de la médiation entre propriétaires et locataires, du conseil en rénovation (un service qui s'adresse aux propriétaires) et en aménagement de l'espace public. En dehors d'Ixelles, nos projets sont plus ciblés : des projets de cohésion sociale dans des ensembles de logements sociaux et du travail communautaire avec les habitants. »

Contact : Habitat & Rénovation, rue Sans Souci 110, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 639 60 13 ou nlaquiri@misc.irisnet.be

**Alain Cherbonnier**, Question Santé ASBL. Texte paru précédemment dans Bruxelles Santé n°44, décembre 2006, et reproduit avec l'aimable autorisation de l'auteur.

<sup>1</sup> Il vient d'être retenu pour la Collection thématique éducation pour la santé de la Médiathèque.

## BRÈVES

### Estime de soi

Liège

Mars, avril, mai et juin 2007

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

Il s'agit d'un module de 6 séances de 3 heures qui se déroulera soit en journée (de 13 h 30 à 16 h 30) ou en soirée (19 h à 22 h) les jeudis 1, 15 et 29 mars, le 19 avril, le 10 mai et le 7 juin 2007 dans les locaux du 37 (rue Saint Gilles 29 - 4000 Liège).

Le prix est de 120 € (pour les 18 heures).

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

Renseignements auprès du planning le « 37 »,

tél.: 04 223 77 89, pendant les heures de permanence :

lundi et mercredi de 13 h à 19 h,

mardi, jeudi et vendredi de 9 h à 12 h 30.

### Affirmation de soi

Liège

6 et 13 mars 2007

Le planning familial le « 37 » organise 2 journées de formation sur le thème : « Et si on communiquait vrai ? ». Afin d'améliorer vos relations aux autres et pour vous

affirmer de façon plus adaptée, le « 37 » vous propose des outils concrets à découvrir en groupe. A l'aide d'exercices interactifs, individuels ou collectifs, et de situations fictives, cet atelier vous aidera à mieux communiquer « vrai ».

**Pour qui ?** Pour tous. **Quand ?** Les mardis 6 et 13 mars 2007 de 9h15 à 16h30. **Où ?** Au « 37 », rue Saint Gilles 29 à Liège. **Combien ?** Seulement 30 € pour les 2 journées.

Inscriptions préalables indispensables.

Contactez l'accueil : 04 223 77 89

### Données

Havré

8 mars 2007

Dans le cadre de ses Midis Santé, l'Observatoire de la santé du Hainaut organise une conférence intitulée « Chiffres santé », par **Chantal Casès**, IRDES. Lieu : Observatoire de la Santé du Hainaut, Espace Rencontres (2<sup>e</sup> étage), rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré (de 12 h 00 à 14 h 00).

Renseignements : 065 87 96 14 ou sur le site

<http://www.hainaut.be/sante/observatoiresante/>.

### Réseaux de santé

Bruxelles

20 mars 2007

Question Santé organise un colloque qui vise à valoriser les pratiques de réseau dans le champ

de la santé. Ce colloque partira des pratiques pour aller dans un second temps vers un recadrage plus théorique. Seront présentés des réseaux soutenus par la COCOF, ainsi que d'autres expériences à Bruxelles et en Wallonie.

Lieu : Centre culturel de Woluwé-Saint-Pierre.

Pour tout renseignement : tél. 02 512 41 74,

fax 02 512 54 36 ou [info@questionsante.org](mailto:info@questionsante.org).

### Protection de l'enfance

Liège

22 et 23 mars 2007

Colloque international « Ma maman, mon papa, les intervenants... Et moi, et moi, et moi ?

La voix des tout-petits dans la protection de l'enfance », organisé par Parole d'enfants.

Renseignements : Parole d'enfants, boulevard d'Avroy 7c, 4000 Liège. Tél.: 04 223 10 99 Fax : 04 223 15 56

Courriel : [info@parole.be](mailto:info@parole.be). Site : [www.parole.be](http://www.parole.be).

### Nutrition

Bruxelles

23 et 24 mars 2007

11<sup>e</sup> journée d'étude du Club européen des diététiciens de l'enfance (CEDE) sur le thème « Eviter les maladies de la nutrition et prévenir leurs complications : un défi pour le monde pédiatrique ».

Lieu : Institut de sociologie de l'Université libre de Bruxelles, salle Eugène Dupréel, avenue Jeanne 44, 1050 Bruxelles.

