



Promotion de la santé chez les personnes âgées en pages 3 à 5

Sodas et snacks sucrés à l'école : le regard de Kroll

Le souci légitime de promouvoir la santé des enfants conduit parfois à des décisions et interdictions radicales, voire même contre-productives. Voici le commentaire du dessinateur Pierre Kroll, dont le point de vue décapant sur la vie politique et sociale belge nous remplit souvent d'aise. Cette planche est parue initialement dans le 'Téléoustique' du 12 janvier 2005.



Promotion de la santé chez les personnes âgées : les chutes

Un public prioritaire

Le vieillissement de la population est une réalité qui touche de nombreux pays industrialisés. Les indicateurs démographiques des pays occidentaux enregistrent un vieillissement des populations lié d'une part à l'allongement de l'espérance de vie et d'autre part à une baisse importante du nombre de naissances.

En Belgique on observe un accroissement de la population des plus de 60 ans¹. De 1960 à 2000 le nombre de personnes de plus de 60 ans est passé de 1 652 000 à 2 235 000. En 2030 on estime que la population des 60 ans et plus sera de plus de 3 000 000, soit environ 30 % de la population générale.

Cette évolution démographique nécessite des adaptations tant au niveau économique que social et sanitaire.

Dans cette perspective, la santé des personnes âgées devient une priorité encore plus importante.

La promotion de la santé est en effet le processus qui permet aux seniors de réaliser leur potentiel de bien-être physique, social et mental et de s'impliquer dans la société selon leurs besoins, leurs souhaits, leurs capacités tout en jouissant d'une protection, d'une sécurité et de soins adaptés lorsqu'ils en ont besoin.

L'OMS utilise l'expression 'vieillir en restant actif'. L'idée d'un vieillissement actif procède d'une reconnaissance des droits des personnes âgées et des principes d'indépendance, de participation, de dignité, d'assistance et d'épanouissement de soi consacrés par les Nations Unies.

Les priorités de santé chez les personnes âgées

Les principales causes de décès varient avec l'âge.

Au-delà de 65 ans les maladies cardio-vasculaires occupent la première place devant les tumeurs et les maladies de l'appareil respiratoire.

En ce qui concerne la morbidité, les personnes âgées présentent des affections plus particulières à leur âge (glaucome, ostéoporose...) et souffrent davantage de complications de maladies chroniques (diabète...).

Ainsi dans la population des 65 ans et plus, la prévalence de la démence est estimée entre 9 et 10 %.

En ce qui concerne les traumatismes, il y a eu en 1999, selon le système EHLASS, 1116 accidents chez les 65 ans et plus, soit 8 % de l'ensemble des traumatismes. Parmi ces accidents, 75 % sont des chutes.

Selon une revue des études randomisées contrôlées², chaque année parmi les personnes de plus de 65 ans, 30 à 50 % font une chute.

Les chutes représentent donc une cause importante de mortalité et de morbidité chez la personne âgée.

Les chutes chez les personnes âgées

La définition de la chute retenue dans les études épidémiologiques est la suivante :

'La chute correspond à l'action de tomber au sol indépendamment de sa volonté'³.

Pour beaucoup de seniors la chute constitue l'événement déclencheur d'une perte de mobilité et d'autonomie. Si les conséquences physiques d'une chute sont extrêmement variables, l'impact psychologique qui se traduit par une perte de confiance en soi est quasiment systématique. Cette perte de confiance en soi peut parfois accélérer le déclin des capacités fonctionnelles.

Chez les personnes âgées, 20 % des chutes donnent lieu à une intervention médicale et 10 % d'entre elles occasionnent une fracture⁴.

Le taux de récurrence dans l'année est également élevé. Une personne sur deux rechute.

Plus de 60 % des chutes se produisent au domicile.

Les chutes affectent donc la qualité de vie et sont coûteuses en termes de services de santé. L'état actuel des connaissances indique que les chutes trouvent leur origine dans une multitude de facteurs de risque.

La chute résulte d'une interaction complexe entre les facteurs de risque liés aux caractéristiques de l'individu, à ses comportements et à son environnement.

Les interventions de prévention des chutes chez les seniors

Il existe différents types d'intervention en direction des personnes âgées qui peuvent être mis en place dans une perspective de prévention des chutes. On distingue d'une part des interventions de promotion de la santé et de la sécurité, centrées sur la prévention primaire des chutes, qui permettent d'améliorer globalement l'état de santé des seniors, et, d'autre part, des interventions de prévention secondaire des chutes, centrées spécifiquement sur les facteurs de risque. Afin d'accroître l'efficacité des programmes de prévention des chutes, il est indispensable d'évaluer en premier lieu le risque de chute chez les personnes de 65 ans et plus.

En fonction de leur risque de chute, les seniors seront orientés vers l'intervention appropriée.

Le dépistage des personnes à risque de chute

Un dépistage du risque de chute devrait être effectué, une fois par an, auprès de toute personne âgée de 65 ans et plus.

Le dépistage des personnes à risque se fait en deux étapes. Il ne demande pas plus de dix minutes et peut être effectué par tout intervenant du secteur social, médical ou sanitaire.

