

Le Petit Zinc

RESTAURANT



2007, une bonne année pour les non-fumeurs! en p. 3 et 4

2007, une bonne année pour les non-fumeurs!

Depuis le 1^{er} janvier 2007, la loi restreignant encore les endroits publics où le tabagisme est autorisé est entrée en vigueur. Désormais, c'est donc le secteur horeca qui est visé. Mais attention, il y a évidemment « quelques » subtilités...

En réalité, lorsque l'on parle d'interdiction de fumer dans le secteur horeca, c'est malheureusement trop généreux... Beaucoup d'exceptions sont encore prévues et comme d'habitude, cette loi est compliquée. Alors pour tenter de bien en cerner les subtilités, nous allons avec vous la passer en revue par type d'établissement... Accrochez-vous!

Il y a resto et resto...

Tout d'abord, les restaurants. Par « restaurant », on entend « un établissement horeca dont l'activité principale et permanente consiste à préparer et servir des repas et des boissons pour la consommation sur place ou non ». Il s'agit donc des restaurants classiques – indépendants ou situés dans un lieu plus étendu comme une gare, un centre commercial, un hôtel... – mais aussi les salons de thé, les glaciers, les snacks à pitas, les snack-bars, les bars à soupe, les bars à café ou les salons de dégustation de pâtisseries. Ici, l'interdiction de fumer est totale, mais le restaurateur a le droit de prévoir une salle fermée (c'est-à-dire avec des murs et un plafond) qui servira de fumoir. Dans ce fumoir, seules des boissons pourront être servies et il devra être situé hors des zones de passage – comme le jardin ou les toilettes – et sa superficie ne pourra

excéder un quart de la superficie totale dans laquelle les plats et boissons sont servis à la consommation. Il doit aussi être muni d'extracteurs de fumée.

Mais attention! Ce n'est pas si simple : la loi précise que les établissements qui ne servent que des repas « légers » ou dont l'achat de denrées alimentaires ne représente pas plus d'un tiers des achats totaux ne sont pas assimilés à des lieux de restauration, comme nous le lirons plus loin...

Notons aussi qu'un « lieu de restauration » est aussi celui où les boissons ne peuvent être servies qu'avec un repas... Et comme si ce n'était pas encore suffisamment compliqué, un régime spécial a été concocté pour les friteries : celles qui proposent plus de 16 places, assises ou debout, pour consommer sa fricadelle et ses frites, sont reprises comme lieu de restauration, donc sont soumises à la loi sur l'interdiction totale de fumer. Si la friterie compte moins de 16 places, mais a une superficie de plus de 50m², elle doit prévoir une zone fumeurs correspondant au maximum à la moitié de la superficie totale dans laquelle les plats et boissons sont servis à la consommation (sans compter les couloirs, cuisine et commodités), avec des extracteurs de fumée dans la zone fumeurs. Mais si elle propose moins de 16 places assises ou si sa surface fait moins de 50m², il ne faut même pas aménager une zone non-fumeurs, mais simplement prévoir des systèmes d'extraction de fumée.

Ces dispositions n'empêchent évidemment aucun restaurateur ou gérant de friterie d'interdire d'office de fumer dans son établissement, même si la loi ne le lui impose pas...

Globalement, donc, et c'est probablement ce qui ravira le plus les non-fumeurs, depuis le 1^{er} janvier, il est possible d'aller déguster un petit plat avec les enfants ou les personnes plus fragiles, sans s'inquiéter de son voisinage, de la possibilité d'ouvrir une fenêtre (ce qui génère le plus souvent des regards obliques des autres clients!) ou de se demander si l'on trouvera une place près de l'extracteur de fumée, s'il y en a un... Car la loi sur les espaces fumeurs-non fumeurs et la présence d'extracteurs de fumée était particulièrement peu ou mal suivie... En sera-t-il autrement à partir de maintenant ? On ne demande qu'à voir.

Et les débits de boissons ?

Précisons d'abord ce que le législateur entend par « débit de boissons » : il s'agit « d'un établissement horeca dont l'activité principale et permanente consiste à servir des boissons, y compris des boissons alcoolisées et des spiritueux, pour la consommation sur place ».

Ceci précisé, sachez que les débits de boissons ne sont pas tous logés à la même enseigne.

Prenons le cas du café du coin, qui ne sert pas de nourriture. Ici, c'est le statu quo : si la surface fait moins de 50m², pas besoin de partie non-fumeurs, mais des extracteurs de fumée conformes devront fonctionner. Par contre, si l'établissement fait plus de 50m², il devra aménager une zone non-fumeurs, d'au moins la moitié de la superficie totale de l'établissement, avec les autocollants « fumeur », « non-fumeur » d'usage en suffisance et la présence d'extracteurs de fumée dans la zone fumeurs.

Idem si ce café sert des « repas légers » (la liste de ces repas dits « légers » est réglementée) ou si le propriétaire n'achète des denrées alimentaires qu'à raison de moins d'un tiers de ses dépenses totales (ce qu'il devra attester de bonne foi ou prouver en cas de contrôle).

Si le café a une activité de restauration plus conséquente, il sera soumis à l'interdiction de fumer, parce que considéré comme lieu de restauration... Prenons alors le cas d'un débit de boissons qui se situe dans une enceinte sportive, comme la buvette du club de foot ou la cafétéria de la piscine ou du club de tennis. Et bien ils tombent désormais sous la loi générale de l'interdiction de fumer même s'ils ne servent aucun repas, parce que situés dans une enceinte sportive, tout simplement.

Et si le débit de boissons se situe dans un lieu public étendu (gare, centre commercial, hôtel...),

Petit rappel utile!

D'après le Ministre de la Santé, **Rudy Demotte**, chaque année, quelque 2500 personnes décèdent dans notre pays des conséquences du tabagisme passif.

Le tabagisme passif sur le lieu de travail est à l'origine de 20 % des décès qui y sont liés, et parmi ces 20 %, la moitié des victimes travaillaient dans le secteur horeca (soit 250 décès annuels).

Une enquête de la Fondation contre le Cancer montre que 58 % des personnes interrogées se disent favorables à une interdiction de fumer totale dans tous les restaurants, 28 % y sont opposées et 14 % n'ont pas d'avis sur la question.

100 inspecteurs seront chargés de contrôler dans tout le pays que la loi est bien appliquée. 25.000 contrôles sont annoncés pour cette année, dont 12.000 dans le courant du premier trimestre. Les contrôleurs auront aussi pour tâche d'expliquer la mesure aux exploitants.

Déguster les fumeurs ?

Notons encore que chez nous, dès le 31 mai 2007, tous les paquets de cigarettes vendus en Belgique devront obligatoirement apposer des illustrations dissuasives, en plus des messages de prévention et de sensibilisation sur les risques du tabac. Il s'agit de la concrétisation d'une transposition en droit belge d'une directive européenne.

Ces mesures, ajoutées à celles qui sont déjà en vigueur (augmentation régulière du prix du paquet de cigarettes, interdiction de vente aux mineurs, interdiction de fumer sur le lieu de travail, dans une grande partie des lieux publics...) parviendront-elles à inciter les fumeurs à l'écraser une fois pour toutes ? Les chiffres de vente nous le diront bientôt, à condition que tous les Belges n'aillent pas se fournir au Luxembourg...

alors il faudra voir s'il est isolé du reste du « lieu public » qui l'accueille par une porte d'entrée, des cloisons et un plafond... Si c'est le cas, alors il sera soumis à la législation sur les débits de boisson (lire plus haut). S'il n'est pas isolé, il relève donc de la législation sur les lieux publics d'application depuis le 1^{er} janvier 2006 : tout comme les terrasses intérieures, par exemple dans un centre commercial ou une gare, il devra être non-fumeur! Les cafetiers doivent dès lors apposer l'autocollant d'usage (à placer dès qu'il y a une zone non-fumeurs) et retirer tous les cendriers et autres gadgets (comme des allumettes) pouvant inciter à en griller une!

Vous en voulez encore ? Et si on parlait maintenant des salles polyvalentes ? Ici, c'est bien plus simple! Ces salles qui peuvent servir pour des banquets, des réceptions, des réunions, des expositions... ne sont pas considérées comme des établissements horeca, donc l'interdiction ne les concerne pas. Néanmoins, certains propriétaires invoquent le caractère public de ces locaux et, de ce fait, considèrent que l'interdiction de fumer doit y être appliquée. Ici, ce sera donc le « contrat » passé entre le propriétaire de la salle et celui qui la loue qui jouera les arbitres.

Les hôtels

Et pour les lieux d'hébergement ? Dans l'hôtel ou la maison de retraite, par exemple, tout ce qui peut être considéré comme un espace privé, comme la chambre, n'est pas soumis à l'interdiction de fumer. Si les chambres sont communes, comme dans les auberges de jeunesse, par exemple, il s'agira alors de se mettre d'accord entre occupants de bonne volonté... Par contre, les hôteliers qui le souhaitent peuvent toujours imposer des chambres « fumeurs » et « non-fumeurs ». Mais dans les parties communes, comme les couloirs, les escaliers, les halls, les salles d'activités..., l'interdiction de fumer est d'application parce qu'il s'agit de lieux publics.

Dans tous les cas, la loi doit être respectée par tous : exploitants et clients. La loi le stipule : « toute infraction est recherchée, poursuivie et punie ». Et si un client constate que la loi n'est pas appliquée dans l'établissement qu'il fréquente, il peut porter plainte. Un numéro de téléphone ainsi qu'une adresse électronique sont à sa disposition (courriel : apf.inspection@health.fgov.be – Tél. 02 524 74 50 - Fax 02 524 74 99). Une initiative à ne pas considérer comme un appel à la délation, mais comme une possibilité de faire valoir ses droits de client...

Une loi très, trop complexe ?

Ouf! On a fait le tour. Et on voit à quel point la législation est complexe, ce qui ne facilitera pas le respect des règles. « On aurait pu faciliter ce texte et le rendre applicable partout, se désole le

Horeca : des opinions divergentes ?

Certains restaurants pointent du doigt la possibilité d'installer des fumeurs dans leurs murs, considérant qu'il s'agit d'un message contradictoire avec l'esprit de la loi (décourager la consommation de tabac dans les restaurants) et concluent qu'il y aura encore beaucoup de fumeurs « pratiquants » dans les restaurants malgré la loi.

Bref, ils craignent que l'exception (la présence de fumeurs) devienne la règle. Ils s'insurgent également contre la déduction fiscale qui sera accordée aux restaurateurs qui investiront dans les systèmes d'aspiration de la fumée, ce qui décourage la transition définitive vers des restaurants non-fumeurs puisqu'à l'achat de ces systèmes, les restaurateurs voudront les « amortir », en continuant à laisser fumer les clients. Ils en appellent donc à ce que le ministre récompense fiscalement en priorité les restaurateurs qui décident de bannir définitivement et complètement le tabac, notamment via les investissements en faveur de la sécurité alimentaire.

Ces restaurants, regroupés au sein de l'association Bemora, sont essentiellement des chaînes de restaurants ou des fast-foods (Quick, MacDonald's, Pizza Hut, Lunch Garden...), et ont un certain poids dans le secteur. Espérons que leur philosophie sera suivie par les plus petits restaurateurs.

Pr. Pierre Bartsch, président du Fares. *Ça va être un vrai foutoir! La loi ne sera probablement pas bien suivie et les histoires de fractionnement des zones ne seront pas faciles à définir... On voit ici à quel point le lobby de l'horeca a été puissant! Et pourtant, quand on voit la situation en Irlande, les bars ne se sont jamais aussi bien portés qu'aujourd'hui! Ils annonçaient une diminution de leur chiffre d'affaires de 4% après l'entrée en vigueur de la loi, mais cette tendance existait déjà avant cela! Et la reprise a été au rendez-vous après cette première année... Chez nous, j'imagine déjà les astuces que certains vont trouver, comme des bars qui vont se transformer en établissements privés, avec signature des clients à l'entrée pour éviter cette interdiction... Mais cette loi est certainement mieux que rien. La Belgique est et reste un pays de compromis! »*

La France pour sa part a adopté une loi autrement plus simple : dès le 1^{er} février 2007, il sera interdit de fumer dans « tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail », mais aussi

dans les moyens de transport collectifs et les « espaces non couverts des écoles, collèges, lycées », autrement dit les cours de récréation. Pour ce qui concerne les « débits permanents de boissons à consommer sur place, casinos, cercles de jeu, débits de tabac, discothèques, hôtels et restaurants », l'interdiction est reportée au 1^{er} janvier 2008. Ici, point de distinctions et dérogations compliquées, en tout cas dans l'état actuel du texte. Car on sait que la pression des cafetiers et autres représentants du secteur horeca est forte... et que des élections se profilent d'ici là.

Carine Maillard

(avec la collaboration du FARES)

Campagne de communication

Afin de faciliter l'application de l'interdiction en vigueur au 1^{er} janvier 2007, le Ministre Rudy Demotte a consenti un budget conséquent aux fédérations horeca pour la mise sur pied d'une large campagne de communication visant à la fois à soutenir le secteur et à informer le grand public.

C'est ainsi qu'ils ont mis à disposition de tous un ensemble de supports d'information, dont une campagne TV au ton original (visible sur le site www.rudydemotte.be). Cette campagne est sans doute trop mordante pour le téléspectateur belge, puisque le ministre a décidé de la retirer des écrans suite à deux plaintes introduites auprès du Jury d'éthique publicitaire. Les esprits paranoïaques penseront sûrement que ces plaintes ne sont pas tombées du ciel...

Depuis le mois d'août 2006, il existe aussi un site web (www.fumer-horeca.be), un centre d'appel (02 524 97 97) ainsi qu'une adresse électronique (fumer-horeca@health.fgov.be) permettant à chacun d'adresser des questions spécifiques sur la nouvelle réglementation. Les exploitants ont également reçu un courrier cosigné avec les fédérations.

Cette lettre accompagnait un « leaflet » intégrant un logo autocollant permettant d'identifier les établissements non-fumeurs. Le logo « Smokefreefood » connaît aujourd'hui un succès immense comme en témoignent les chiffres transmis par le SPF (plus de 300 demandes en supplément de l'envoi effectué à tous les exploitants).

Les fédérations horeca ont par ailleurs déjà publié un certain nombre d'articles dans leurs revues spécialisées.

Que deviennent les patients dépistés à risque cardio-vasculaire ?