Renseignements : Club européen des diététiciens de l'enfance, tél. 02 251 18 10, courriel CEDE1996@hotmail.com, site <http://www.cede-nutrition.org>

## Soins palliatifs

### Wépion (Namur)

24 mars 2007

Séminaire annuel organisé par l'asbl Sarah (centre de formation en soins palliatifs et à l'accompagnement) sous le titre 'Grandeur et décadence des soins palliatifs'.

P.A.F.: médecins et institutions 50 €, autres 45 €.

Renseignements et inscriptions au 071 37 49 32.

Fax : 071 50 68 10. Courriel : [asbl.sarah@skynet.be](mailto:asbl.sarah@skynet.be).

Site : [www.sarahformations.be](http://www.sarahformations.be)

## Ateliers d'écriture

### Bruxelles

A partir du 27 mars 2007

Et si on s'écrivait ? Vous êtes amenés à écrire dans un cadre professionnel... ou vous en avez envie mais ça bloque ? Vous vous sentez à l'étroit dans les règles du « bien écrire » ? Retrouvez le plaisir de vous exprimer et de communiquer par l'écriture ! Six journées vous sont proposées par **Question Santé**, à partir du 27 mars.

Inscriptions auprès de l'animateur, Alain Cherbonnier, 02 512 41 74, [alain@questionsante.org](mailto:alain@questionsante.org) (PAF : 50 €).

## Outil pédagogique

### Bruxelles

19 avril 2007

Créer ou pas un outil pédagogique en santé ?, formation proposée par l'Outilthèque Santé, service promotion santé de l'Union nationale des mutualités socialistes. Objectifs : repérer les conditions favorables à la mise en route du processus de création d'un outil pédagogique ; évaluer la pertinence de la création d'un outil de promotion de la santé.

Contenu : construire un outil pédagogique est un processus long et difficile. Le repérage des conditions favorables à la mise en route du processus ainsi que l'analyse de la pertinence du projet augmentent les chances de réussite.

Méthodologie : récolte des attentes du public, exposés, travail en sous-groupe, mise en commun, formalisation, échanges.

Public ciblé par la formation : les (futurs) concepteurs d'outils pédagogiques.

Formatrices : Catherine Spièce, Céline Leto - Outilthèque-santé - UNMS

Lieu de formation : Union nationale des Mutualités socialistes, place Saint-Jean 1, 1000 Bruxelles.

Horaire : 9 h 30 - 12 h 30 ; 13 h 30 - 16 h 30

Coût : étudiants, services et associations subventionnés en Belgique 30 €, secteur privé et étranger : 100 €.

Date limite d'inscription : **19 mars 2007** (groupe limité à 12 personnes).

Renseignements : Service Promotion de la santé UNMS, rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles.

Tél : 02 515 05 85. Fax : 02 515 06 11.

Courriel [promotion.sante@mutsoc.be](mailto:promotion.sante@mutsoc.be)

## Santé mentale

### Bruxelles

10 au 28 avril 2007

On l'appelle Jean Mémoire, spectacle suivi d'un échange autour de la santé mentale présenté du 10 au 28 avril 2007 au Centre Culturel Bruegel, Bruxelles.

*Hommage à la folie.* Au départ, c'est un tout petit bonhomme. Il crie, il pleure, mais surtout il se débat.

Battu par sa mère, elle n'hésite pas à prendre le cordon d'électricité pour le fouetter jusqu'à l'épuisement.

A genoux dans un cagibi, un bol d'eau par terre et deux tranches de pain rassis. Du pain qu'elle fait sécher exprès, pour ces occasions-là.

Il ne sait pas lacer ses chaussures, alors les coups reviennent plus fort encore !

Le petit bonhomme grandit et à 16 ans, il quitte la maison, pour s'évader vers une vie peut-être meilleure.

Il se cache dans une académie de théâtre, chez Paul Riga, son professeur. Deux ans plus tard, il est remarqué par un directeur de théâtre, Paul Florian.

Et pendant 23 ans, il enchaîne rôle après rôle, beaucoup de personnages, tous différents.

Oui, je me suis vu grandir et vivre au théâtre.

Beaucoup d'amis comédiens et metteurs en scène, une nouvelle famille s'offrait à moi, ma raison de vivre.

J'ai dû faire plusieurs cures de désintoxication, au moins 17, parce que je prenais trop de barbituriques.

Parce que trop de souvenirs me broyaient la tête.

Je culpabilisais beaucoup. Les cures, je les faisais toujours en fin de saison pour reprendre le travail la saison suivante...

Et voilà que Jean Mémoire surgit d'un hôpital.

*Je dédie ce spectacle aux enfants maltraités.*

Mise en scène : Eric Firenz. Avec Frédéric Lepers.