1 Compendium de statistiques de la santé 2001, IBES

2 Gillespie LD and al, 'Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly', Cochrane library 2000, issue 1

3 Dargent-Molina, P et Bréart G., 'Epidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées', Revue d'épidémiologie et de Santé Publique, 1995; 43 (1) : 72-83

4 Prévention des chutes chez les personnes âgées, www.ssmg.be

5 Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, référentiel de bonnes pratiques, INPES, 2005

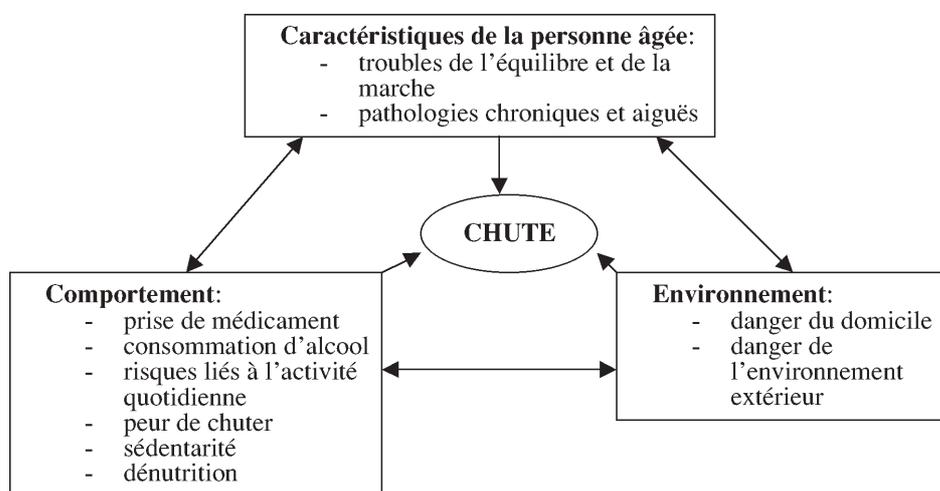


Figure 1 : les facteurs de risque des chutes⁵

Premier étape du dépistage : évaluation de la marche et de l'équilibre.

Muni d'une montre chrono, on demande à la personne âgée de se lever de sa chaise sans prendre appui sur les accoudoirs, de marcher trois mètres, de se tourner et de revenir s'asseoir. Les personnes réalisant ce test en plus de 14 secondes présentent un risque de chute⁶.

Deuxième étape du dépistage : évaluation de l'histoire de chute au cours de la dernière année. 'Etes-vous tombé durant la dernière année ? Combien de fois ?'

Le dépistage permet ainsi d'identifier le risque élevé, modéré ou l'absence de risque de chute chez la personne âgée.

Selon le résultat du dépistage, des recommandations peuvent être faites en terme de stratégies de prévention. Celles-ci vont du programme de prévention multifactoriel, personnalisé ou non, aux interventions communes.

Cependant pour toutes les personnes de plus de 65 ans, il est conseillé de proposer un programme de promotion de la santé et de la sécurité.

Promotion de la santé et de la sécurité chez les personnes de 65 ans et plus

La chute ayant des déterminants multiples et interactifs, liés tant à la personne qu'à son environnement, les interventions proposées à cette population âgée dépistée sans risque majeur de chute, doivent viser la santé globale et s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé.

Cette promotion de la santé et de la sécurité peut être assurée par de nombreux intervenants : les professionnels de la santé, les intervenants sociaux et bien d'autres encore et se concrétiser en plusieurs types de stratégies.

Informé, conseiller et orienter

Il s'agit de mettre à la disposition des personnes âgées et de leur entourage des informations scientifiquement validées sur les facteurs de risque de chute, les moyens de prévention et les services de santé aptes à conseiller ou orienter sur cette question.

Certains comportements de santé⁷, qui ont un effet bénéfique sur la santé en général et sur la prévention des chutes, peuvent être rappelés, comme par exemple :

- la pratique d'une activité sportive : trente minutes d'activité physique par jour permettent de maintenir sa forme et de prévenir plusieurs pathologies et incapacités fréquentes durant la vieillesse ;
- une alimentation équilibrée : la dénutrition et la déshydratation contribuent à un état de faiblesse général et peuvent précipiter la survenue des chutes ;
- une faible consommation d'alcool : chez la

personne âgée la tolérance à l'alcool est plus faible⁸. Par conséquent le seuil fixé est de 1 verre par jour. La consommation abusive d'alcool est associée à un risque accru de traumatismes et de fractures ;

- le bon usage des médicaments : l'association entre l'augmentation du risque de chute et le nombre total de médicament a été démontrée. Dans la mesure du possible il faut éviter la polymédication. De plus, les aînés, en raison de problèmes de vision ou de perte de mémoire peuvent se tromper dans la prise de leur médicament. Proposer des outils de gestion ou d'observance comme le pilulier permet la responsabilisation du senior et un suivi par les professionnels de la santé ou l'entourage ;

- la sécurité du domicile : conseiller de porter des lunettes appropriées, des chaussures adaptées, tenir la rampe d'escalier, installer un éclairage suffisant, un sol non glissant...

Eduquer et rendre acteur

Il s'agit de développer les aptitudes personnelles des personnes âgées pour qu'elles agissent dans un sens favorable à leur santé et à leur sécurité. Cette démarche éducative passe par l'identification et la prise en compte des représentations, des croyances et des compétences préalables de la population.

Les actions sont mises en œuvre localement et peuvent être réalisées par différents acteurs (professionnels de santé, associations d'usagers, travailleurs sociaux, groupes d'entraide).

Créer des milieux favorables

Cela consiste à agir sur l'environnement physique (domicile, extérieur)⁹ et socio-économique des aînés.

Par exemple, une sensibilisation à la question des dangers du domicile peut être réalisée auprès des architectes et des constructeurs afin que les logements construits soient plus adaptés à la situation des personnes âgées.