Dans les deux articles précédents, nous avons rappelé ce qu'est le risque cardio-vasculaire global. Nous avons également présenté les premiers résultats du dépistage de ce risque, réalisé en Communauté française en 2004 auprès de 3200 patients par 80 généralistes volontaires. L'article d'aujourd'hui présente les premiers résultats du suivi de ces patients dépistés.

Pour rappel, en 2004, huit associations de généralistes de la Communauté française ont participé à une recherche-action initiée par le Ministère de la santé en Communauté française. Les médecins généralistes avaient pour mission de dépister le risque cardio-vasculaire global chez 90 de leurs patients réguliers de 30 à 75 ans pris au hasard. Il leur était ensuite demandé d'inviter les patients ayant été dépistés à risque à une consultation pour parler de la gestion de leur risque cardio-vasculaire. Nous présentons ici les premiers résultats de cette consultation spécifique.

Combien de patients répondent à l'invitation ?

48 % des patients de 30 à 75 ans fréquentant les consultations de médecins généralistes présentent un risque cardio-vasculaire à gérer (risque élevé, risque moyen et fumeur isolé), soit 1 patient sur 2.

Dans notre projet 1573 patients étaient concernés. Les médecins en ont invité 1003, soit 64 % d'entre eux, à revenir à une consultation spécifique dans le mois qui suivait la consultation de dépistage.

Pourquoi 64 % et non pas 100 % ?

Tableau 1 Raisons de non-proposition de rendez-vous dans le mois à des patients à risque (n=736)

Réticence, patient pas prêt	28 %
Patient déjà pris en charge	19 %
Sujet déjà abordé (avant ou ce jour)	17 %
Rendez-vous fixé plus tard	15 %
Refus de la prise de sang ; patient pas revenu	6 %
Pas opportun, autres priorités	4 %
Autres raisons	3 %

Parmi les patients invités, plus de deux tiers (70 %) ont été revus par leur médecin-traitant dans le mois qui a suivi le dépistage, comme demandé par l'étude.

Tableau 3
Les comportements à risque pour la santé cardio-vasculaire

Thème	Risque élevé	Risque moyen	Fumeur isolé
Alimentation	75%	68,7%	19,7 %
Exercice physique	65 %	60,1 %	40,8 %
Excès pondéral	46,7 %	44,8 %	11,8 %
Tabac	35,7 %	29,4 %	88,2%

Ceci indique que les patients sont ouverts à la prévention et au dialogue, si leur médecin leur propose une telle démarche. Cela confirme d'autres études sur le sujet.

De quoi parle-t-on avec ces patients ?

Un outil particulier est proposé aux généralistes pour l'accompagnement des patients à risque : le **guide d'entretien**¹. Ce guide a été construit avec des généralistes français, dans le cadre d'une thèse de santé publique.

Ce guide d'entretien suggère au médecin qui revoit le patient à risque quelques questions lui permettant de rencontrer le monde du patient, de parler avec lui de ses projets de vie, de ses envies et de ses possibilités de changement. Il identifie les préférences du patient dans le choix des sujets de discussion (tabac, alimentation, activité physique, excès de poids...).

Il s'agit ici d'un outil destiné à aider le médecin dans l'accompagnement de son patient. L'objectif est bien entendu de trouver des pistes permettant de travailler avec le patient autour des facteurs de risque qui le concernent, dans une négociation commune et une confiance réciproque.

La philosophie de ce guide est de se centrer sur le monde du patient, de soutenir une approche positive de sa santé. Le point de départ de la réflexion commune du patient et du médecin est donc la vie quotidienne et la santé du patient et seulement ensuite, les maladies ou les risques de maladie vécus par le patient.

Tableau 2 Thèmes abordés avec les patients à risque revus dans le mois (n= 702)

Projets de vie	41,2 %
Perception santé	65,1 %
Connaissances, perceptions prévention maladies cardio-vasculaires	62,0 %

¹ UCL-RESO (collectif) : guides d'entretien et de suivi pour maladies chroniques, UCL-RESO, Bruxelles, 2002, 2 pages.

Il est peu habituel pour les médecins généralistes d'aborder globalement la santé et les projets de vie du patient en-dehors d'une demande du patient ou d'un contexte de plainte, de souffrance ou de maladies. Les projets de vie sont ainsi abordés moins souvent, le médecin ne voit peut-être pas d'emblée l'intérêt de cette approche. La perception subjective de sa santé par le patient lui-même par contre, a pu être abordée dans les deux tiers des cas et les connaissances préalables du patient sont également prises en compte.

Parmi ces thèmes, très classiques, ce sont les questions de l'alimentation qui sont le plus souvent abordées avec les patients présentant un risque cardio-vasculaire élevé ou moyen. L'exercice physique et l'excès de poids sont ensuite discutés.

Des changements autour de l'alimentation paraissent-ils plus vulnérables ? Plus familiers ? Plus réalistes ? Plus concrets ?

Bien évidemment, avec les patients fumeurs qui n'ont pas d'autre facteur de risque, c'est essentiellement du tabac dont on parlera.

Tableau 4
Changements souhaités, soutien de l'entourage

Thème abordé	Total
Possibilités de changement	54,3 %
Souhaits de changement	52,0 %
Soutien de l'entourage	31,5 %

Les questions d'un changement possible sont toujours cruciales et difficiles. C'est tout le domaine de l'éducation thérapeutique où les sciences humaines viennent au secours de la médecine. Les médecins sont cependant peu formés à ces approches.

Dans ces résultats, la question du changement est abordée explicitement avec la moitié des patients concernés. Par contre, le soutien de l'entourage, de la famille est peu abordé par ces médecins... de famille. Une ressource concrète méconnue ? Cet accompagnement qui dépasse parfois les sujets habituellement discutés entre le généra-

liste et son patient prend-il beaucoup de temps ? Pas plus que celui d'une consultation habituelle pour plus des 2/3 des entretiens réalisés, soit maximum 15 minutes. Cependant, 30 % des entretiens ont dépassé les 15 minutes.

Cette recherche-action est conçue et réalisée par et pour des généralistes rassemblés au sein de l'asbl Promotion Santé et Médecine Générale, née d'un partenariat entre la Société Scientifique de Médecine Générale et la Fédération des maisons médicales et créée à la suite du projet.

Elle a continué en 2006 : affiche pour la salle d'attente, documents pour les patients, cadastre des ressources locales pour l'accompagnement des patients présentant un risque cardio-vasculaire, formation et discussion de cas de suivi de patients à risque cardio-vasculaire identifié.

Des interventions et les prémisses d'un travail en partenariat sont prévues pour 2007.

Conclusions

Dépister le risque cardio-vasculaire global chez les patients de 30 à 75 ans est réaliste et faisable. Les premiers résultats parus dans le numéro précédent l'ont bien montré.

Suivre les patients dépistés et proposer un accompagnement à la moitié d'entre eux qui présentent un risque vasculaire identifié est une autre paire de manches !

Les praticiens doivent faire appel à ce que nous apportent les sciences humaines (pédagogie, psychologie, sociologie), investir dans le relationnel pour espérer un changement de comportement. Un accompagnement visant à modifier progressivement les habitudes de vie et à apprendre, si nécessaire, comment manger autrement, ne plus fumer, reprendre une activité physique régulière ou perdre du poids... n'est possible que dans un climat de confiance réciproque, d'informations mutuelles, de négociations entre les recommandations idéales et la réalité de la vie quotidienne de chacun, du patient d'abord mais aussi du médecin.

Il s'agit pour les généralistes de rencontrer le monde subjectif du patient, de parler avec lui de

ses projets de vie, ses envies et ses possibilités de changement, ses préférences dans le choix des sujets de discussion (tabac, alimentation, activité physique, excès de poids...). Ce n'est pas facile, des encouragements sont nécessaires, tant pour les patients que pour les soignants.

Les prochains articles vous présenteront une partie de ces outils et le nouveau contexte de la promotion de la santé en Communauté française dans lequel s'inscrit ce projet.

Jean Laperche, médecin généraliste,
Valérie Hubens, chercheur en santé publique

Adresse des auteurs :

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

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

Valérie Hubens, Chercheur en Santé Publique, Asbl Promotion Santé et Médecine Générale, c/o SSMG, rue de Suisse 8, 1060 Bruxelles.

Tél.: 02 533 09 82.

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

Surdité : une nouvelle initiative en matière de dépistage

A l'initiative de la Ministre Catherine Fonck, la Communauté française a décidé de lancer depuis le mois de novembre 2006 un programme de dépistage néonatal de la surdité dans les maternités.

Majoritairement, les spécialistes mettent en exergue la nécessité d'un tel dépistage. Différents pays le pratiquent, certains depuis de longues années, comme les Etats-Unis, le Canada, le Royaume-Uni. C'est le cas de la Flandre aussi. Et les résultats sont probants.

Dans les pays qui ne pratiquent pas ce type de programme, la prise en charge d'un enfant sourd profond ne commence dès lors pas avant l'âge d'un an, voire de 18 mois. Il est extrêmement difficile, voire impossible pour les parents de détecter la surdité de leur bébé. En effet, le nouveau-né développe d'autres aptitudes sensorielles qui viennent pallier un temps l'absence d'audition.

Données épidémiologiques

L'importance d'un tel programme n'est plus à démontrer, si l'on regarde les données épidémiologiques suivantes :

- environ 1,4‰ des naissances ont un taux de surdité bilatérale persistante > 40 dBs;
- le taux de surdité bilatérale dans la population à risque de surdité est de 1 à 2 %. Mais si

on ne teste que les enfants à risque, seuls 50 % des enfants sourds sont diagnostiqués !

- l'âge moyen du diagnostic de surdité dans les pays civilisés qui ne pratiquent pas le dépistage systématique est d'un peu plus de 2 ans. Conséquence, la prise en charge est beaucoup trop tardive.

La Ministre de la Santé a invité toutes les maternités de la Communauté française à signer une convention (sur base volontaire) afin d'adhérer au programme de dépistage. Cet appel n'est pas resté sans réponse, puisque plus de 50 % des maternités de la Communauté française ont répondu positivement.

Travail préparatoire

Ce programme, qui a nécessité de longs mois de préparation, s'appuie sur l'expertise d'un groupe de travail constitué de médecins ORL, de pédiatres de l'O.N.E., ainsi que de professionnels concernés issus des institutions suivantes : l'O.N.E., l'UCL, l'ULB, l'ULg, l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes et la Maternité Notre-Dame de Tournai. Il s'est attelé à rédiger un protocole d'organisation, afin de décrire le déroulement du test, et de donner aux maternités qui ont signé la convention, les réponses adéquates aux problèmes d'organisation qui pourraient surgir au quotidien.

Organisation du dépistage

La pratique du test

Le test lui-même est pratiqué pendant le séjour en maternité, au 3^e ou au 4^e jour de naissance. Un premier test de dépistage est effectué sur le nouveau-né. La technique choisie est celle des otoémissions acoustiques provoquées.

Les appareils d'otoémissions permettent la mesure objective de la cochlée, l'organe d'audition qui se situe au sein de l'oreille interne. Cette technique a l'avantage de la simplicité, de la fiabilité, de l'objectivité et de la rapidité d'exécution.

L'examen ne demande aucune préparation particulière et n'est absolument pas douloureux pour l'enfant. En quelques minutes, l'appareil affiche une réponse.

La collaboration avec les maternités

Les clés du succès d'un tel programme reposent essentiellement sur le mode d'organisation réfléchi et concerté au sein des hôpitaux et cliniques, sur l'efficacité du travail entre les ORL et les pédiatres, mais aussi sur l'investissement du personnel soignant de la maternité. A cet effet, une convention a été proposée aux maternités en vue de préciser le cadre de ce programme tant en termes de relations entre les intervenants, qu'en terme de subvention-

nement octroyé par la Communauté française. Ce programme ne se résume pas à la réalisation d'un test. En effet, il a fallu déterminer les modalités pratiques du test, mais aussi le mode de prise en charge au sein des maternités. Par exemple, il a fallu déterminer l'attribution des responsabilités pour l'application du test, la décision de re-tester, la décision de référer à l'ORL de l'hôpital (si le test n'est pas réalisé par l'ORL en personne). Il a fallu réfléchir aussi sur les modalités de récupération des enfants non testés pendant le séjour en maternité (enfants absents, enfants qui pleurent, problèmes techniques, autres incompatibilités...) et après la sortie. Dans ce cadre, les travailleurs médico-sociaux et les médecins de l'O.N.E. sensibiliseront les familles à l'intérêt du test.

Récolte de données

Par ailleurs, un système de récolte de données a été créé. Afin de connaître avec précision l'impact graduel de ce nouveau programme, les 3 centres de dépistage néonatal que compte la Communauté française seront chargés de recueillir les données, de les centraliser, et de donner régulièrement aux maternités la liste des enfants qui auraient échappé soit au test de dépistage, soit au rappel. Toutes ces données seront traitées afin d'évaluer l'impact et la couverture du programme.

Coordination du programme

Afin de coordonner un tel programme, un centre de référence a été mis en place auprès de l'École de Santé Publique de l'ULB. En effet,

ce programme s'appuie sur une multitude d'acteurs et une relation fluide entre tous les intervenants s'avère primordiale.

Un Comité d'accompagnement a aussi été créé, qui sera chargé de conseiller et informer le Gouvernement sur le programme de dépistage néonatal de la surdité, d'évaluer sa mise en œuvre, d'analyser le rapport d'activité transmis par la coordination du programme, d'adapter le protocole si nécessaire et d'assurer le suivi du programme.

Outils supplémentaires

Un manuel de formation a également été conçu. Plusieurs séances de formation ont déjà été et seront encore organisées afin de permettre aux médecins et aux personnes qui effectueront le test de se familiariser avec les différentes étapes du programme.

Afin de renforcer l'information sur ce programme, trois supports ont été créés : un dépliant, une affiche et un site Internet (www.depistagesurdite.be). Par ailleurs, une campagne télévisée et radiophonique sera lancée dès le mois de mars 2007.

Investissement de la Communauté française

Des moyens financiers ont été dégagés pour assurer le pilotage du programme (60.000 €), la récolte de données (1€ par enfant testé), ainsi que pour l'octroi d'une intervention financière par enfant testé (5 € par enfant testé). Les maternités ne pourront demander aux parents une somme supérieure à 10 € pour effectuer

ce test¹. Cela permettra à chacun d'effectuer ce test pour une somme abordable, ce qui n'est pas toujours le cas à l'heure actuelle.