Adaptation : Monique Sclusselberg

Le spectacle s'adresse à tous publics à partir de 17 ans, en particulier aux intervenants (sociaux ou médicaux)

confrontés aux problèmes de santé mentale.

Lieu : Centre Culturel Bruegel, rue Haute 247,

1000 Bruxelles.

Coproduction : Centre Culturel Bruegel,

Effusions de Cultures et Escalade du Nord.

Des matinées sont possibles sur demande.

Renseignements et réservations : tél. 02 503 42 68,

courriel : [cbruegel@skynet.be](mailto:cbruegel@skynet.be). Internet : [www.cbruegel.be](http://www.cbruegel.be)

## Assuétudes

### Havré

12 avril 2007

Dans le cadre de ses Midis Santé, l'Observatoire de la santé du Hainaut organise une conférence intitulée « Assuétudes chez les jeunes », par **Samuel Tourbez**, Epicéa.

Lieu : Observatoire de la Santé du Hainaut, Espace Rencontres (2<sup>e</sup> étage), rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré (de 12 h 00 à 14 h 00).

Renseignements : 065 87 96 14 ou sur le site <http://www.hainaut.be/sante/observatoiresante/>.

## Assuétudes

### Bruxelles

23, 24 et 30 avril 2007

Formation (4 jours) destinée aux adultes qui entourent les jeunes et aux personnes concernées par les questions des drogues : enseignants, éducateurs, parents, intervenants sociaux, PMS, PSE, responsables santé dans le monde du travail, stagiaires, etc. Prochaine session : 23, 24, 30 avril et 4<sup>e</sup> date à fixer avec les participants.

Renseignements : Prospective Jeunesse, Claire Haesaerts, chaussée d'Ixelles 144, 1050 Bruxelles.

Tél.: 02 512 17 66. Fax : 02 513 24 02.

Courriel : [claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be](mailto:claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be).

Site Internet : <http://www.prospective-jeunesse.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 ».

Tout renseignement sur le site

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

## Publication

Un nouveau *Cahier de Prospective Jeunesse* (n° 41 de décembre 2006) est paru sous le titre « Soigner les usagers de drogues 1970-2006 - parcours historique, enjeux et approches des offres et demandes de soins portés aux usagers de drogues en Communauté française de Belgique ».

D'abord à la recherche de plaisir, l'utilisateur de drogues rencontre parfois la souffrance. Souffrance de son corps qu'il met à l'épreuve, dont il éprouve les limites, souffrance du manque, des blessures physiques que lui inflige la vie ou qu'il se donne à lui-même par son mode de consommation.

Les expériences de soins proposées aux usagers de drogues et de traitements des toxicomanies sont multiples en Communauté française. Multiples en raison de la variation des demandes sociales et de l'évolution des conceptions au cours des trente dernières années. Multiples aussi parce que complémentaires et adaptées à la variété des populations et des étapes du parcours des personnes. Pour rendre compte de la diversité tant des besoins que de l'offre de soins aux usagers de drogues, Les Cahiers de Prospective Jeunesse ont sollicité les témoignages des docteurs **Serge Zombek** et **Micheline Roelandt**, observateurs impliqués de cette évolution, et d'acteurs de terrain. Ce Cahier propose des éclairages fragmentaires de la constellation des acteurs des soins aux usagers de drogues. Ils attestent des nombreuses orientations de recherches et d'actions explorées aujourd'hui dans le secteur des assuétudes.

Pour commander ce Cahier (6,20 €) ou recevoir

la liste des autres numéros parus, contactez

Claire Haesaerts, Secrétaire de Rédaction :

tél. 02 512 17 66, fax 02 513 24 02,

courriel : [claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be](mailto:claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be).

## Tribune

### Fumeurs, réveillez-vous!

Je vais être honnête. Avant de m'adresser à vous, autant que vous le sachiez : moi aussi, comme la majorité des non-fumeurs, je suis plutôt favorable aux réglementations qui me permettent de vivre dans un environnement sans fumée. Et dans une logique médicale, je ne peux qu'y adhérer et encourager les fumeurs qui le désirent dans leur chemin vers l'abstinence.

Pourtant, j'assume une ambiguïté certaine quand je me projette dans votre quotidien... Car enfin, jusqu'où accepterez-vous d'être désignés à la vindicte collective ?

Supporterez-vous donc d'être interdits en tout lieu de vie, d'être regroupés dans des lieux dévolus à l'assouvissement, sous surveillance, de votre « vice »? Et peut-être demain d'être exclus des systèmes de solidarité comme l'assurance maladie invalidité, sous prétexte que vous recherchez sciemment par votre comportement les ennuis de santé ?