Une série d'interventions peuvent être réalisées pour limiter les risques de chute en lien avec l'environnement extérieur comme par exemple : éliminer les aspérités sur les trottoirs, signaler les marches ou les dénivelés... Ces modifications nécessitent la participation active des communautés locales.

Les interventions multifactorielles

Les personnes âgées qui ont chuté durant la dernière année et/ou qui ont des troubles de l'équilibre et de la marche présentent un risque accru de chute.

Pour être efficaces, les interventions proposées doivent cibler plusieurs facteurs de risque en parallèle, autrement dit être 'multifactorielles'. Dans l'état des connaissances actuelles on a pu mettre en évidence certains facteurs de risque sur les chutes :

- les troubles de l'équilibre et de la marche ;
- les pathologies chroniques ou aiguës pouvant engendrer des troubles de l'équilibre, une fragilité osseuse ;
- la polymédication ;
- les dangers de l'environnement ;
- la dénutrition et les carences vitaminiques et calciques ;
- l'abus et le mésusage de l'alcool ;
- la prise de risque dans les activités quotidiennes.

Les résultats les plus efficaces ont été trouvés pour les interventions qui ciblent quatre ou cinq de ces facteurs de risque maximum.

On distingue deux types d'interventions multifactorielles selon le degré de risque de chute de la personne âgée.

L'intervention multifactorielle non personnalisée

Elle est recommandée aux personnes à risque modéré de chute.

Elle s'adresse à l'ensemble des personnes âgées admises dans le programme et se propose d'agir sur quelques facteurs de risque sélectionnés parmi les plus importants (voir liste ci-dessus) et non en fonction du profil de risque de chaque participant.

Chaque personne âgée ne présente pas forcément tous les facteurs de risque visés par les stratégies retenues dans le programme.

Par exemple, la création d'ateliers d'équilibre s'inscrit dans le cadre d'une telle intervention. Il s'agit d'un programme de santé qui cherche à préserver, améliorer et restaurer la fonction d'équilibration et d'autonomie de la personne âgée. Cette prévention repose en particulier sur le maintien d'un bon équilibre postural mais également nutritionnel, psychique et relationnel et sur l'adaptation de l'environnement. De tels ateliers ont été créés entre autres en France, au Canada et donnent d'excellents résultats.

L'intervention multifactorielle personnalisée

Elle est proposée aux personnes à risque élevé de chute.

Cette intervention débute par une évaluation approfondie du risque de chute de chaque personne âgée admise dans le programme.

Les interventions proposées seront ensuite individualisées en fonction du profil de risque de chaque personne.

6 Bischoff H.A., Stahelin H.B. and al, 'Identifying a cut-off point for normal mobility : a comparison of the timed up and go test in community-dwelling and institutionalised elderly women', *Age Ageing*, 2003 ; 32(3) : 315-320

7 AGS, BGS et AAOSPEP, 'Guideline for the prevention of falls in older persons', *Journal of American Geriatric Society*, 2001, vol 49 : 664-672

8 O'Connell and al, 'Alcohol use disorders in elderly people : redefining an age old problem in old age', *BMJ*, 2003 ; 327 :664-667

9 Sattin RW and al, 'Home environmental hazards and the risk of fall injury events among community-dwelling older persons' *Journal of the American Geriatrics society*, 1998 ; 46(6) : 669-679

Les priorités de la Communauté française de Belgique

La Communauté française a retenu comme problématique de santé prioritaire notamment la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité.

Elle souligne que 'la prévention des chutes constitue un défi majeur compte tenu du vieillissement de la population' et définit les objectifs suivants : 'développer la capacité des professionnels de santé à évaluer les facteurs de risque de chute chez les personnes âgées, et favoriser la mise en œuvre des mesures de prévention reconnues efficaces' ainsi qu'intégrer aux pratiques des professionnels concernés des activités préventives, éducatives et de conseil portant sur la prévention des traumatismes'.

Dans ce cadre, le Ministère de la Communauté française finance un programme quinquennal

de promotion de la sécurité et de prévention des traumatismes mené par l'asbl Educa-Santé. Elle s'intéresse notamment à la promotion de la santé et de la sécurité des personnes âgées et a planifié une série d'actions auprès des seniors :

- d'une part l'institution a participé au sein d'un groupe de travail francophone à l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques relatif à la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile. Ce guide paraîtra début 2005 et servira de cadre de référence pour les interventions réalisées par l'asbl;
- d'autre part Educa-Santé poursuivra dans le cadre de son projet les quatre objectifs suivants :

- 1 intégrer l'identification des facteurs de risque de chute chez les seniors dans la pratique des intervenants;
- 2 informer la personne âgée sur les risques

de chute, les conséquences des chutes sur la santé et les ressources disponibles;

- 3 intégrer les exercices d'équilibre dans les activités sportives destinées aux seniors;
- 4 mener une intervention communautaire de promotion de la santé et de la sécurité chez les seniors. Elle intégrera les trois objectifs précédents ainsi qu'une participation communautaire en vue d'améliorer les milieux de vie des personnes âgées. Cette intervention sera évaluée afin d'en dégager les capacités d'extension et de transfert à d'autres lieux.

Martine Bantuelle et Marie-Christine

Van Bastelaer, Educa-Santé

Adresse des auteures : Educa-Santé,

1b avenue général Michel, 6000 Charleroi.

Internet : www.educasante.org

Substances chimiques : la société civile se mobilise!

R.E.A.C.H.: sous cet acronyme à la sonorité un peu inhabituelle, se cache un projet de règlement¹ européen sur les substances chimiques. R.E.A.C.H. signifie *registration evaluation and authorization of chemicals*, soit le projet de règlement relatif à l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation de mise sur le marché des substances chimiques.