Dépistage précoce, intervention précoce

Il est évident que, pour l'intérêt des familles, une véritable collaboration doit s'instaurer entre les maternités et les centres auxquels elles adressent les enfants dépistés. Un aspect particulièrement important est de garantir à tout enfant référé par la maternité un accès rapide au centre de réadaptation dans des délais stricts.

Il est important de rappeler que les deux premières années de la vie de l'enfant sont essentielles pour l'apprentissage de la langue. Les conséquences de la surdité sur l'accès au langage, l'épanouissement personnel, les apprentissages scolaires et l'insertion sociale et professionnelle sont très lourdes. Seule une prise en charge très précoce et adaptée peut permettre à l'enfant sourd d'accéder à un bon usage du langage oral et écrit, voire un apprentissage de la langue des signes, pour lui offrir un développement cognitif optimal.

D'après un communiqué de la Ministre Catherine Fonck

¹ Notons à ce propos que les Mutualités chrétiennes prennent ces frais automatiquement en charge dans le cadre de leur assurance Hospi Solidaire.

22 communes en forme

Dans le cadre du Plan national nutrition santé, le Ministre **Rudy Demotte** a lancé voici quelques mois un concours afin de mettre en évidence l'engagement spécifique des communes dans cet ambitieux projet. Un dixième des communes belges ont répondu à l'appel et introduit leur candidature.

Le jury, constitué des membres du Comité d'attribution du label du PNNS, a retenu 22 dossiers, 10 en Flandre, 10 en Wallonie et 2 à Bruxelles. La remise des diplômes (lisez de belles plaques émaillées 'Commune en forme' à visser sur la façade de l'hôtel de ville) a eu lieu le 11 décembre dernier au Résidence Palace.

La cérémonie avait un petit côté remise des prix d'excellence à la fin de l'année scolaire assez sympa, et pas tellement illogique vu le nombre de projets relevant en tout ou partie de l'enseignement.

La multitude des micro-projets à l'intérieur des projets primés crée indubitablement une dynamique positive, même si la plupart d'entre eux ne sont ni très spectaculaires ni très innovants, comme

vous pourrez vous en rendre compte ci-dessous. On sortira du lot les initiatives très structurées de Jurbise et de Hasselt (une ville très en pointe en Belgique dans beaucoup de domaines), et le remarquable plaidoyer de la représentante de Gand en faveur du partenariat et de l'intersectorialité.

Les communes lauréates

Anderlecht

Alimentation saine dans les écoles

Projet : programme de sensibilisation via la mise en place d'ateliers de discussion et d'ateliers cuisine, etc.

Public cible : enfants de 8 à 12 ans des écoles primaires et leur famille.

Objectif : modifier les habitudes alimentaires sans produire de déséquilibre dans les relations parents-enfants.

Antwerpen

« Antwerpen Geniet Gezond »

Projet : diverses actions, avec comme point cul-

minant le Concours du nettoyage de printemps (« het gezondste Opsinorenrecept »).

Public cible : grand public.

Objectif : attirer plus l'attention sur l'alimentation saine au niveau du quartier. À travers l'action « nettoyage de printemps », un public très large peut être atteint.

Diksmuide

Projet : organisation d'une « quinzaine de la santé » et trois jours d'initiation pour bouger.

Public cible : tous les habitants adultes, de 18 à 50 ans, et les seniors.

Objectifs : informer sur ce qu'est une alimentation sûre et sur ce que signifie bouger suffisamment. Soutenir les différentes actions avec la diffusion de documents.

Etterbeek

« Les aventures de vitamines contre virus »

Projet : spectacle de sensibilisation sur l'alimentation saine.

Public cible : les 1.100 enfants de 5 à 8 ans des

écoles communales d'Etterbeek.

Objectifs : favoriser la consommation de fruits, d'eau à la place de boissons sucrées, et limiter la consommation d'aliments gras et sucrés. Promouvoir l'activité physique.

Geel

Education à une alimentation saine

Projet : jeux basés sur la pyramide alimentaire et sur les principes de base pour une vie saine. Public cible : parents et enfants de 5 à 15 ans. Objectif : sensibiliser parents et enfants au sujet de l'importance d'une alimentation saine.

Genk

Projet : diverses actions basées sur les thèmes de l'alimentation saine et de l'activité physique, planifiées pour toutes les saisons.

Public cible : groupe cible spécifique pour chaque activité – seniors, grand public, différentes communautés culturelles à Genk, personnel de la ville et du CPAS.

Objectif : encourager les habitants à adopter des habitudes alimentaires saines et à bouger plus.

Gent

« Gent Geniet Gezond »

Projet : pendant toute une semaine, les gens peuvent goûter une alimentation saine. Diverses actions concrètes.

Public cible : population de Gand + public spécifique pour chaque activité.

Objectif : fournir une vue saine sur l'alimentation, inspirer des alternatives saines intégrables dans les habitudes alimentaires actuelles.

Gesves

« Manger heureux et bouger libre »

Projet : diverses activités autour de l'alimentation (collations et boissons saines, petit déjeuner...) et de l'activité physique (journées et ateliers mobilité, psychomotricité pour les petits...).

Public cible : les enfants de l'école communale de l'Envol.

Objectif : amener chaque enfant à être acteur de sa santé et de son bien-être. L'inviter à changer progressivement mais durablement ses habitudes.

Hasselt

« Habitants en bonne santé dans une ville saine »

Projet : 20 actions relatives à une alimentation saine et à l'activité physique (action « pomme », journée de l'eau de Hasselt, faire du sport en couple...).

Public cible : toutes les actions s'adressent aux habitants, aux enfants dans les écoles, aux associations de Hasselt.

Objectifs : profiler Hasselt comme une ville saine à vivre et donner des conseils aux habitants.

Jurbise

« A l'école de la nutrition et du sport »

Projet : différentes actions autour de l'alimentation et de l'activité physique (petit déjeuner, magasins de collations saines, après-midis sportives...).

Public cible : les enfants des écoles communales et leur entourage.

Objectifs : modifier des comportements alimentaires des enfants (plus de fruits et d'eau), augmentation de la pratique sportive au sein des écoles, stabilisation de l'obésité.

Kuurne

« Alimentation saine et activité physique »

Projet : différentes actions au sujet d'une alimentation saine (consommation de fruits, quiz dans le carnet local d'infos, sessions dans les magasins avec lecture d'étiquettes, GALM-Fittest...)

Public cible : tous les habitants de la commune. Objectif : pousser la population à adopter de saines habitudes alimentaires et à bouger plus.

La Louvière

« Pour la vie en mouvement, redécouvrez le plaisir de bouger »

Projet : plan sur 5 ans comportant différentes actions dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique.

Public cible : varié, selon les actions (grand public, acteurs de la santé, etc.).

Objectifs : l'objectif final est d'améliorer la santé cardiovasculaire des habitants. Les objectifs intermédiaires sont de promouvoir l'adoption d'habitudes alimentaires saines, de favoriser la participation de tous aux activités de promotion de la santé et de développer les compétences des acteurs de proximité.

La Roche en Ardenne

Projet : promouvoir des attitudes saines sur les plans alimentaire et physique via des activités concrètes avec les enfants (importance du petit déjeuner, consommation de fruits à l'école...)

Public cible : les élèves des écoles fondamentales de la commune.

Objectifs : favoriser la prise du petit déjeuner, la consommation de fruits et d'eau, la découverte des goûts et des saveurs. Favoriser la pratique du sport. Sensibiliser les parents et l'entourage des enfants.

Lanaken

« Alimentation saine et activité physique »

Projet : programme multidisciplinaire pour aider des enfants obèses à changer leurs habitudes alimentaires et renforcer leur activité physique.

Public cible : enfants de 9 à 12 ans qui estiment qu'ils sont en surpoids ou obèses.

Objectif : redresser la balance entre prise d'énergie et consommation d'énergie chez les enfants obèses.

Manage

« Manage objectif santé »

Projet : différentes activités telles que la « journée santé annuelle », des « ateliers gourmands » pour enfants, des promenades santé, une info santé dans les journaux locaux, etc.

Public cible : grand public.

Objectif : faire prendre conscience aux habitants de la commune qu'ils sont les acteurs de leur propre santé.

Mons

Projet de la maison de quartier du domaine d'Epinlieu.

Projet : différentes actions (informations diététiques pratiques pour cuisiner sainement en respectant les cultures, informations pratiques sur l'alimentation des enfants, ateliers culinaires, cours de gym, etc.).

Public cible : les habitants du quartier.

Objectifs : promouvoir des habitudes de vie saine, soutenir et accompagner les habitants du quartier dans leur volonté d'adopter un mode de vie plus actif, sensibiliser l'ensemble de la population aux effets de l'alimentation sur la santé.

Mouscron

Projet : actions autour d'une exposition sur l'alimentation « taladal.be : l'avenir de la planète est au bout de ta fourchette » et actions sportives encadrées dans les quartiers.

Public cible : les 8 à 18 ans.

Objectifs : acquérir de nouveaux comportements par une sensibilisation concernant les choix alimentaires dans le cadre du développement durable. Permettre et faciliter l'accession à la pratique physique et sportive. Eviter la sédentarité.

Peruwelz

Projet : ateliers « Baby move » (activité de jeu en commun) et organisation de balades gourmandes

Public cible : les enfants et leurs parents dans le cadre de divers lieux d'accueil.

Objectifs : stimuler la mobilité spontanée de l'enfant et du parent afin qu'ils se dépensent plus physiquement. Découvrir le plaisir de manger équilibré et bon marché.

Soumagne

« La forme, pas les formes »

Projet : divers ateliers autour de l'alimentation (activité culinaire avec les parents, jardinage didactique, goût, fruits et légumes, journée santé, etc.).

Public cible : les enfants des 5^e et 6^e primaire.

Objectif : sensibiliser les enfants à l'importance d'une alimentation saine et équilibrée et ainsi favoriser le changement d'habitudes alimentaires.

Verviers

Brochure multilingue « bien manger pour être en bonne santé »

Projet : réalisation d'une brochure sur les thèmes de la santé en lien avec l'alimentation, qui sera utilisée comme support pour des cours d'alphabétisation.

Public cible : les personnes en formation d'alphabétisation et les acteurs de ces formations.

Objectifs : modifier des habitudes alimentaires des apprenants à « lire et écrire » sur base d'une réflexion sur la consommation en rapport avec les besoins du corps, tant chez l'adulte que chez l'enfant.

Westerlo

« Voor elke hap een stap »

Projet : une journée avec parents et enfants sur

l'alimentation saine et pour faire du sport ensemble.
Public cible : élèves du BUSO « Tongelsbos », parents et riverains, sympathisants (± 600 participants).

Objectif : découvrir en famille le plaisir d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique.

Zaventem

« Nordic Walking Zaventem Gezond »

Projet : organisation d'une soirée informative et d'ateliers « cuisiner de manière saine », où l'importance d'une alimentation équilibrée est soulignée. Organisation de sessions de marche nordique.

Public cible : principalement les plus de 50 ans, mais également toutes les autres catégories d'âge.

Objectifs : inciter la population à adopter un

style de vie actif et à veiller à une balance énergétique en équilibre.

Les communes lauréates recevront également une somme de 5000 euros à titre d'encouragement.

CDB

Maladies chroniques

Des maladies chroniques qu'il est généralement possible de prévenir causent 86% des décès en Europe : les 53 États membres européens de l'OMS définissent une stratégie pour maîtriser cette épidémie.

Conscients des coûts croissants et de la charge qu'engendrent les maladies chroniques, des pays de l'ensemble de la Région européenne de l'OMS mènent une action globale pour freiner cette épidémie. Comme de nombreuses maladies chroniques sont étroitement liées au mode de vie, il serait possible d'éviter, selon les estimations, 80 % des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et des cas de diabète de type 2, et 40 % des cancers en éliminant certains facteurs de risque liés au mode de vie. Sans l'engagement de toute une série de secteurs et le renforcement des systèmes de santé en vue d'une meilleure prévention et d'une lutte renforcée contre ces maladies, un grand nombre de personnes continueront à mourir chaque année de maladies qui, dans l'ensemble, peuvent être prévenues.

Des ministres de la Santé ont discuté d'une stratégie européenne permettant de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles lors de la session annuelle de l'organe directeur européen de l'OMS à Copenhague, au Danemark. Cette stratégie vise à faire en sorte que les choix sains soient aussi des choix faciles, à renforcer les systèmes de santé et à accroître le recours à des interventions efficaces pour que les individus adoptent des modes de vie plus sains.

Aujourd'hui, les maladies non transmissibles causent 86 % des décès et 77 % de la charge de morbidité dans la Région européenne de l'OMS. Ce groupe d'affections comprend les maladies cardiovasculaires, le cancer, les problèmes de santé mentale, le diabète sucré, les maladies respiratoires chroniques et les troubles musculo-squelettiques. Les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de décès, puisqu'elles sont à l'origine de plus de la moitié des décès dans l'ensemble de la Région, les maladies cardiaques ou les accidents vasculaires

cérébraux constituant la première cause de décès dans tous les pays.

L'influence du mode de vie

Les sept principaux facteurs de risque (hypertension artérielle, tabagisme, abus d'alcool, hypercholestérolémie, surpoids, faible consommation de fruits et de légumes, et manque d'activité physique) sont à l'origine de près de 60 % des problèmes de santé dans la Région. Les principaux facteurs de risque sont l'hypertension artérielle pour les décès et le tabagisme pour les problèmes de santé. Selon les experts, l'abus d'alcool est le principal facteur de risque pour les problèmes de santé et les décès parmi les jeunes de la Région.

Des coûts élevés pour les systèmes de santé et les systèmes sociaux

Les maladies non transmissibles mettent les systèmes de santé à rude épreuve et absorbent des ressources importantes. Par exemple, on estime que les affections chroniques engendrent 70 à 80 % des dépenses de santé au Danemark et représentent huit des onze principales causes d'hospitalisation au Royaume-Uni.

Les conséquences économiques des maladies non transmissibles dépassent le coût des services de santé. Des coûts indirects, tels que des pertes de productivité, peuvent égaler ou parfois même dépasser les coûts directs. En outre, une proportion importante des dépenses de santé totales incombe aux patients et à leur famille. Il a été estimé qu'en Suède, plus de 90 % des dépenses totales liées aux affections musculo-squelettiques ont un caractère indirect (congé de maladie : 31,5 %; départs anticipés à la retraite : 59 %).

Le décès prématuré du principal soutien de famille et de travailleurs qualifiés a des effets non seulement sur le revenu des ménages, mais également sur l'économie des pays. Il a été estimé que les maladies non transmissibles ont réduit de 1 % le produit intérieur brut de la Fédération de Russie en 2005, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète

entraînant une réduction du revenu national des États-Unis de 11 milliards de dollars.