Appréciez-vous d'être traités avec pitié ou condescendance ? Jusqu'à quand supporterez-vous d'être désignés comme des tueurs (via le tabagisme passif que vous imposez aux autres), des inconscients et des suicidaires (vous qui attendez plusieurs fois par jour à votre santé et à votre vie), au mieux des malades incapables de résister à ce poison qui hante vos pensées ?

Mais, au fond, êtes-vous encore des citoyens à l'égal des non-fumeurs ?

Comment en arrive-t-on à de telles situations ? Où est passé le souci de **John Stuart Mill**, qui prônait la plus large liberté dans la vie privée des individus, seuls juges des comportements infligés à leur corps ? Le même s'insurgeait contre les mouvements qui cherchaient à éradiquer des comportements jugés déviants, comme l'alcoolisme, le jeu, etc.

Ce débat lancé il y a près de trois siècles reste d'une troublante actualité : jusqu'où la

société doit-elle guider les citoyens vers la vertu pour faire leur bonheur ? La polémique peut évidemment s'enrichir de la classique assertion « ma liberté s'arrête où commence celle des autres » – qui peut s'appliquer sans conteste aux situations de tabagisme passif – et de bien d'autres encore que je n'ai pas l'espace de citer ici.

Est-il donc si difficile de préserver à la fois la liberté, le respect des individus et le simple bien-être général ? Ne peut-on éviter de stigmatiser des styles de vies ou des conduites... dont on construit progressivement, à coups de réglementations et d'interdictions, l'immoralité ?

Mais une autre interrogation me turlupine. Il m'apparaît qu'on a peu légiféré sur le produit de tous les dangers. Pourquoi n'a-t-on pas interdit à l'industrie l'usage de toutes ces substances dont on sait qu'elles sont incorporées au tabac pour accroître son addictivité, ces produits par ailleurs eux-mêmes sources de toxicité ? Bien d'autres exemples nous amèneraient au même doute : face aux pouvoirs économiques, les Etats ne délaissent-ils pas leur rôle de protection du « bien commun », négligeraient-ils de « construire les conditions du possible pour que la santé des citoyens puisse se déployer »<sup>1</sup>?

#### Patrick Trefois

*Pour ceux qui ont envie de continuer sur ces réflexions : Je fume, pourquoi pas vous ? Contre la tabacophobie. Sous la direction de Marc Cohen. 2005. Fondation du 2 mars. Pauvert Ed. Voir aussi la page [www.toxicoquebec.com/actus/index.php?2006/10/25/1498-mort-au-fumeur-decrete-le-sociologue-robert-castel](http://www.toxicoquebec.com/actus/index.php?2006/10/25/1498-mort-au-fumeur-decrete-le-sociologue-robert-castel)*

1 Ph. Lecorps et J.-B. Paturet. Santé publique, Du biopouvoir à la démocratie. Editions de l'Ecole nationale de santé publique, 1999.

## Sommaire

### Initiatives

- Mieux comprendre l'alcoolisme,  
par *Colette Barbier* 2  
L'eau du robinet :  
dissipons les malentendus! 4  
Vaccination contre le pneumocoque 5  
Viasano, vitalité en ville 5

### Réflexion

- Promotion de la santé et éducation  
pour la santé : état des connaissances  
et besoins de recherche, par *Carole Feulien*  
et *Maryse Van Audenhaege* 6

### Stratégie

- La Charte européenne sur la lutte  
contre l'obésité, par *Recep Akdag*  
et *Marc Danzon* 7

### Locale

- Et votre commune, mayer ?  
Toujours en bonne santé ?, par  
*Michèle Mestrez* et *Xavier Lechien* 10

### Matériel

- On bouge avec MC-Tonus en Wallonie  
et à Bruxelles!, par *Carole Feulien* 12  
Quand bébé est né prématurément 13

### Outil

- Sécurité au quotidien 13

### Données

- Les chiffres du tabac en 2006,  
par *Luk Joossens* 14

### Vu pour vous

- « Ma Casa Bon Vivre »,  
par *Alain Cherbonnier* 17

### Brèves

18

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** : Recep Akdag, Colette Barbier, Alain Cherbonnier, Marc Danzon, Luk Joossens, Xavier Lechien, Michèle Mestrez, Patrick Trefois.

**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** : 2.200 exemplaires.

**Diffusion** : 2.000 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](http://www.educationsante.be)  
Courriel : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be)

**Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse** : [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – [www.arsc.be](http://www.arsc.be)

Les textes de ce numéro seront prochainement disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be) (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site adhère à la Plate-forme [www.promosante.net](http://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.