Ce projet de règlement a fait l'objet de vifs débats. Son objectif est de mettre en place des procédures d'évaluation des substances chimiques utilisées dans l'Union européenne : plus de 100.000 substances circulent actuellement, entrant dans le processus de fabrication de nombreux biens de consommation courante. Pour 95 % d'entre elles, on ne sait rien de leur propriétés toxicologiques et des dangers qu'elles représentent... Or actuellement, l'autorité publique ne peut retirer une substance du marché qu'après avoir *elle-même* prouvé sa toxicité avec 100 % de certitude, ce qui est pratiquement infaisable et fait fi du principe de précaution. Reach propose d'inverser la charge de la preuve : désormais ce sont les industriels à qui il incombera de faire la démonstration de l'innocuité de leurs produits.

Car ces substances chimiques se retrouvent partout : le World Wildlife Fund² a ainsi retrouvé un total de 55 substances chimiques toxiques dans le sang des ministres européens de l'environnement! Parmi ces produits, certains sont utilisés dans les fauteuils traités pour résister au feu, les poêles anti-adhésives, les cartons à pizza anti-graisse, le PVC flexible ou dans certains parfums et pesticides. Bref dans des produits

courants qui se retrouvent dans nos maisons. Plusieurs de ces substances ont été interdites depuis des décennies, mais beaucoup d'autres sont toujours utilisées aujourd'hui.

Greenpeace qui poursuit également une campagne contre les substances chimiques dangereuses a analysé également les poussières des maisons et des bureaux³. L'étude conclut à une présence massive de substances chimiques dangereuses dans l'environnement domestique. Par exemple, l'étude montre que chaque gramme de poussière collectée en Belgique contient **en moyenne** à peu près 1 milligramme des 5 familles de substances étudiées (ester de phtalates, composés organoétains, retardateurs de flamme bromés, alkyl phénols et paraffines chlorées à chaînes courtes), substances qui sont bioaccumulables, peu biodégradables et potentiellement toxiques. La valeur maximale de 2,9 mg/g a été retrouvé au... Parlement européen mais les cabinets ministériels présentaient également des concentrations inquiétantes.

En Belgique, la société civile a souhaité également manifester son intérêt pour le programme européen REACH et a apporté ses remarques et ses revendications dans un manifeste rendu public fin 2004. Ce manifeste, écrit à l'initiative des quatre fédérations de protection de l'environnement (Inter-Environnement Wallonie, Inter-Environnement Bruxelles, Bond Beter Leefmilieu et Brusselse Raad voor het Leefmilieu), Greenpeace et WWF comporte 7 revendications :

- 1 Que l'autorisation de mise sur le marché ne soit accordée aux substances les plus dange-

reuses que si aucune alternative n'existe, c'est-à-dire que le **principe de substitution** soit obligatoirement appliqué.

- 2 Si cela n'est pas possible, l'autorisation ne peut être que temporaire et assortie de conditions strictes.
- 3 L'information fournie par l'industrie sur les produits doit être suffisante.
- 4 Le principe de *No data no Market* (pas de données pas de marché) doit être appliqué par exemple pour une entreprise qui ne remplit pas les données d'enregistrement.
- 5 Il est nécessaire de développer au plus vite des alternatives aux tests sur les animaux.
- 6 Les produits importés doivent remplir les mêmes conditions que ceux produits au sein de l'Union européenne.
- 7 L'information au public doit être facilement accessible notamment sur les substances contenues dans les biens de consommation courante.

Le « Manifeste du 22 novembre 2004 pour une législation efficace sur les substances chimiques » a été remis lors d'une conférence de presse au Parlement à **Bruno Tobback**, Ministre fédéral de l'environnement. **Cinquante** associations

1 Le règlement est l'instrument juridique européen à portée générale qui est obligatoire dans tous ses éléments et directement applicable dans tous les Etats membres de l'Union européenne (art. 249 du Traité sur la Communauté européenne).

2 Voir le site www.wwf.be et sa campagne sur les toxiques.

3 Voir à ce sujet le rapport du Dr Fawaz Al Bitar, *Report on chemical content in house dust samples collected in Belgian homes and offices*, march 2004.

représentant le monde de la **santé** (Société scientifique de médecine générale, Fédération belge contre le cancer, Fondation pour la prévention des allergies, Fédération des maisons médicales...), **le monde de l'environnement** (Natagora, Pan Belgium, Eco-Vie...), **le secteur de la protection des consommateurs et de la famille** (Vie féminine, Tests-Achats, Crioc, Ligue des familles) et les syndicats (FGTB, CSC...) des deux communautés du pays en sont signataires, lui conférant ainsi un poids et une force inédites à ce jour.

Plusieurs personnalités nous ont également apporté leur soutien⁴. Il appartient désormais à nos ministres, par leur présence au Conseil des ministres européens, et à nos représentants au

Parlement européen de tout mettre en œuvre pour obtenir un règlement efficace prenant en compte la santé publique et l'environnement, sans oublier la santé et la sécurité des travailleurs. Il appartient également aux différentes associations et aux citoyens de rester informés et vigilants dans l'achat, l'utilisation et l'entreposage des produits de consommation courante contenant des substances chimiques potentiellement dangereuses. Cette vigilance doit se poursuivre jusqu'au tri et au traitement des déchets. C'est à ce prix que nous saurons préserver notre santé et notre environnement dans l'esprit d'Ottawa et de la future charte de Bangkok, dont l'avant-projet affirme que "le souci d'agir sur les déterminants de santé et un engagement pour le

développement durable sous-tendent toutes les stratégies de promotion de la santé". jusqu'au tri et au traitement des déchets. Allons au delà des mots et mettons en place les outils d'une réelle protection des citoyens et des travailleurs! C'est ce à quoi le manifeste de la société civile belge entend contribuer.