On meurt de toutes les maladies chroniques à des âges beaucoup plus jeunes dans les pays des parties centrale et orientale de la Région qu'en Europe occidentale.

Le vieillissement de l'Europe pose des problèmes supplémentaires. D'ici 2050, plus d'un quart de la population de la Région devrait avoir plus de 65 ans. Il a été constaté qu'au moins 35 % des hommes de plus de 60 ans sont atteints de plusieurs affections chroniques. Les services de santé doivent être en mesure de prendre en charge ces maladies qui durent toute la vie.

Il est possible d'améliorer la santé en réduisant les différences entre groupes socio-économiques

Dans les pays, on enregistre une distribution inégale des maladies non transmissibles et de leurs causes dans la population, les taux étant plus élevés parmi les pauvres et les personnes vulnérables. Les individus qui appartiennent aux catégories socio-économiques inférieures ont un risque au moins double de maladie grave et de décès prématuré par rapport à ceux qui appartiennent aux catégories socio-économiques supérieures. Lorsque des améliorations se produisent, elles ne sont pas réparties de façon égale, dans la mesure où les personnes des catégories socio-économiques élevées bénéficient souvent davantage des interventions de santé.

Qu'est-il possible de faire ?

Une stratégie d'ensemble constitue la meilleure façon de lutter contre les maladies non transmissibles. Une telle stratégie aiderait les systèmes de santé des pays à prendre des mesures de promotion de la santé et à prévenir les maladies dans l'ensemble de la population, à cibler activement les personnes à risque et à améliorer les soins aux personnes déjà malades. Une action visant à réduire les inégalités de santé doit faire partie intégrante de toutes les mesures prises.

« L'investissement dans la prévention et dans une lutte plus efficace contre les maladies non trans-

missibles améliorera la qualité de la vie et le bien-être des individus et des sociétés », déclare le docteur **Marc Danzon**, directeur régional de l'OMS pour l'Europe. « Il faut développer l'action menée. La charge que les maladies non transmissibles représente pour les individus, les sociétés et les systèmes de santé n'est pas tenable. Il existe déjà des interventions efficaces, mais tout le monde n'en bénéficie pas. La meilleure façon d'améliorer la santé consiste à développer la prévention, en améliorant les systèmes de santé et en veillant à ce qu'ils répondent mieux aux besoins. Si des

systèmes de santé renforcés parviennent à éliminer des facteurs de risque aussi importants que l'abus d'alcool, le tabagisme, l'obésité, etc., il est estimé que 80% des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et des cas de diabète de type 2, et 40% des cancers pourraient être évités. »

La plupart des pays ont déjà développé des aspects essentiels de leur capacité à faire face à cette crise. Le site du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (www.euro.who.int) présente des exemples et contient plus d'informations sur

les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS.

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter : Dr Jill Farrington, Coordinatrice pour les maladies non transmissibles, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark. Tél.: +45 39 17 15 38. Fax : +45 39 17 18 18. Courriel : jfa@euro.who.int

Communiqué de presse EURO/05/06 11 septembre 2006.

REFLEXION

Promotion de la santé : et si vos objectifs étaient invouables ?

Pourquoi ce titre quelque peu provocateur ? Parce que, à la lecture des objectifs des villes santé, il m'est venu un doute que je pourrais exprimer de deux façons : par exemple que les objectifs de villes santé se situent entre prévention médicalisée et développement durable, sans lien visible avec la santé ; ou pour le dire autrement : comment garder ou trouver une identité professionnelle dans l'intersectoriel ?

Villes santé : quatre défis (au moins)

Quels sont en effet vos objectifs dans l'engagement face à la promotion de la santé ?

Premièrement « intervenir dans le domaine des politiques publiques en faveur d'un engagement politique clair... pour la justice sociale ». Deuxièmement « dénoncer les pratiques... qui engendrent les inégalités ».

Troisièmement « contrer les pressions en faveur des produits dangereux, des conditions de vie malsaines, d'une nutrition inadéquate ».

Quatrièmement « œuvrer pour la réorientation des services de santé ».

Ces objectifs, qui se situent dans la droite ligne de la charte d'Ottawa, soulèvent quelques inquiétudes, en particulier par rapport au modèle de développement économique, qui semble, malgré les résistances altermondialistes, dominé par des modèles ultra- ou néo-libéraux ; il me semble y avoir dans ce climat un risque que vos objectifs vous fassent fortement associés d'emblée à un côté de la vie politique des Etats, des régions ou des villes. Ainsi **Edmond Hervé** constatait-il que « la loi du marché étale la ville, augmente les inégalités » et doit donc être contrebalancée sinon contrée « par une politique sociale ».

L'approche générale de promotion de la santé tend à privilégier la participation et par là une

forme de démocratie directe plutôt que la démocratie représentative ; en ce sens cela se situe donc en dehors sinon contre les partis politiques organisés et également en dehors sinon contre les organisations syndicales. Ainsi **Réal Lacombe** parlait-il d'un nouveau partage des pouvoirs et des ressources entre gouvernements et citoyens, entre professionnels et clients.

La plupart des partis politiques se réclament de la démocratie et au cours des campagnes électorales on pourrait presque dire que la revendication qu'il y ait davantage de démocratie est une revendication permanente de ceux qui cherchent à être élus. Mais ce caractère permanent de la revendication n'est-il pas l'aveu même qu'ils n'y arrivent donc jamais ?

Or il faut garder à l'esprit à quel point, dans ce domaine, des tentatives d'augmentation de la participation directe des citoyens et de leur empowerment qui échouent, et dont les échecs sont mal gérés, se paient de démobilisation, de découragement et surtout d'une augmentation du sentiment d'impuissance, ce que **Little** appelle le « dysempowerment » (qu'il conviendrait me semble-t-il d'écrire « disempowerment »).

Sur le troisième objectif, celui de changer les pratiques industrielles et commerciales, les risques sont aussi grands, ainsi que le montre l'action des lobbies industriels, autant auprès d'organisations internationales comme l'Organisation mondiale du commerce mais aussi l'Organisation mondiale de la santé, que du monde politique, des médias, des scientifiques, de la population elle-même. Ceci a été amplement démontré dans le cadre du tabac, mais s'observe autant en ce qui concerne l'agroalimentaire, le secteur automobile et du transport en général, les médias, etc. La réorientation des services de santé est restée probablement l'objectif le moins actif depuis

Ottawa, il y aura bientôt 20 ans. S'agit-il de changer les médecins, de changer l'hospitalocentrisme et surtout la hiérarchie du monde médical dominé par la médecine spécialisée avec au sommet de la pyramide les CHU ?

Ceci n'est d'ailleurs pas sans rapport direct avec le monde politique, toujours prêt à s'afficher avec l'un ou l'autre professeur. Il faut se rappeler par exemple que l'on trouve toujours un ministre pour inaugurer un hôpital et qu'il est singulièrement moins facile d'en avoir un pour célébrer une fermeture !

On connaît aussi dans la plupart des pays les valse budgétaires entre coupures de budget des hôpitaux suivies dès le changement de gouvernement par la restauration sinon l'augmentation de ces mêmes budgets.

La grande question qui résulte pour moi de toutes ces inquiétudes est la suivante : où diable allez-vous trouver des alliés puissants ?

Sans doute pouvez-vous penser à la population, au nom de l'intérêt de laquelle vos actions sont entreprises. Mais peut-on ne pas garder en mémoire que la population est peut-être en fait souvent « inconstante » ?

Non pas au sens familier mais un peu méprisant que le terme a souvent, mais avant tout parce que le genre de combats qui viennent d'être évoqués implique notamment une constance sur de longues années, ce qui suppose d'avoir les moyens de cette constance (Bury 2004¹). Et donc peut-être au moins faut-il s'appuyer sur des asso-

1 Voir notamment la conférence « Voies et moyens pour promouvoir efficacement la santé », prononcée à la journée nationale suisse de promotion de la santé, Lugano, janvier 2004, dont les diapos sont accessibles sur www.promotionsante.ch/fr/activities/conference/2004/default.asp.

ciations, qu'elles soient associations de patients, d'usagers des services de santé, de consommateurs en général ou de citoyens.

La promotion de la santé : six questions (au moins)

Je voudrais aussi évoquer une série de questions qui me semblent comporter certains risques.

Tout d'abord, la tendance à **associer politique de prévention avec politique de promotion de la santé**. La question pour moi est de savoir si l'on peut faire à la fois une politique de prévention et une politique de promotion de la santé, et si c'est oui, à quelles conditions.

En effet la prévention porte bien sur la prévention des maladies et la promotion de la santé porte bien sur la santé. On se trouve ainsi à vouloir considérer autant le négatif que le positif, avec un postulat sous-jacent qui est que santé et maladie se situeraient sur un continuum, c'est-à-dire sur une dimension unique bipolaire. Or je suis de ceux qui pensent que la santé est globale et multifactorielle et que de ce fait il n'y a pas de continuum pour les sujets. Cette vision du continuum implique aussi que la maladie est vue comme une perte, et uniquement comme une perte, et nie jusqu'à un certain point le fait que la maladie peut être l'occasion d'un nouveau départ vécu positivement. Ce que tant de patients années après années ne cessent pourtant de répéter aux soignants. Cette approche de la prévention comporte aussi la tendance à concevoir les risques de santé comme des choses à éviter, de rechercher alors l'éradication des risques plutôt que l'éducation à la gestion des risques.

La prévention des maladies reste sous-tendue par le modèle épidémiologique et biomédical dominant, les facteurs individuels de risques des maladies, une approche verticale par programmes, visant les fonctions, les organes, une population objet; alors que la promotion de la santé repose sur un modèle global et humaniste, une approche horizontale intersectorielle par milieux, avec une population sujet.

En prévention, on recherche d'abord l'efficacité technique à court terme spécifique sur indicateurs épidémiologiques tels l'espérance de vie plutôt que l'efficacité globale à long terme sur qualité de la vie (liée à la santé). De même, en prévention, on privilégie des modèles de planification sanitaire comme le changement planifié et la planification directive, et non le changement émergent et la planification participative et incitative. (top down ou bottom up)².

La deuxième question que je souhaite aborder est celle de la **continuité** que je crois **profonde entre patients, usagers, consommateurs et citoyens**, et

de la même façon entre associations de patients, associations d'usagers et associations de citoyens. Les fondements en effet me semblent être les mêmes : il s'agit d'un déplacement sur l'axe dépendance – autonomie vers la participation mutuelle, la responsabilisation et aussi un modèle global de santé. C'est la raison pour laquelle la promotion de la santé comprend aussi bien la promotion des droits des patients que celle des droits des citoyens et par là, la citoyenneté de la santé. Il s'agit bien d'une problématique constante qui est la participation éclairée des individus et des groupes qu'ils forment à la prise et la gestion des décisions qui les concernent.

Quand je parle ici de participation, il s'agit d'une participation réelle des patients, par exemple dans une négociation entre patients et professionnels pour aboutir à ce que les économistes appellent un service co-produit.

Il s'agit en politique de santé de faire entendre la parole des patients, de défendre les droits des patients, de leur donner accès à l'information et au pouvoir de décision dans le système de soins³. Troisième question, celle du **débat récurrent entre l'individuel et le collectif**.

Il y a dans ce vieux débat trop souvent une polarisation des approches entre le développement des attitudes individuelles (« la promotion de la santé vise à favoriser chez les individus l'apprentissage de modes de vie sains ») et la responsabilité des environnements (« permettre aux communautés d'aménager leur environnement et de promouvoir l'inscription de la santé dans les politiques sociales et les décisions collectives »). Or je défends que cette opposition est idéologique et non scientifique, qu'elle n'est démontrée ou soutenue par aucune évidence. Au contraire le pragmatisme qui découle de l'approche systémique et les données d'observation qui résultent des évaluations de programmes indiquent que l'efficacité la plus grande est d'agir à la fois sur l'individuel et le collectif d'une façon congruente. On ne peut manquer à ce propos de se référer par exemple aux études sur l'investissement dans le capital social.

Quatrième question, celle de la **participation** qui implique donc que la personne soit au centre du système comme sujet et acteur du système social. Mais une difficulté vient de ce que les systèmes publics européens, même s'ils sont davantage marqués d'un souci social que les systèmes américains, sont quand même des systèmes verticaux avec des modes de gestion de type direction et contrôle. Cela tient sans doute à ce qu'ils sont en grande partie étatiques et donc bureaucratiques. Or il est de plus en plus démontré que les problèmes requièrent des approches horizon-

tales fondées en priorité sur le travail en réseau et la confiance; cela implique donc de rediriger le travail des structures institutionnelles et des politiques formelles vers des modes d'organisations sociales interinstitutionnelles.

Les risques d'échec sont évidemment très grands compte tenu des résistances bien connues au changement, surtout dans la fonction publique, et particulièrement quand il s'agit de perte de contrôle pour ne pas dire de pouvoir. Mais cela comporte des implications éthiques pour les intervenants en promotion de la santé, liées au risque de soulever des attentes et de provoquer des déceptions. Pour le monde politique, l'aspect inquiétant est d'assister à une transformation des attentes de la population en demandes articulées qui peuvent être ressenties comme menaçantes.

Cinquième question, celle de l'**intersectoriel** : comment gérer au mieux l'intersectoriel et notamment dans la durée ? Faut-il institutionnaliser des formules comme la double appartenance ou du moins un grand degré d'indépendance des chefs de projet, la gestion par des organes interdépartementaux mais avec un chef de projet responsable, clairement identifié et possédant un degré d'autonomie qui porte au moins sur l'autonomie budgétaire ?

Mais il faut le faire sans ignorer l'inévitable compétition entre les personnes, entre les associations ou entre les institutions; en sachant aussi la difficulté pour les institutions, particulièrement pour les administrations, de reconnaître le rôle fondamental des personnes. La question est souvent d'identifier les « bonnes » personnes dans les institutions plutôt que de laisser les « bonnes » institutions identifier les personnes. Les liens entre les approches intersectorielles menées avec des visées de changement de politiques publiques et les leaders politiques comportent en eux toute une série de risques liés notamment aux changements politiques périodiques. Mais ce champ de questions sur la continuité se retrouve souvent aussi avec des chefs de projet qui poursuivent également une carrière personnelle; or étant donné que la durée de vie d'un chef de projet est souvent inférieure à la durée du projet lui-même, se pose alors la question du passage de relais pour assurer la continuité du projet.