Véronique Bouttin et Anne Thibaut,
Inter-Environnement Wallonie
Inter-Environnement Wallonie, Bd du Nord 6,
5000 Namur. Tél.: 081 25 52 80.
Courriel : iew@iewonline.be.

⁴ Pour le texte complet du manifeste et la liste des signataires voir sur www.iewonline.be/

Prévention tabac

Vos papiers s'il vous plaît

Depuis le 1^{er} décembre 2004, la loi interdit la vente de tabac aux jeunes de moins de seize ans en Belgique.

Le nombre de jeunes qui fument a doublé ces dix dernières années. De plus, la Belgique détient un triste record en termes de mortalité tabagique (plus de 20.000 morts par an, soit plus de 10 fois le nombre de tués sur les routes) et la première place européenne en termes de mortalité due au cancer du poumon (au moins neuf cancers du poumon sur dix sont attribuables au tabagisme). En outre, les dépenses pour soigner les maladies liées au tabagisme représentent 10 % des dépenses totales en soins de santé.

La plupart des fumeurs commencent jeunes. Dans les pays à revenu élevé, huit fumeurs sur dix commencent à l'adolescence, période de vulnérabilité durant laquelle la dépendance s'installe.

Dès lors que la meilleure manière de lutter contre le tabagisme est d'élaborer un ensemble de mesures, tant préventives que curatives, la question de l'accessibilité aux produits du tabac par les jeunes doit être réglementée. C'est dans ce cadre que la vente (et non la consommation) est dorénavant interdite aux mineurs de moins de 16 ans.

Cette mesure ne produira les effets escomptés qui si chacun (parents, enseignants, autorité...) accompagne les distributeurs dans l'application de cette mesure.

Objectif de la mesure

Il s'agit de diminuer l'accessibilité des produits du tabac et de retarder l'âge des essais, à une période où les jeunes sont particulièrement vul-

nérables (vers 14 ans) et où se déterminent les comportements d'adultes à l'égard des produits du tabac.

A elle seule, cette mesure d'interdiction ne résoudra pas la problématique du tabagisme chez les jeunes de moins de seize ans. C'est pourquoi elle fait partie intégrante d'un plan global, le *Plan national de lutte contre le tabagisme* (adopté par le Gouvernement fédéral en janvier dernier), qui prévoit des actions tant répressives que préventives et curatives.

Ainsi des mesures sont prises pour

- faciliter le recours à l'aide au sevrage;
- former les médecins généralistes;
- sensibiliser aux effets néfastes du tabagisme, protéger les non-fumeurs;
- restreindre l'usage du tabac dans les lieux publics;
- affecter des budgets spécifiques pour le sevrage de la femme enceinte (le nombre de jeunes femmes qui fument a plus que doublé ces dix dernières années), ainsi que pour des actions plus larges de sensibilisation (tabac et sport, manipulation des jeunes par l'industrie du tabac, etc.)

Par ailleurs, la Belgique, en tant que Partie à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (ratifiée au niveau fédéral, voir plus loin) est tenue "d'adopter et d'appliquer des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces au niveau gouvernemental approprié pour interdire la vente de produits du tabac aux personnes qui n'ont pas atteint l'âge prévu en droit interne ou fixé pour la législation nationale, ou l'âge de dix-huit ans."

Au sein de l'Union européenne, un nombre croissant d'Etats membres ont adopté l'interdiction

de vente aux mineurs, avec des limites d'âge allant de 14 à 18 ans : Espagne (16 ans), Finlande (18), Irlande (18), Italie (14), Royaume-Uni (16), Allemagne (16) Suède (18), France (16).

Pratiquement

La loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et autres produits, dont le tabac, est modifiée dans son article 6, §4. : « Il est interdit de vendre des produits à base de tabac aux jeunes de moins de seize ans. Il peut être exigé de toute personne qui entend acheter des produits de tabac de prouver qu'elle a atteint l'âge de seize ans... »

Cette disposition permet donc aux vendeurs de tabac (buralistes, night shops, cafetiers, super- et hypermarchés, magasins où est vendu de l'alcool...) de s'assurer de l'âge de l'acheteur (tout comme ils doivent le faire à propos des produits de la loterie nationale pour les uns ou de l'alcool pour les autres), et le cas échéant de lui refuser la vente de tabac.

En outre, une concertation a lieu avec le secteur pour adapter les distributeurs automatiques de tabac, afin de les rendre inaccessibles aux moins de 16 ans.

D'après un communiqué de presse de Rudy Demotte, Ministre des Affaires sociales et de la santé publique

Commentaire

Les industriels de la cigarette ont été parmi les premiers à se féliciter de cette mesure.

On est en droit de se demander alors si elle est applicable et utile. En effet, notre pays, contrairement à la France, où le nombre de points de vente

Trois sondages de 2004 aux résultats contrastés

	CRIOC janvier 2004 ¹	FBCC août 2004 ²	CRIOC décembre 2004
% de fumeurs réguliers	27	27,4	20
% d'hommes fumeurs	30	33,8	26
% de femmes fumeuses	25	21,4	15
% en Flandre	27	28	19
% en Wallonie	27	27,5	21

est limité (pour une population six fois plus nombreuse), offre une variété considérable de points de vente, dont 30.000 distributeurs automatiques. Offre énorme, donc, et difficile à contrôler.