La prédominance de l'intérêt du projet sur les intérêts personnels ne me semble pas assez affirmée d'une façon très volontariste et contraignante. Il faut à tout le moins par exemple maintenir le nom du projet, notamment pour sa lisibilité pour la population, ce qui est souvent en contradiction avec le désir des politiques d'afficher leur nom associé à celui d'un projet; du côté du projet lui-même il faut s'inquiéter de la précarité fréquente des subsides, laquelle implique souvent la précarité des personnes ressources.

Enfin, et ce n'est peut-être pas le moindre risque de l'intersectoriel, c'est celui de l'extension

2 Ce débat a fait l'objet d'une présentation ici résumée à un séminaire avec Promotion Santé Suisse et le Projet de politique nationale de santé en Suisse (octobre 2002)

3 Voir notamment Bury J.A.: Education thérapeutique et démocratie sanitaire : du quotidien au politique. Revue francophone de psycho-oncologie (4) :113-119, 2003.

du champ qui me semble entraîner le risque d'une dilution de la spécificité, de la compétence, de la légitimité, et de la crédibilité.

La sixième et dernière question que je souhaite aborder est celle des liens entre la promotion de la santé, la recherche et les évaluations. Il y a un besoin essentiel et je crois indiscutable de recherche, mais encore faut-il que la recherche soit pertinente et notamment porte sur ce qui est le plus nécessaire et le moins connu, je veux dire l'efficacité et l'efficacité des programmes et des interventions; il s'agit donc en premier de ce qui est souvent appelé les recherches stratégiques et aussi ce qui concerne la recherche participative plutôt que des recherches académiques habituelles.

Ici il faudra convaincre le monde académique (chercheurs et organismes de subsidiation de la recherche) que la publication dans la revue disciplinaire n'est pas le but suprême de l'existence. Il faut, comme le disait R. Lacombe, que la recherche des évaluations de programmes participe au développement des connaissances et contribue à ce qui est souvent maintenant regroupé sous le vocable de gestion de la connaissance.

De la même façon, il est essentiel me semble-t-il d'investir largement dans l'affirmation de modèles nouveaux d'évaluation qui soient pleinement pertinents à la promotion de la santé. Le développement de ce secteur depuis 10 ans est rassurant, même s'il n'a pas encore abouti à une reconnaissance pleine. Il est essentiel aussi

qu'il inclue des évaluations économiques. Celles-ci seront indispensables comme le disait encore R. Lacombe pour convaincre les décideurs d'investir et, comme le soulignait **Roderick Lawrence**, notamment dans les infrastructures publiques. Bien sûr, il faut des évaluations qualitatives, qui sont probablement le seul garant pour trouver le sens, mais ceci ne peut exclure le quantitatif. Encore une fois, on se trouve en face d'un débat dépassé. Même si la littérature des dernières années abonde d'arguments en faveur de cette complémentarité et propose des modèles d'intégration entre les deux approches, la réalité n'en montre pas encore l'évidence. Ceci à mon avis essentiellement parce que les formations des chercheurs sont presque exclusivement dans l'un ou l'autre domaine et non dans les deux à la fois. Le rôle, dans les années qui viennent, de la prise en compte des données probantes me semble incontournable. Le débat ne doit pas être à ce niveau de la nécessité des preuves, mais au niveau de la nature des preuves : celle-ci doit se situer précisément comme un champ d'intégration de modèles complexes prenant en compte aussi bien le qualitatif que le quantitatif. Parce que les situations sont complexes et contextualisées et que les interventions se font en milieu naturel et s'inscrivent dans la durée. Il me semble qu'une des voies les plus prometteuses est celle de la synthèse cumulative d'évaluations de différents types, incluant les rapports des équipes de terrain. (voir notamment Bury 2003⁴).

Pour terminer plutôt que pour conclure, je resterai sur une question : une politique de santé peut-elle ne pas être politique ?

La nouvelle santé publique est peut-être en train d'accompagner l'émergence de la citoyenneté de la santé et de la démocratie sanitaire. *Villes santé* me semble être au cœur de ce mouvement. Il faudra bien finir par reconnaître que c'est sans doute là le moyen essentiel pour atteindre de façon significative l'amélioration de la santé de la population.

Jacques A. Bury, Consultant auprès de la Direction générale de la Santé du canton de Genève

Texte d'une intervention prononcée à Bruxelles le 24 mars 2004 à l'occasion du 7^e Colloque francophone des Villes santé de l'OMS et des Villes et villages en santé. Il a déjà été publié dans le numéro 36 de Santé conjugée, en avril 2006.

Adresse de l'auteur : ProPos, Association pour la Promotion des Politiques de Santé, 20 rue des Caroubiers, 1227 Carouge, Suisse. Courriel : jacques.bury@proposante.ch. Internet : www.proposante.ch

⁴ Bury J.A. Evidence base in health promotion : why bother ? *Soz.-Präventivmed.* 48 (5) : 277-278, 2003.

STRATEGIE

Le Plan national nutrition santé belge (PNNSB)

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

Le Conseil est aussi amené à répondre à des questions de portée plus générale, et peut aussi prendre l'initiative d'attirer l'attention de la ministre sur une question qu'il juge intéressante ou préoccupante. L'avis reproduit ci-dessous a été donné le 15 septembre 2006 en réponse à une interrogation de Madame Catherine Fonck, Ministre de l'Enfance, de l'Aide à

la Jeunesse et de la Santé. Le Conseil a souhaité lui donner une certaine publicité.

A noter : le site www.sante.cfwb.be contient beaucoup d'informations utiles sur le Conseil, dont quelques-uns de ses avis.

Introduction

Le Conseil a mis à l'ordre du jour d'une de ses réunions le point sur le PNNSB en invitant les représentants des cabinets communautaires concernés : outre le cabinet de la Ministre Fonck, les cabinets de la Ministre Présidente, Marie Arena, et de la Ministre du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille de la Communauté flamande, Inge Vervotte.

La Ministre Catherine Fonck, suite à cette réunion, a fait une demande précise au Conseil. Les questions évoquées dans ce courrier sont les suivantes :

- partenariat entre privé et public ;
- critères d'attribution du logo PNNSB ;
- coordination entre les niveaux fédéral et communautaire ;
- points à améliorer (PNNSB et/ou PPAS, soit le Plan de promotion des attitudes saines sur les plans alimentaire et physique de la Communauté française).

Le Conseil s'inquiète – vu l'émergence de plusieurs plans et des différents niveaux de pouvoirs impliqués ainsi que des enjeux propres à chacun – d'un manque de concertation entre les niveaux fédéral et communautaire ; les moyens importants dont dispose le fédéral pour ce plan ne devraient pas pour autant donner à celui-ci un rôle prépondérant dans l'opérationnalisation.

La concertation est d'autant plus nécessaire que la multiplicité des plans ne doit pas être un facteur de repli mais un élément renforçant le travail sur des objectifs de santé communs.

Partenariat entre privé et public

Le Conseil a déjà émis des avis sur ce sujet, notamment celui du 22/02/2002, qui demeure d'actualité. A son estime, cette question ne doit pas rester centrée sur la question abordée ici dans le contexte du PNNSB, mais être envisagée dans l'ensemble des partenariats privé/public. Voici néanmoins quelques considérations sur ce sujet dans le cadre spécifique du PNNSB.

Dans les organes directeur et de gestion du Plan

Il est admis que la grande distribution et le secteur agro-alimentaire sont des partenaires obligés du Plan. Les partenariats entre les pouvoirs publics, les acteurs associatifs, les écoles... et le secteur privé (commercial) sont indispensables. La question qui se pose est donc plutôt de baliser ce partenariat.

Dans l'élaboration du plan et la gestion du plan opérationnel, la présence du commercial dans les organes de direction ne semble pas souhaitable. La FEVIA (Fédération de l'Industrie Alimentaire - Federatie Voedingsindustrie) le demande avec insistance, et reviendra sûrement à la charge.

L'exigence minimale est – pour chaque membre présent dans les organes de direction, de gestion, groupes de travail, comités... – l'identification claire et complète de ses intérêts éventuels avec le secteur commercial, de près ou de loin, comme ceci se fait dans d'autres pays (Angleterre et Canada notamment). Les enjeux doivent être nettement définis, les intérêts non déguisés de sorte que l'engagement de chacun soit clair.

Dans les interventions en rapport avec le Plan

Chacun doit s'engager sur son terrain, en fonction de son secteur d'activité, et ne pas intervenir dans des domaines qui ne le concernent pas. Le secteur commercial n'est pas le niveau éducatif. On attend de lui la mise sur le marché de produits de qualité s'inscrivant dans une alimentation équilibrée, et pas des programmes 'éducatifs' clés sur porte qui risquent d'introduire une confusion entre information des consommateurs et promotion des ventes.

Un engagement clair, respectueux d'une éthique de travail, semblable aux exigences formulées dans le code éthique flamand (voir encadré) est souhaité.

Toutefois, la communication est le moyen privilégié par chacun pour se faire connaître, se « vendre ». La communication devrait avoir comme limite d'être en relation directe avec et dans les limites de ses activités et ne pas être détournée de son objet propre.

Cette dernière remarque concerne chaque secteur représenté, y compris le secteur public. On

peut regretter (et la Flandre l'a fait vigoureusement) que le fédéral ait jusqu'à présent surtout fait une communication générale en occupant le terrain dévolu plutôt aux Communautés.

On peut le regretter, mais il est toujours possible de rectifier le tir si le fédéral accepte d'associer de façon plus étroite les entités fédérées au devenir du plan et de sa communication. Cela ne peut qu'en renforcer l'impact.

La Communauté française a joué correctement le jeu en autorisant la campagne de lancement du plan dans le cadre des espaces gratuits en radio TV pour des messages de promotion santé (du 10 au 31/04/2006). Elle est en droit d'attendre la même loyauté du niveau fédéral.

Critères d'attribution du logo PNNSB

Proposition

Le Conseil insiste pour que la Communauté française soit officiellement associée au Comité 'logo', dans l'esprit du protocole d'accord du 13 juin 2005 (voir ci-dessous). Le Conseil souligne la nécessaire cohérence entre les logos ou label attribués dans le cadre du PNNSB et du Plan de promotion des attitudes saines sur les plans alimentaire et physique de la Communauté française.

Coordination entre les niveaux fédéral et communautaire

Depuis le début du processus d'élaboration du PNNSB, plusieurs problèmes sont régulièrement soulevés.

Représentativité des différents niveaux politiques et place dans les décisions : il est clair que les Communautés ont joué un rôle actif dans le processus d'élaboration et d'opérationnalisation du PNNSB, notamment par la participation aux groupes de travail de bon nombre d'acteurs des secteurs santé, jeunesse et petite enfance. Malheureusement, les demandes, propositions, interpellations formulées aussi bien dans les groupes de travail qu'au sein du comité directeur sont restées la plupart du temps lettre morte.

Le plan opérationnel a été élaboré, phasé et présenté au public sans réelle interaction avec les participants aux groupes de travail. Les partenariats n'ont pas été construits et négociés avec les acteurs chargés de la diffusion (exemple significatif des guides grand public) ou avec les acteurs de terrain et institutionnels indispensables pour développer les mesures du plan.

Concertation : les décisions ne sont pas prises en concertation interministérielle mais de façon unilatérale par le niveau fédéral. Il serait d'ailleurs plus exact de parler de 'consultation' que de 'concertation'. Les décisions ne reflètent pas de vrai consensus. Le retrait (ou la menace de retrait

si ce n'est pas encore effectif) de la Communauté flamande ne reflète pas uniquement une guéguerre communautaire politicienne mais exprime aussi la déception devant une forme de déni des compétences communautaires pourtant essentielles dans ce projet.

Propositions

Le Conseil demande que le protocole d'accord du 13 juin 2005 (MB du 23/11/2005) soit tout simplement respecté par ses signataires. Le protocole prévoit au sein du Comité d'experts directeur la présence de 2 membres proposés par la ministre de la santé de la Communauté française. Ces 2 membres devraient avoir le même poids que les autres membres du comité directeur.

Le même protocole indique dans son art. 5 que tant l'autorité fédérale que les Communautés et Régions s'engagent à travailler au plan à l'intérieur de leurs compétences. Le Conseil demande que cet engagement formel soit respecté par les signataires.

Le Conseil estime que ces questions devraient être abordées à la conférence interministérielle de la santé.

Dans la mesure où le PNNSB est un Plan national, il convient que toutes les entités (fédérale et fédérées) soient présentes à l'ensemble des travaux relatifs à ce Plan.

Points à améliorer (PNNSB et/ou Politique de promotion des attitudes saines sur les plans alimentaire et physique)

Outre ce qui a déjà été énoncé ci-dessus :

La gestion du programme et le secrétariat apparaissent comme le point faible de la mise en œuvre du PNNSB depuis le début. Les participants de la Communauté française aux travaux relèvent l'absence de prise en compte des avis, remarques... émis par les membres, le manque de retour vers les membres des groupes de travail, des délais dans les travaux trop restreints, le manque de concertation opérationnelle pour le lancement du plan, etc.

Est noté également le rôle prédominant des présidents des groupes et des secrétaires qui ont une autonomie trop importante sans s'en référer aux membres des groupes de travail.

De même, les participants de la Communauté française regrettent l'absence d'un organigramme clair.

La communication lors du lancement du Plan a été monopolisée par le ministre fédéral.

Propositions

Le Conseil propose :

- le renforcement de la présence institutionnelle de la Communauté française dans les instances de consultation, concertation et décision pour

faire contrepoids au secteur privé, extrêmement présent dans le PNNSB;

- le renforcement du rôle du Comité d'experts directeur qui doit élaborer un organigramme de gestion du PNNSB et lister les questions et problèmes notamment en terme de solution via des réglementations (on ne peut pas s'appuyer uniquement sur le souci d'autodiscipline du secteur commercial, notamment en termes d'allégations santé);
- la mise en place d'une gestion opérationnelle clairement définie avec un secrétariat composé d'une équipe permanente performante, professionnelle et suffisamment nombreuse (c'est un élément clé du programme et cela manque jusqu'ici); des procédures de travail

clairement fixées; une clarté dans les liens entre le comité directeur et l'autorité ministérielle.