En ce qui concerne la demande, d'aucuns affirment que les jeunes de moins de 16 ans trouveront toujours un copain pour acheter à leur place les cigarettes, ou un commerçant qui ne se sentira pas l'âme d'un flic. Difficile à contrôler aussi, cela.

Enfin, n'est-ce pas justement l'attrait de l'interdit qui donnera encore plus envie aux moins de 16 ans de goûter au "fruit défendu"?

CDB

Consommation de tabac : chiffres encourageants ?

Le CRIOC vient de publier son enquête annuelle sur la consommation de tabac.

Fin 2004, 1293 consommateurs représentatifs de la population belge âgée de plus de 15 ans ont été interrogés sur leur éventuel tabagisme (avec une marge d'erreur de 3,1 %).

D'après le CRIOC, le nombre de fumeurs est en nette diminution. Pour le moment, 20 % des consommateurs belges fument régulièrement, 4 % occasionnellement, et 3/4 des consommateurs ne fument jamais. Le pourcentage de fumeurs réguliers au nord et au sud du pays est quasi identique, 19 et 21 %. Les femmes fument toujours moins que les hommes, mais l'écart entre les genres se réduit : 15 % des femmes fument contre 26 % des hommes.

Le nombre de fumeurs réguliers a diminué progressivement depuis 1982 (40 %) pour plafonner aux alentours de 27 % à partir de 1997. De manière surprenante, le mouvement se serait emballé en 2004, le nombre de fumeurs réguliers chutant de 27 % à 20 % en moins d'un an. L'ensemble des actions prises pour lutter contre la consommation de tabac (communication, tarification, interdiction de vente, aide au sevrage et information des consommateurs) semblent porter leurs fruits, nous dit le CRIOC, même auprès des populations dont le comportement est considéré comme difficile à changer. C'est en effet dans les groupes sociaux inférieurs que la diminution de la consommation de tabac est la plus frappante : de 27 % en 2003 on passe à 15 % fin 2004! Globalement, il y a plus de fumeurs dans les grandes villes, parmi les 15-29 ans, dans les grandes familles, dans les groupes sociaux supérieurs et parmi les habitants des communes rurales wallonnes. Les non-fumeurs sont toujours insatisfaits du nombre de places disponibles pour non-fumeurs dans le secteur Horeca. Globalement la situation n'a pas changé depuis 2003, en tout cas elle n'évolue pas de manière positive aux yeux des consommateurs.

Commentaire

En découvrant ces chiffres remarquables, on est partagé entre un sentiment de douce euphorie et un brin de scepticisme. Les fumeurs belges ont-ils renoncé aussi rapidement et en si grand nombre à leur 'funeste habitude'? Les chiffres précédents communiqués par le CRIOC ³ faisaient état de 27 % de fumeurs (15 ans et plus) douze mois plus tôt, 30 % des hommes et 25 % des femmes.

Un quart de fumeurs en moins (c'est ce que signifie une baisse de 27 à 20 %) équivaldrait à 600.000 fumeurs de moins en Belgique, ce qui aurait automatiquement un gros impact sur les chiffres de ventes. Or, ceux-ci n'ont chuté que de 4 à 5 % en 2004. Autrement dit, la diminution du nombre de fumeurs ne s'est quasiment pas répercutée sur les ventes.

Le nombre de fumeurs est relativement stable, et seul un petit miracle pourrait faire baisser leur nombre aussi fortement. Aux Pays-Bas, par exemple, le pourcentage de fumeurs est descendu de 30 % en 2003 à 27 % en 2004, après une forte hausse de prix de 95 cents par paquet de cigarettes en 2004 et une interdiction de fumer sur le lieu de travail. Cette diminution du pourcentage de fumeurs aux Pays-Bas est déjà un excellent résultat, quoique nettement inférieur aux résultats de l'enquête du CRIOC en Belgique. Le prix d'un paquet de 25 cigarettes n'a pourtant augmenté que de 25 cents dans notre pays, et aucune interdiction de fumer n'a été instaurée sur les lieux de travail en 2004.

Bref, voici une bonne nouvelle surprenante qui demande à tout le moins confirmation...

CDB

La convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac va entrer en vigueur

La Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac est entrée en vigueur et fait donc maintenant partie du droit international après avoir été ratifiée par quarante pays au cours des deux dernières années.

Elle permettra d'améliorer la santé en diminuant la consommation de tabac qui provoque actuellement près de 5 millions de décès prématurés par an.

Le 30 novembre 2004, le Pérou est devenu le quarantième pays à ratifier la Convention ⁴. En moins d'un an et demi, quarante pays de toutes les régions du monde ont pris les mesures nécessaires pour devenir Parties à la Convention, le premier traité international de santé publique avec force obligatoire établi sous l'égide de l'OMS.

"Il semble que l'élan suscité par la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ne puisse plus être arrêté. Il montre l'importance que donne la communauté internationale à la nécessité de sauver des millions de vie, actuellement emportées par le tabac, déclare le D^r Lee Jong-wook, Directeur général de l'OMS. J'appelle de tous mes vœux les autres pays à rejoindre ces 40 Etats grâce auxquels la Convention entre en vigueur."

La Convention-cadre pour la lutte antitabac a été adoptée à l'unanimité lors de la Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé, en mai 2003, après près de trois ans de négociations. Dans l'année qui a suivi, pendant la période d'ouverture aux signatures, 167 pays et la Communauté européenne ont signé le document et 23 d'entre eux sont devenus Parties à la Convention, ce qui en fait l'un des traités des Nations Unies les plus rapidement adoptés.