- l'identification des mandats de chacune des composantes de l'organigramme en fonction de son activité propre, de ses compétences;
- que la communication serve chacun dans l'objet même de ses activités : une information commune sur l'implantation du Plan adressée à la population et aux professionnels, une information communautaire sur les outils éducatifs élaborés, une information fédérale sur les aspects réglementaires. Pour le privé commercial, une information correcte, non déguisée en publicité;
- d'établir des passerelles entre PNNSB, PCO et PPAS, de veiller à la cohérence entre ces plans

en se servant du PCO et du PPAS comme outils d'opérationnalisation des objectifs du PNNSB et vice versa;

- de faire participer davantage au processus décisionnel communautaire les acteurs concernés en Communauté française, et de prévoir aussi une bonne concertation avec la Communauté flamande.

La Présidente du Conseil, **Martine Bantuelle**

Avis du Conseil supérieur de promotion santé du 15 septembre 2006

Code éthique de la promotion de la santé en Flandre

La promotion de la santé choisit soigneusement ses partenaires

Plusieurs organisations du secteur de la prévention et de la promotion de la santé en Flandre viennent de convenir d'un code éthique qui servira de fil conducteur pour leurs partenariats et recherches de fonds privés futurs. C'est une initiative du VIG, du VAD, de SENSOA, des mutualités libérales et chrétiennes, du VRGT, PASOP, Stichting tegen kanker, de la Cellule de soutien aux Logo's, de l'UWID et de 8 Logo's (réseaux santé locaux)

Pourquoi un code éthique ?

Les organisations ci-dessus sont financées entièrement ou partiellement par les pouvoirs publics (flamands ou fédéraux) pour réaliser leur objet social, mais à côté de cela, elles accordent aussi beaucoup d'importance aux partenariats avec des organisations tierces et avec le secteur privé. Ces partenariats sont noués pour des projets spécifiques comme des campagnes d'information, mais aussi parfois de façon structurelle.

A côté des avantages évidents du développement de partenariats avec le secteur privé, le risque est toujours présent de voir ces liens nuire à la crédibilité voire à l'indépendance de ces organisations.

Avec la mise en place de ce code éthique, elles veulent poser une série de balises et accorder leurs politiques en la matière.

Entreprendre de façon responsable

Comment évaluer une matière aussi délicate ? Beaucoup d'entreprises privées ont maintenant un code éthique propre, mais

comment s'assurer qu'elles le mettent réellement en pratique ? Le site internet, le rapport annuel, les informations données aux médias sont des sources intéressantes. Les organisations du secteur promotion de la santé à l'origine du code éthique ont élaboré un outil qui peut aider à la prise de décision.

Par ailleurs, pour les partenariats importants, ou en cas de dossier problématique, il peut être fait appel à Ethibel¹, une organisation qui analyse le caractère socialement responsable et durable du fonctionnement des entreprises. Les banques font régulièrement appel à son expertise dans le cadre de projets de 'placements éthiques'.

Le code relatif aux partenariats et sponsors du secteur promotion de la santé

Déclaration de principe

Etant donné notre objectif de promotion de la santé, nous travaillons de préférence avec des entreprises et des organisations qui fabriquent des produits ou développent des activités qui stimulent ou favorisent la santé et/ou qui incitent à des comportements responsables tant sur le plan individuel que collectif.

Corollairement, nous ne collaborerons pas à des initiatives liées à des produits qui nuisent à la santé ou à des activités socialement irresponsables.

Critères

- Chaque partenariat doit avoir, à côté d'un bénéfice économique ou financier éventuel, une plus-value sociale.

▪ Nous attendons des candidats-partenaires le sens de la responsabilité sociale : cela implique une gestion correcte sur le plan social, le respect des droits de l'homme, la prise en considération de l'impact des initiatives de l'entreprise sur l'environnement.

▪ Il est exigé des candidats-partenaires qu'ils confirment leur engagement à respecter la déclaration de principe. Ouverture et transparence contribuent à la crédibilité du partenariat.

▪ Le partenariat ne peut être utilisé que dans un but informatif, pas pour faire de la publicité.

▪ Les partenariats doivent garantir l'indépendance et l'intégrité de l'organisation du secteur de la promotion de la santé. Celui-ci conserve le contrôle complet de son fonctionnement.

Procédure

▪ Chaque organisation évalue en interne les partenariats et financements privés potentiels.

▪ Cette évaluation s'appuie sur le code éthique du secteur, qui est appliqué concrètement à l'organisation concernée.

▪ La procédure d'évaluation doit être transparente. Dans ce but, le secteur fera appel aux conseils (et éventuellement au soutien actif) d'une organisation neutre (par exemple Ethibel).

D'après un communiqué de presse du 14 mars 2005 (extrait)

¹ Voir http://www.ethibel.org/index_f.html

Quel lien entre la qualité de vie et le développement économique, culturel, social et environnemental ?

Après avoir implanté le processus des Conférences locales sur l'arrondissement de Charleroi¹, le Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin met maintenant en place une dynamique équivalente sur l'arrondissement de Thuin.

Cette nouvelle initiative a pu, à nouveau, bénéficier du soutien méthodologique de l'Unité de Développement Local et Territorial (ULB-IGEAT). Le cadre méthodologique proposé en lien avec le concept de développement local² gardait en effet toute sa pertinence : les quatre dimensions qui parcourent le développement local (temporalités, territoire, acteurs et thématiques) se retrouvant également dans la démarche de promotion de la santé. La dynamique à installer doit donc prendre en considération les différents acteurs de terrain et leur champ d'activités. C'est à cette seule condition que l'on parviendra à faire disparaître les cloisons qui confinent les personnes et les empêchent de développer des partenariats intersectoriels.

Un territoire pertinent...

La première difficulté a été celle de la définition du territoire d'action. En effet, l'arrondissement de Thuin a la particularité d'être constitué d'un ensemble de communes hétérogènes. Un premier travail a donc été de déterminer un sous-territoire ayant suffisamment de liens pour pouvoir imaginer la mise en place d'un processus nécessitant le support et l'intérêt des forces vives locales.

Après réflexion, et suite à différents contacts avec des acteurs locaux, le choix a été fait de limiter la zone d'action aux communes de Beaumont, Froidchapelle, Sivry-Rance, Chimay et Momignies (Botte du Hainaut). Ce territoire a en effet l'avantage de présenter une forte cohésion, avec l'existence de connexions et d'intérêts partagés entre ces cinq communes.

... et des partenaires locaux

Après avoir délimité un territoire d'action, la deuxième étape a été de sensibiliser des acteurs de ce territoire à notre démarche et de mettre en place les prémices d'un partenariat local. De nombreux contacts ont ainsi été établis avec différentes institutions locales.

La Fondation Rurale de Wallonie - Entre Sambre et Meuse.

La Fondation Rurale de Wallonie est une association s'adressant essentiellement aux communes et qui a pour missions d'animer le milieu rural (notamment par la consultation, l'organisation de débats et la participation citoyenne), et d'apporter des conseils, méthodes et techniques aux projets locaux. Ce partenariat a permis de bénéficier de leur connaissance du monde rural (via notamment l'organisation des Plans Communaux de Développement Rural) et de leur expérience dans le domaine des démarches participatives.

L'Asbl Oxyjeune.

Cette association est une AMO (Aide en Milieu Ouvert) dont l'objectif est l'aide préventive au bénéficiaire des jeunes et de leurs familles dans leur milieu de vie et qui travaille selon trois axes : l'aide individuelle, l'action communautaire et l'action collective. Elle présente l'intérêt de couvrir le territoire déterminé. Elle est également engagée dans un processus d'enquêtes participatives sur les communes de Froidchapelle et de Chimay, dont les résultats en terme d'analyse des besoins de la population peuvent se révéler fort intéressants.

La Fondation Chimay Wartoise.

Fondation d'Utilité Publique créée en 1996 par la communauté des moines de l'abbaye de Scourmont, la Fondation Chimay-Wartheoise s'efforce de travailler au développement régional, notamment au travers de diverses interventions comme Cap 2010 (projet concentrant les moyens disponibles sur les initiatives liées à la jeunesse régionale, à l'emploi régional et aux bonnes pratiques dans le développement général). Les atouts présentés par cette institution se situent principalement au niveau de sa connaissance approfondie des acteurs locaux issus des différents secteurs ciblés : social, culturel, environnemental et économique.

Hainaut Développement (antenne de Chimay).

Hainaut Développement est l'agence de développement de l'économie et de l'environnement de la Province du Hainaut. Son objectif est d'améliorer l'environnement socio-économique et le cadre de vie dans lequel évoluent

les particuliers et les entreprises hennuyères. Ce partenariat a permis d'avoir, indirectement, des contacts avec le monde des entreprises (secteur marchand).

Le Centre Culturel et Sportif Sudhaina.

C'est un centre culturel actif sur le territoire de Chimay. Ce partenariat a permis que la matinée de rencontres soit organisée en un point central par rapport à l'ensemble du territoire ciblé (Baileux, commune de l'entité de Chimay) et a apporté un soutien important pour la médiatisation de l'événement.

Toutes ces démarches et ces contacts avec des intervenants locaux ont permis de capitaliser des informations essentielles pour l'élaboration du processus :

- meilleure connaissance du tissu local : au travers de nos différentes rencontres, nous avons pu constituer un « carnet d'adresses » en identifiant de nombreux acteurs locaux couvrant les secteurs d'activités recherchés : social, culturel, environnemental et économique;
 - meilleure connaissance des besoins locaux à travailler dans le cadre du processus des Conférences locales : l'analyse montre que les acteurs locaux développent régulièrement des projets dans le cadre d'une démarche partenariale (beaucoup de collaborations et existence de réseaux entre les acteurs du monde socio-culturel), mais que la participation des citoyens lors des différentes étapes de réalisation des projets, ainsi que l'articulation entre les secteurs privé et public, semblent moins présents;
 - établissement de contacts avec le secteur marchand, avec possibilité de le sensibiliser au rôle qu'il peut jouer dans des initiatives liées à la qualité de vie et au développement local.
- Sur base de ces constats, partagés par les partenaires locaux rencontrés et par l'Unité de Développement Territorial et Local, un projet de matinée de rencontres a été élaboré, avec comme objectifs de réunir des acteurs locaux issus des différents secteurs et de travailler en priorité les questions de la participation des habitants et de l'intersectorialité.

Quel lien entre la qualité de vie et le développement économique, social, culturel et environnemental ?

La mise en place du processus des Conférences locales sur la Botte du Hainaut s'est donc concrétisée par l'organisation, le mercredi 7 juin 2006, d'une première matinée de ren-

1 Pour plus d'information sur ce processus, nous vous renvoyons à l'article suivant : DECOURT A., MOUYART P., *Conférences locales pour des politiques de promotion de la santé de Charleroi-Thuin : place aux citoyens!*, Education Santé, n°192, août 2004, pp 15-17.

2 Dominique-Paule Decoster, Co-Directrice de l'Unité de Développement Local et territorial de l'ULB-IGEAT et Chargée de cours, définit le développement local comme « le processus collectif d'innovation territoriale inscrit dans la durabilité. Ce processus s'enracine dans un territoire pertinent, il y fédère et organise en réseau les acteurs économiques, sociaux, environnementaux et culturels pétris d'une culture commune de projet et dont la finalité est le bien-être collectif et la centralité : l'être humain ».

contres³ sur le thème « *Quel lien entre la qualité de vie et le développement économique, social, culturel et environnemental ?* ». Cette rencontre a eu lieu au Centre Culturel et Sportif Sudhaina, à Baileux.

Les objectifs spécifiques de cette matinée de rencontres ont été définis de la manière suivante :

- permettre une meilleure identification des facteurs influençant la qualité de vie et le développement local ;
- permettre une analyse des pratiques locales : partenariat, intersectorialité, participation ;
- permettre de prendre du recul et d'analyser les besoins éventuels des acteurs locaux (avec la perspective de mettre en place des démarches qui permettront de répondre à ces besoins).

Le programme de cette matinée, élaboré en concertation avec les acteurs locaux, s'est construit autour de deux temps de travail :

- **deux interventions plénières** ayant pour objectif de donner aux participants des éléments permettant une analyse des questions et des différentes expériences présentées durant les ateliers. La première intervention avait pour thème : « *Les déterminants de la santé : qu'est ce qui influence la qualité de vie des personnes ?* », tandis que la seconde intervention abordait la question suivante : « *La qualité de vie et le développement local : quel lien aujourd'hui ?* ».
- **deux ateliers** : « *La participation des citoyens peut-elle apporter une plus-value aux projets de développement local ?* » pour le premier atelier, et « *En quoi les partenariats entre le secteur privé et le secteur public peuvent-ils être moteurs du développement local ?* » pour le deuxième atelier.

L'objectif de ces ateliers était, au départ des expériences locales, de prendre du recul et d'analyser les pratiques quotidiennes, tout en essayant de déterminer les besoins auxquels il est nécessaire de répondre pour pouvoir aller plus loin dans les démarches d'intersectorialité et de participation des citoyens.

Au terme du premier atelier, les principaux éléments facilitateurs dans un processus participatif ont été recensés par les participants. Globalement, ces éléments sont à mettre en lien avec les personnes, les structures et les questions d'organisation :

- la légitimité des personnes relais et des animateurs de processus participatif doit être garantie. Leur connaissance du contexte local doit être connue et reconnue de tous ;
- le dynamisme et la motivation des personnes relais sont évidemment indispensables. Ils doivent s'inscrire dans une démarche résolument positive porteuse d'espoir si l'on veut susciter l'enthousiasme nécessaire à un projet mobilisateur ;

- les projets culturels sont d'excellents vecteurs de mobilisation et de communication. Les centres culturels ont donc un rôle important à jouer en tant que relais auprès des citoyens et en tant qu'outils de valorisation de la région et de son potentiel ;

- le professionnalisme dans les tâches d'accompagnement est une autre dimension à prendre sérieusement en considération. Sa compatibilité avec le bénévolat est un point sur lequel il conviendrait de réfléchir ;

- les règles du jeu dans un processus participatif doivent être clairement annoncées et précisées ;

- les espaces de paroles doivent être formalisés. Ces conditions sont incontournables si l'on veut rapidement dégager une stratégie d'actions qui puisse être cohérente et mobilisatrice.

En ce qui concerne le deuxième atelier, après avoir défini les caractéristiques du secteur privé, le groupe s'est attaché à préciser les raisons qui peuvent inciter le secteur public et les associations à s'associer avec celui-ci :

- possibilités d'ouvrir de nouvelles portes et de servir de leviers ;
- autre source de financement ;
- donner un sens au projet commun.

Cette démarche de partenariat nécessite toutefois la mise en œuvre d'une bonne communication entre les partenaires (ce qui a pour inconvénient d'alourdir le processus), ainsi qu'un travail permettant de respecter la place et les spécificités de chacun.