La Convention est entrée en vigueur le 28 février 2005. A partir de maintenant, les Parties seront juridiquement liées par les dispositions du texte qui prévoient des normes internationales pour l'augmentation des prix du tabac et des taxes, la publicité et le parrainage, l'étiquetage, le commerce illicite et l'exposition à la fumée du tabac.

"C'est maintenant que le vrai travail commence, insiste le D^r Catherine Le Galès-Camus, Sous-directeur général à l'OMS pour les maladies non transmissibles. La convention fixe les objec-

¹ Un autre sondage réalisé à la même période par le Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie donnait les mêmes résultats que celui du CRIOC.

² La Fédération belge contre le cancer a réalisé à son tour un sondage dans le courant du second semestre 2004, qui confirme les résultats du sondage du CRIOC en début d'année, mais n'annonce en rien les chiffres excellents de fin d'année.

³ Voir 'Légère diminution du nombre de fumeurs en Belgique', Education Santé n°191, juin 2004.

⁴ Au moment de boucler ce texte, le 4/2, 168 pays avaient signé et 55 étaient déjà Parties à la convention-cadre.

tifs idéaux à atteindre et un plan de travail à appliquer dans les pays. L'OMS continuera d'aider les pays à accomplir la tâche essentielle qui est de renforcer leurs capacités et de mettre en œuvre la Convention."

Le Directeur à l'OMS de l'initiative Pour un monde sans tabac, le Dr Vera Luiza da Costa e Silva, a félicité les 40 Etats Membres qui sont devenus Parties à la Convention : "J'applaudis ces 40 pays dont le rôle est déterminant dans l'histoire de la santé publique et de la lutte contre le

tabac. Parmi ces 40 Parties, il y a des pays riches et des pays pauvres de toutes les régions du monde. Ensemble, ils créent un précédent qui montre que tout pays peut adhérer à cette Convention, quelle que soit sa situation géographique ou économique".

La Convention-cadre a été instituée pour lutter contre la deuxième cause de mortalité de notre époque. La consommation du tabac est la première cause évitable de décès. Si l'on ne renverse pas les tendances actuelles, le tabac tuera 10

millions de personnes par an en 2020 et c'est le seul produit légal pouvant entraîner la mort d'une personne sur deux qui en consomment régulièrement. Autrement dit, sur les 1,3 milliards de fumeurs que l'on compte actuellement, 650 millions décèderont prématurément à cause du tabac.

Pour en savoir plus sur l'état de la Convention ou consulter le texte complet : <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/fr/index.html>
Communiqué de presse OMS/89

La réalité sociologique du sida aujourd'hui

Comment expliquer le fait que l'on dépiste à nouveau plus de nouveaux séropositifs ?

Il faut avant tout rappeler que les données disponibles sont bien en deçà de la réalité. Par définition, nous ne disposons que des données relatives aux personnes effectivement dépistées. Et l'on constate qu'une proportion importante de diagnostics de séropositivité sont posés lors de l'apparition de la maladie.

Il y a donc une « partie invisible de l'iceberg » constituée par les personnes séropositives qui s'ignorent.

En ce qui concerne le « pourquoi » de la recrudescence des nouveaux cas, il faut sans doute invoquer un faisceau de facteurs plutôt qu'une cause unique. En outre, les fluctuations constatées dans les données épidémiologiques globales peuvent être dues à des facteurs différents selon les publics que l'on considère. Il faut avant tout avoir à l'esprit que des changements dans divers domaines peuvent expliquer ces fluctuations : il faut envisager les caractéristiques de l'épidémie elle-même, les comportements et leurs déterminants (connaissances, attitudes, estime de soi, etc.) ainsi que certaines caractéristiques de l'environnement et des politiques mises en œuvre en matière de santé.

Depuis l'apparition de nouveaux traitements plus efficaces, la chute de l'immunité est mieux maîtrisée, la durée et la qualité de vie des personnes atteintes est améliorée et l'apparition des symptômes peut être fortement retardée. Les patients ont la possibilité d'assumer une vie professionnelle et sociale, et donc aussi des relations affectives et sexuelles.

Par ailleurs, le groupe de séropositifs augmente puisqu'il y a cumulé de la baisse de la mortalité et de l'augmentation de nouveaux cas, ce qui, statistiquement parlant, augmente la possibilité de relations sexuelles entre séropositifs et

séronégatifs. Il serait d'ailleurs plus que souhaitable de travailler davantage avec les séropositifs dans le cadre des actions de prévention.

Le revers de la médaille des progrès thérapeutiques est peut-être le développement d'une attitude d'optimisme exagéré dans la population générale : le sida apparaît comme moins grave, n'est plus considéré comme une maladie mortelle puisque les médicaments font de l'effet. Cela va parfois jusqu'à la croyance en la guérison, la non-apparition des symptômes, la non-contamination. En clair, il y a une dédramatisation des conséquences du virus, une banalisation de la maladie : prendre un risque ne serait finalement plus si lourd de conséquences...

Il y a aussi un effet de génération : au début des années nonante, les élèves de l'enseignement secondaire commençaient leur vie sexuelle dans un contexte où le sida était très visible, tant dans les médias que dans le milieu scolaire via des programmes d'information spécifiques. Le sida est moins présent aujourd'hui dans le quotidien des jeunes et ceux-ci sont moins informés sur les risques de transmission et les moyens de se protéger.