D'autre part, le fait de s'associer à un partenaire privé peut aussi poser des questions d'ordre éthique : comment concilier les intérêts du privé et de l'associatif ? Quels sont les intérêts communs permettant de concrétiser les partenariats (stratégie gagnant-gagnant) ?

En conclusion de cet atelier, les participants se sont attachés à déterminer les pistes et les actions à développer pour pouvoir aller plus loin dans l'articulation entre les secteurs marchand et non-marchand, ce qui a donné, par ordre de priorité :

- réaliser une étude des besoins des habitants et des entreprises (définir quels sont ces besoins et identifier ce qui existe déjà comme études) ;
- identifier les projets « dormants » en attente de porteurs ;
- identifier et développer un langage commun entre ces deux secteurs (le monde associatif local estime en effet ne pas avoir identifié les liens, les points de rencontres possibles et le langage à utiliser lorsqu'il s'adresse au monde de l'entreprise).

Points forts de la matinée et perspectives

De manière générale, différents éléments ressortent des deux ateliers :

Deux questions fortes sont à traiter : comment passer de l'état de zone à la capacité de territoire en projet, et comment permettre aux habitants de devenir acteurs du développement de leur territoire ?

Cette matinée de rencontres a également permis d'identifier les facteurs de réussite présents aujourd'hui : présence d'espaces publics (centres culturels par exemple), présence de catalyseurs (les fondations, les centres culturels), présence de réseaux (Plan de Prévention et de Proximité, CPAS...), présence d'un tissu éducatif, dynamisme associatif.

Les facteurs de réussite ont également pu être identifiés :

- un inventaire des besoins ;
- une identification des projets dormants ;
- une évaluation de l'existant ;
- une identification des personnes relais légitimes entre les acteurs de projets et les citoyens ;
- une ouverture de nouveaux espaces publics (lieux de paroles, articulation entre démocratie représentative et démocratie participative) ;
- une implication du secteur privé ;
- un décloisonnement ;
- un plan de formation.

Suite à cette matinée de rencontres, les participants se sont donnés pour tâche, de poursuivre les objectifs suivants :

- favoriser l'émergence d'un langage commun ;
- ouvrir une plate-forme d'échanges : rencontres deux ou trois fois par an, avec mise en commun des ressources et informations détenues par chacun, afin de créer un réseau multisectoriel ;
- soutenir l'émergence des activités en économie sociale ;
- constituer, à terme, un capital social local.

La matinée s'est terminée par la programmation d'une nouvelle rencontre dont le but était de préciser l'engagement des acteurs et d'enrichir la réflexion par la présence d'autres acteurs locaux. Il a également été souhaité de mettre en commun les données dont chacun dispose pour créer un centre de ressources à destination du territoire de la Botte du Hainaut (à cette fin, définir les modalités pratiques : quelles données, comment, sur quelles thématiques...), et de mettre au point un processus de rencontres et de rapprochements entre les secteurs marchand et non-marchand (à cette fin, définir un langage commun et identifier les points de convergences possibles).

Philippe Mouyart, chargé de projets au Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin

Adresse de l'auteur : av Général Michel 1B, 6000 Charleroi

³ Le compte-rendu complet de cette matinée est téléchargeable sur le site www.clpsct.org

Partages : un jeu coopératif pour la santé

Description

Le but de ce jeu coopératif est de réussir à compléter ensemble un mât en y plaçant cinq personnages représentant chacun un continent. Chaque personnage doit être précédé sur le mât par quatre perles de couleur différente, obtenues par une réponse raisonnée et concertée à une carte question.

Les objectifs du promoteur du jeu sont de favoriser la communication sur la santé, la loi, les comportements de consommation et les conduites à risque entre les enfants et entre adultes et enfants; amener les enfants à prendre conscience de leurs représentations et attitudes par rapport à la santé et la loi; apprendre aux enfants à coopérer pour élaborer une réponse, atteindre un but; offrir des pistes aux adultes pour aborder les comportements de consommation et les conduites à risque avec des enfants.

Le jeu se joue entre enfants (8 à 13 ans), mais toujours accompagnés d'un ou plusieurs adultes, professionnels-relais (enseignants, médecins, infirmières, éducateurs, animateurs, etc.), ou autres adultes-relais.

Il a une double ambition : respecter une approche globale et positive de la santé qui se fonde sur les déterminants de santé et les intérêts immédiats des enfants, et permettre à des intervenants non spécialisés de participer à la démarche préventive. L'association promotrice du jeu met en place des formations à son utilisation, et des pistes pour poursuivre le travail visant le développement des compétences psychosociales initié

par le jeu. Elle organise aussi des réunions d'information et d'échanges d'expériences.

Enfin, un « Livret d'activités pour le développement des compétences psychosociales chez des enfants de 8 à 10 et de 11 à 13 ans » est diffusé auprès des utilisateurs du jeu et dans le cadre des formations d'acteurs et de professionnels-relais.

Contact : Association Partages 51, Micheline Mathieu-Vermete, Cours Langlet 28, F-51100 Reims, France.

Tél.: +3 26 36 67 60. Fax : +3 26 47 38 56.

Courriel : partages51@wanadoo.fr.

L'avis des experts

La cellule d'experts de l'Outilthèque-santé¹ 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

Outil particulièrement attractif et original réalisé de façon artisanale (Centre d'aide par le travail), nécessitant toutefois un temps d'appropriation assez long. Complet, il offre à la fois des repères méthodologiques et des documents d'évaluation, pour

¹ 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 participants et l'animateur. Particulièrement cohérent et adapté à une utilisation en groupe, il favorise les dynamiques participatives et concertées. Les différentes catégories de cartes (vivre ensemble, choisir, s'informer, se connaître, situations) facilitent l'expression des représentations sur la santé, envisagée comme un tout, et la loi.

Utilisé dans son ensemble ou en sélectionnant une catégorie de cartes, l'outil peut servir à introduire un projet-santé dans les communautés scolaires. Il propose en outre des pistes pour le mener à bien (exemples réalisés et personnes-ressources).

Objectifs

- Communiquer sur la santé, la loi, les comportements de consommation et les conduites à risque entre les enfants et entre adultes et enfants.
- Prendre conscience de ses représentations et attitudes par rapport à la santé et la loi.

Public cible

Enfants entre 8 et 13 ans.

Utilisation conseillée

Trier les questions pour commencer par les plus simples qui facilitent l'expression des participants. S'assurer de la correspondance des couleurs des cases du plateau de jeu avec celles des cartes. Nécessite un animateur, connu du groupe, et sensibilisé à la notion de représentations de la santé. Il doit favoriser l'expression de celles-ci sans juger ou sanctionner les réponses qui ne correspondent pas à sa vision de la santé.

LU POUR VOUS

Comprendre la sécurité sociale pour la défendre

Sur quels fondements la sécurité sociale s'est-elle développée ? Quelles sont les finalités de l'Etat social actif, notamment dans le contrôle et l'accompagnement des chômeurs ? Allonger les carrières est-il la solution face à l'impact du vieillissement ? Pourquoi et comment s'opposer à la privatisation croissante de la protection sociale ? Comment mieux financer la sécurité sociale ? Pourquoi doit-elle rester fédérale ? Quelles sont les conceptions du modèle social qui s'opposent dans le débat actuel ?

Voilà quelques-unes des questions auxquelles le livre de Patrick Feltesse et Pierre Reman apporte des éclairages fort complets.

La sécurité sociale contribue à limiter les inégalités et à fonder la cohésion sociale. En dépendent l'accès de

tous à des soins de santé de qualité et l'assurance d'une certaine sécurité d'existence, dans une société plus largement confrontée à la compétition économique.

Cependant, le risque existe d'une déconstruction progressive. C'est pourquoi cet ouvrage veut promouvoir la participation du plus grand nombre à la défense des valeurs et de l'efficacité de ce système, en facilitant la connaissance de base et la compréhension des enjeux actuels, ainsi que le travail de formation et d'éducation permanente. Car comprendre la sécurité sociale pour la défendre face aux tendances actuelles, cela commence par la découverte des enjeux actuels sur des questions aussi fondamentales que la santé, le travail, la sécurité sociale et la solidarité.

Le lecteur, l'enseignant, le formateur, pourront trouver une information à la fois fiable, synthétique et suffisante, sur chacun des sujets traités (exposés descriptifs et textes de réflexion). Ainsi, ce livre pourra contribuer à lancer des débats dans les associations, les mouvements syndicaux et mutuellistes, les écoles et les multiples réunions auxquelles les citoyens participent, grâce à une vingtaine de fiches explicatives, doublées par des contributions qui visent à lancer le débat.

FELTESSE P., REMAN P., *Comprendre la sécurité sociale pour la défendre, Couleur Livres, 2006, 232 p., 24 euros.*

1. Comprendre la sécurité sociale pour la défendre

La sécurité sociale, une solidarité plurielle ?

2. Qu'est-ce que la sécurité sociale ?

Faut-il opposer assurance et solidarité ?

3. Les origines de la sécurité sociale

La sécurité sociale a-t-elle fait son temps ?

4. La sécurité sociale contemporaine

Trop généreuse, la sécurité sociale ?

5. La sécurité sociale dans la crise

Pourquoi la crise ?

6. De la modernisation au projet d'Etat social actif

Vers un changement de modèle ?

7. L'Etat social actif face aux différentes stratégies de protection sociale

Croiser les regards sur la protection sociale

8. L'Etat social actif : une mise en œuvre dans l'ambiguïté

Le modèle social en débat

9. Le financement de la sécurité sociale

Bientôt une CSG et une contribution plus significative du capital ?

10. La sécurité sociale et la redistribution des revenus

Une sécurité sociale plus sélective

11. La sécurité sociale et la question du « genre »

Individualiser les droits sociaux ?

12. Les pensions

La solidarité a-t-elle besoin de piliers ?

13. L'assurance-chômage et l'indemnisation des formes d'aménagement du temps de travail

Pourquoi contrôler davantage les chômeurs ?

14. Les accidents de travail et les maladies professionnelles

Les risques du travail : de la réparation à la prévention

15. L'AMI - l'assurance indemnités

Pourquoi la liaison au bien-être est-elle capitale ?

16. L'AMI- l'assurance soins de santé

Comment reconnaître et contrer la privatisation de la protection sociale ?

17. Les allocations familiales

Défédéraliser la sécurité sociale ?

18. Les partis politiques et la sécurité sociale
Conceptions progressiste et conservatrice de la sécurité sociale

19. L'impact du vieillissement de la population

Allonger les carrières, est-ce la solution ?

20. La sécurité sociale et l'Europe

La compétence et l'action de l'Union européenne dans le domaine de la santé

21. Les dépenses de la sécurité sociale

La charte de Bangkok

Vingt ans après la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé qui a été considérée jusqu'à ce jour comme une référence pour le développement des actions en promotion de la santé, une nouvelle charte a vu le jour en août 2005, à Bangkok¹.

Dans ce contexte, le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS)² vient de publier un ouvrage regroupant une douzaine de textes originaux autour du contenu de la Charte de Bangkok. Chaque auteur présente son analyse en lien avec sa pratique ou ses champs d'intérêt. La diversité des points de vue réunis dans un même document favorise ainsi la poursuite des échanges sur le sujet en vue de la consolidation de la promotion de la santé dans un monde qui en a tant besoin.

Les Belges francophones et les Québécois ont largement contribué à cette compilation, où les Français brillent par leur absence...

Ce petit livre s'avère bien utile pour mieux comprendre les enjeux actuels et futurs de la promotion de la santé en francophonie.

Je vous recommande en particulier le texte 'Le profit de la santé et la santé du profit : de l'analyse discursive à l'examen des faits', de **Christian Desilets**, un plaidoyer pour la mondialisation heureuse qui a au moins le mérite de faire débat...

CDB

van STEENBERGHE, E. et ST-AMANT, D. (sous la coordination) (2006) *Charte de Bangkok : ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé ? Montréal, Collection*

« Partage », Réseau francophone international pour la promotion de la santé, 94 pages. Prix : 8 \$ (5 \$ tarif préférentiel pour les membres du REFIPS). Pour information ou pour passer une commande : ameriques@refips.org

¹ Education Santé y a largement fait écho dans ses numéros 208 et 215 de janvier et septembre 2006.

² Le REFIPS est un lieu d'échange et d'entraide pour les professionnels de la santé intéressés par la promotion de la santé de leurs communautés respectives. Ses membres sont répartis sur une trentaine de pays en francophonie, qui partagent un intérêt pour l'émergence de conditions favorables à la santé de leurs populations, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition de meilleures aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. Internet : www.refips.org

Mon quartier en noir et blanc

A partir des lieux, des noms de rue du quartier Matonge-Blyckaert-Malibran à Ixelles, les habitants ont élaboré un parcours imaginaire et plein de santé. Ce projet original de réappropriation d'une commune bruxelloise pleine de vie et d'une grande richesse (pluriculturelle), piloté par **Bénédicte Meiers** (Question Santé) a donné naissance à un beau livre de photos, poèmes et récits intitulé 'Est-

ce que par hasard vous auriez vu un petit songe'.

Il est complété par un documentaire sonore sur CD 'A l'école des uns et des autres' qui donne un caractère concret aux travaux d'ateliers de photo et d'écriture qui forment la trame du projet.

Cette réalisation a bénéficié du soutien de la Communauté française, de la Commune et du CPAS d'Ixelles, et s'inscrit dans l'initiative Quartier de

vie de la Fondation Roi Baudouin.

'Est-ce que par hasard vous auriez vu un petit songe', livre de 160 pages + CD 'A l'école des uns et des autres' peut être commandé à education.permanente@questionsante.be.

Il coûte 10 euros à verser au compte triodos 523-0410913-96 de Question Santé asbl avec la mention MQNB.

La prescription des antidépresseurs en Belgique

Entre 1997 et 2004, la prescription des antidépresseurs a presque doublé en Belgique, passant de 109 millions à 199 millions de doses journalières. En 2004, 11,3% des Belges se sont vus prescrire un antidépresseur. Ce phénomène n'est pas spécifique à notre pays, nos voisins européens sont confrontés à la même situation.

Paradoxalement, les études soulignent à la fois une prise en charge insuffisante des troubles dépressifs et en même temps un recours parfois trop rapide au traitement médicamenteux et une prescription parfois en dehors des indications. Les spécialistes s'accordent pour parler plutôt d'un « dysfonctionnement » de la prescription que de surconsommation.

Un partenariat pour une plus grande performance

Les mutualités disposent d'informations précises et d'une expertise qui peuvent se révéler utiles dans le cadre d'une aide à l'évaluation tant sur le plan global qu'au niveau individuel. La volonté de la Mutualité socialiste est de se positionner en partenaire des prestataires de soins et des administrations concernées de manière à contribuer à améliorer les performances de notre système de soins de santé tant au niveau de l'accessibilité aux soins que de leur qualité.

C'est dans cet esprit que s'inscrit cette étude : apporter des éléments complémentaires d'évaluation de la prescription d'antidépresseurs sur base des données relatives aux affiliés de la Mutualité socialiste.

Des résultats intéressants et surprenants

Dans un premier temps, l'étude souligne que les antidépresseurs coûtent cher à l'INAMI (7,2% du budget des spécialités pharmaceutiques) et au patient qui prend à sa charge 24% du coût total des antidépresseurs (contre 19% pour l'ensemble des spécialités). Le coût important à charge du patient s'explique en partie par un taux relativement faible de prescription de molécules « bon marché » (génériques, copies ou originaux ayant diminué leur prix) : 17,2% alors que potentiellement 49% des prescriptions pourraient être des molécules moins chères. Cinq molécules concentrent 70% des volumes et 79% des dépenses. Ces dernières années, on assiste même à une substitution vers des molécules plus chères.

Les résultats montrent ensuite que la crois-

sance des antidépresseurs est essentiellement une croissance en volume qui s'explique à part égale par une augmentation des patients traités et des quantités prescrites par patient. Ainsi, 11,5% de la population affiliée à la Mutualité socialiste se sont vus prescrire au moins un antidépresseur en 2004. Pour la population de 18 ans et plus, la proportion est de 14,5%. Or, selon les enquêtes, 2 à 4% de la population belge adulte, seraient traités par antidépresseurs dans les indications de dépression.

L'analyse des caractéristiques socio-économiques et démographiques des patients sous antidépresseurs révèle des résultats globalement cohérents avec les enseignements de la littérature quant aux prévalences de dépressions parmi la population.

Ainsi, par exemple, il y a deux fois plus de femmes que d'hommes sous antidépresseurs et ce pour toutes les tranches d'âge de la vie. 37% des invalides sont sous antidépresseurs, soit quatre fois plus que pour la population active sans période d'invalidité, ce qui est cohérent avec le constat fait par ailleurs que les troubles mentaux sont la première cause d'entrée en invalidité. Il y a plus de chômeurs sous antidépresseurs que d'actifs et cette proportion augmente avec la durée du chômage.

Il y a également davantage de patients sous antidépresseurs parmi les personnes bénéficiant de l'intervention majorée, ce qui au-delà d'une plus grande morbidité, reflète probablement également un problème d'accessibilité financière des populations socio-économiquement défavorisées aux traitements alternatifs non médicamenteux (psychothérapie, thérapie cognitive, comportementale...). Enfin, une personne sur deux hébergées en maison de repos se voit prescrire des antidépresseurs, soit quatre fois plus que pour les personnes non institutionnalisées. Même en corrigeant pour l'âge, le sexe et le statut BIM, il subsiste un rapport de un à trois.

Enfin, l'étude a suivi pendant trois ans la prescription d'antidépresseurs à 129.322 patients ayant commencé un traitement en 2002. Les chiffres montrent que 60% de ces patients ont arrêté leur traitement avant trois mois et que 49% se sont vu prescrire une seule boîte, ce qui correspond généralement à un mois de traitement. Pour le traitement d'un épisode aigu de dépression, on suggère un traitement d'une durée de 6 à 7 mois minimum. Le fait que la moitié des patients qui commencent un traitement par antidépresseurs se voient prescrire une seule boîte pose de nombreuses questions

et invite dès lors à s'interroger soit sur le diagnostic posé, soit sur le type de prise en charge de la dépression.

Relevons enfin que l'on observe deux fois plus de prescriptions uniques chez les médecins généralistes que chez les médecins spécialistes. Ceci traduit la difficulté de la prise en charge de la dépression en première ligne davantage confrontée que la deuxième à des patients atteints de formes de dépression légère ou modérée plus difficiles à diagnostiquer qu'une dépression sévère répondant à un ensemble de critères précis.

Quelques pistes

Ces résultats montrent qu'il serait indiqué de rappeler que les antidépresseurs n'ont pas prouvé leur efficacité dans le traitement de la dépression mineure et que la plupart des auteurs préconisent en première intention une période d'observation avec entretiens réguliers d'accompagnement du patient. Par la suite, la préférence va aux traitements non médicamenteux, notamment de courtes périodes de thérapie cognitive comportementale.

La première ligne joue un rôle important dans la prise en charge des troubles dépressifs. Trois quarts des patients traités par antidépresseurs se voient prescrire leur médicament par leur médecin généraliste. Il importe d'encourager la prise en charge non médicamenteuse de la dépression en première ligne. Ceci passe notamment par le renforcement de la formation des médecins généralistes dans le domaine des techniques de thérapie cognitive non comportementale. Il serait également utile de développer au niveau local des services d'appui multidisciplinaire à la première ligne dans la prise en charge de la dépression – et plus largement des troubles mentaux – mettant à disposition des médecins généralistes toutes les informations tant théoriques que pratiques sur les soins et facilitant l'accès aux ressources thérapeutiques existantes.

Référence : Michel BOUTSEN, Jean-Marc LAASMAN, Nadine REGINSTER, *Données socio-économiques et étude longitudinale de la prescription des antidépresseurs*, Unms Direction Etudes, mai 2006. Etude téléchargeable sur le site www.mutsoc.be.

D'après un communiqué de presse de la Mutualité socialiste

Epilepsie

Bruxelles

1^{er} mars 2007

Conférence-débat *Epilepsies, diagnostics et traitements*, par le D^r Benjamin Legros, épiléptologue.
Lieu : avenue Albert 135, 1190 Bruxelles.
Renseignements et inscriptions : *Ligue francophone belge contre l'épilepsie*, tél. 02 344 32 63 ou courriel info@ligueepilepsie.be.

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-St-Pierre.
Pour tout renseignement : tél. 02 512 41 74, fax 02 512 54 36 ou info@questionsante.org.

Maltraitance personnes âgées

Liège

29 et 30 mars 2007

Colloque international francophone *Aider les aidants. Prévenir la maltraitance des personnes âgées*, organisé par le CAPAM (Centre d'aide aux personnes âgées maltraitées).
Lieu : Palais des congrès de Liège.
Tarif : 65 € pour les deux jours. Inscription en ligne sur www.capam.be.
Renseignements : CAPAM, rue du Couvent 1060, 4020 Liège. Tél.: 04 345 09 75. Fax : 04 345 09 73.
Courriel : capam@capam.be

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

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^e 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. Site Internet : <http://www.prospective-jeunesse.be>*

Offre d'emploi

L'APES-ULg (Appui en Promotion de la santé et Education pour la Santé - Service de Santé au Travail et d'Education pour la Santé - Ecole de Santé Publique de l'Université de Liège) recrute **un chercheur (m/f)** dans le domaine de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé et de la médecine préventive pour un emploi à temps plein d'un an renouvelable.

En particulier

- pour collaborer au développement de la promotion de la santé dans les écoles et dans les services de santé scolaire (services PSE);
- pour animer des formations et assurer un soutien en matière de méthodes d'intervention et d'évaluation auprès d'intervenants de proximité;
- pour organiser des travaux en concertation auprès de praticiens, chercheurs et acteurs institutionnels dans le cadre du développement de programmes de promotion de la santé et de médecine préventive.

Profil souhaité

- formation universitaire en sciences humaines et sociales et/ou en santé publique;
- expérience(s) dans l'enseignement ou la formation, dans le domaine de l'action sociale ou de la prévention;
- attrait pour le travail en équipe pluridisciplinaire;
- attrait pour la recherche scientifique et l'investigation bibliographique;
- capacité de synthèse et de rédaction;
- pratique de l'anglais;
- maîtrise courante des logiciels de bureautique.

Des compétences en statistique, la pratique d'une troisième langue, la possibilité de déplacements à l'étranger, sont autant d'atouts propres à valoriser votre candidature.

Les candidatures motivées, accompagnées d'un CV, sont à envoyer pour le 8 février 2007 à l'attention de Chantal Vandoorne, directrice de l'APES-ULg, soit par courriel au stes.apes@ulg.ac.be, soit par courrier à APES-ULg, Sart Tilman B23, 4000 Liège
Vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires en vous adressant à Chantal Vandoorne (Tél 04 366 28 97 - courriel chantal.vandoorne@ulg.ac.be).

Projets de service PSE et PMS

Dans le dernier numéro d'*Education Santé*, Tien Nguyen présentait la démarche proposée par le CLPS du Hainaut Occidental pour soutenir une équipe PSE dans l'élaboration du projet de service.

La notion de projet de service a été introduite officiellement par le décret du 20 juillet 2006. Au-delà d'une obligation administrative, le projet de service semble ouvrir des possibilités pour les équipes de réfléchir de manière constructive et structurée à une évolution de leurs pratiques professionnelles. L'exemple développé par Tien Nguyen est illustratif de la mobilisation de nombreuses équipes PSE et de nombreux intervenants en promotion de la santé autour du projet de service avant même que le cadre légal et administratif n'en soit totalement établi.

Ce cadre légal et administratif devrait être fixé sous peu sous la forme d'un **arrêté** définissant le contenu et les modalités du projet de service, notamment une « Grille de développement » (autre nom pour le canevas présenté dans l'article cité plus haut). Cet arrêté, et en particulier la grille de développement, sera expliqué plus en détails dans une **circulaire**.

Ces deux documents ont fait l'objet d'une préparation intensive par la Commission Promotion de la santé à l'école, sur la base d'une synthèse, réalisée par l'APES-ULg, des projets de service existant en date du 30 juin 2006. Par conséquent la « Grille de développement » officielle recoupera certainement une série d'initiatives préalables en matière de canevas de projet de service, sans cependant s'y superposer totalement.

Enfin, il importe de noter que les divers organismes (CLPS et autres) susceptibles de soutenir les PSE dans la rédaction de leur projet de service, se réunissent régulièrement depuis octobre dernier, afin de confronter leurs représentations et leurs pratiques de promotion de la santé aux obligations légales et administratives en matière de projet de service... le tout dans le but d'offrir aux équipes PSE et PMS un appui de la meilleure qualité possible, une fois fixés l'arrêté et la circulaire.

Ces deux textes seront très prochainement disponibles pour les équipes PSE/PMS. Rendez-vous dans un prochain numéro d'*Education Santé* pour les découvrir plus avant!

Chantal Vandoorne et Sophie Grignard, APES-ULg



Dossier : la promotion de la santé à l'épreuve des territoires

Introduction

Développer une approche territorialisée de la santé, *Éric Le Grand, Anne Laurent-Beq*

Définir le territoire. Territoire, vous avez dit territoire ?

Agir à l'échelon des territoires : une évidence, des risques, *Olivier David*
« Terre Humaine » : les territoires de l'ethnologue, *Nicolas Adell-Gombert*

Des politiques publiques à l'échelle d'une région

Santé publique : la Bretagne articule plan régional et projet territorial, *François Petitjean*
L'enjeu des politiques de santé en région, *François-Paul Debionne*
Territorialisation : s'en emparer plutôt que la subir!, *Patrick Berry*

Des territoires, des actions, des métiers

La ville d'Évreux expérimente la santé publique de proximité, *Guy Lefrand, Christine Lefebvre, Jeannine Pommier*
Le Pays de Saverne développe son projet territorial de santé, *Céline Delaplace*
Les Vosges : vers des territoires en santé, *entretien avec Delphine Gillet et Grazia Mangin*
Le projet éducatif territorial : un outil dans le champ de l'enfance et de la jeunesse ?, *Arnold Bac, Damien Raymond*
Quelques ressources complémentaires

Rubriques

Qualité de vie

Classeur Alimentation Atout Prix : un outil d'intervention auprès des populations précarisées
Une démarche de promotion de la santé, *Bruno Housseau*
Mieux prendre en compte les facteurs psychologiques et sociaux, *Dominique Poisson*

Une réactualisation fondée sur l'expertise scientifique, *entretien avec Béatrice Sénémaud*
Comment les travailleurs sociaux sont devenus coauteurs du classeur, *entretien avec Catherine Frey et Annie Moissette*
Développer des interventions centrées sur la notion de plaisir, *Yves Géry*
Etude Abena : une situation alimentaire critique pour les bénéficiaires de l'aide alimentaire, *Katia Castetbon, Christine César, Valérie Deschamps*

La santé à l'école

Éducation à la santé : l'enseignement agricole prend les devants, *Eve Lê Quang, Anne-Marie Servant*

Éducation du patient

À quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient ?, *Brigitte Sandrin Berthon*

La santé en chiffres

Les consommations des adolescents : la France, élève moyen de l'Europe, *Stanislas Spilka, Christine Hassler, Delphine Morin, Stéphane Legleye, François Beck, Marie Choquet*

Cinésanté

« Brokeback Mountain », un film pour débattre d'homosexualité et d'amour, *Anne Vervier*

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

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

Internet : www.inpes.sante.fr

Sommaire

Initiatives

2007, une bonne année pour les non-fumeurs, par <i>Carine Maillard</i>	2
Que deviennent les patients dépistés à risque cardio-vasculaire ? <i>Valérie Hubens et Jean Laperche</i>	4
Surdité : une nouvelle initiative en matière de dépistage 22 communes en forme	5
Maladies chroniques	6
	8

Réflexions

Et si vos objectifs en promotion de la santé étaient invouables ? <i>Jacques A Bury</i>	9
--	---

Stratégie

Le Plan national nutrition santé belge vu par le Conseil supérieur de promotion santé	11
---	----

Locale

Qualité de vie et développement, par <i>Philippe Mouyart</i>	14
--	----

Outils

<i>Partages</i> , un jeu coopératif pour la santé	16
---	----

Lu pour vous

Comprendre la sécurité sociale	16
Les francophones et la charte de Bangkok	17
Mon quartier en noir et blanc	17

Données

Les antidépresseurs en Belgique	18
---------------------------------	----

Brèves

19

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 : Martine Bantuelle, Jacques A. Bury, Valérie Hubens, Jean Laperche, Carine Maillard, Philippe Mouyart.

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, Véronique Janzyk, 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

Courriel : education.sante@mc.be

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse : www.pipsa.org

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – www.arsc.be

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

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

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



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