Certains jeunes n'ont jamais eu d'information structurée à ce sujet. En ce qui concerne les programmes d'éducation affective et sexuelle, qui permettent notamment de diffuser une information au sujet du sida et des autres maladies sexuellement transmissibles, une partie des jeunes en âge scolaire n'en bénéficient pas, en particulier dans l'enseignement technique et professionnel. De plus, ces programmes intègrent rarement les questions liées aux orientations sexuelles, alors que l'on sait que les jeunes homosexuels sont particulièrement vulnérables quand ils commencent leur vie sexuelle. Les informations en milieu scolaire sont souvent dues à des initiatives individuelles d'enseignants ou d'autres professionnels.

On peut toutefois faire remarquer que si les jeunes ont évidemment besoin d'un bagage

informatif sur le sida, ils ne sont pas les plus exposés, que la tranche d'âge la plus touchée est celle des plus de 25-34 ans.

Le relâchement des mesures de protection

Certains indicateurs laisseraient penser que certains groupes prennent plus de risques en raison d'une certaine fatigue à l'égard du geste préventif. Des mouvements de réaction – voire de rébellion – contre la norme instaurée par la prévention se développent aussi, même si ceux-ci concernent vraisemblablement une petite minorité de personnes.

Les chiffres montrent que chez les patients belges, la contamination par voie hétérosexuelle représente une part plus importante qu'au début de l'épidémie, même si la contamination par voie homosexuelle reste majoritaire. Ceci dit, s'il est vrai qu'il y a des groupes spécifiques de population plus exposés, il est absolument faux de croire qu'ils sont les seuls menacés par le sida. A côté des aspects épidémiologiques, le risque est influencé par toutes sortes de situations que tout le monde peut traverser et qui rendent l'individu plus vulnérable. Et là, personne n'est à l'abri. Parmi les situations de vulnérabilité observées : un moment de dépression, une rupture amoureuse, un divorce, une perte d'emploi, ou, au contraire, l'euphorie d'une rencontre amoureuse, d'un coup de foudre...

Aspects politiques

En Belgique, il y a un large fossé entre les budgets disponibles pour la politique de prévention d'une part, qui sont de la compétence des Communautés, et ceux réservés aux aspects curatifs d'autre part, qui relèvent de l'Etat fédéral. A l'intérieur de l'enveloppe destinée à la promotion de la santé et à la prévention, les budgets alloués aux programmes de prévention du sida sont restés stables ces dernières années. Mais les budgets

Suite en page 13

ACQUISITIONS

Voici la liste des références enregistrées par Infor Santé au cours du 4^e trimestre 2003 et de janvier à décembre 2004.

Ce service est la source de beaucoup d'informations publiées par Education Santé, et le lieu d'archivage de la plupart des acquisitions de la revue. Pour tout renseignement sur un des documents répertoriés ci-dessous, vous pouvez vous adresser à Maryse Van Audenhaege, Infor Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Tél.: 02-246 48 51. Fax: 02-246 49 88.

Courriel: infor.sante@mc.be

Notez que le service Infor Santé n'est plus ouvert au public et ne réalise plus de recherche documentaire. Les nombreux services de documentation subventionnés par la Communauté française sont à votre disposition.

Livres

Accident domestique

■ BANTUELLE M., DARIO Y., DE SALLE J., TAYLOR J., Intégration de la prévention des accidents domestiques dans la pratique des architectes, Educa Santé / COOPARCH-RU, Charleroi, 2003, 18p., IS-acd039

Adolescent

- GUDULE, Mordre le ciel, Paris, Flammarion, 2003, (Tribal), 160p., roman, IS-vij070
- PIETTE D., PARENT F., COPPIETERS Y., et al., La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ?, HBSC / ULB PROMES, Bruxelles, 2003, 111p., enquête, IS-vij071
- Le mal-être psychique des adolescents et des enfants, UCL RESO / ULB PROMES / CLPS Bruxelles, Bruxelles, 2004, (Série de recueils documentaires; n°10), IS-vij072

Alcool

- Les jeunes et l'alcool. Vers un réseau. Actes du colloque du 18 mai 2004, Prospective Jeunesse, Bruxelles, 52p., Les Cahiers de Prospective Jeunesse, n°32, 09/2004, IS-asa035
- La consommation d'alcool chez les jeunes. Quelles stratégies commerciales ?, CRIOC, Bruxelles, 2004, 9p., IS-asa036
- CHOQUET M., COM-RUELLE L., LEYMARIE N., Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. Comportements et contexte en France, Institut de recherches scientifiques sur les boissons, Paris, 2004, 126p., enquête, IS-asa037

Alimentation

■ Allégations de santé, CRIOC, Bruxelles, 2003, étude, IS-ali103

■ Des livres à déguster! Explorez la santé en savourant des livres, Coordination Education & Santé, Bruxelles, 2003, 98p., IS-ali104



- L'équilibre alimentaire - dossier pédagogique, APAQ-W, Jambes, dossier pédagogique, IS-ali105
- ABSOLONNE J., SIRJACOBS F., GUGGENBUHL N., et al., La pyramide alimentaire ou quand les nutriments deviennent réalités, Health & Food / Institut Paul Lambin / Diffu-Sciences, 1999, 26p., IS-ali106
- Cuisine santé, cuisine bonheur, Fédération contre le cancer, Bruxelles, 2004, 128p., IS-ali107
- Les habitudes et les troubles alimentaires. Mise à jour n°2, RESOdoc UCL / ULB Promes / CLPS Bruxelles, Bruxelles, 2004, 166p., IS-ali108

Cancer

- BEGHIN D., VANDENBROUCKE A., CHERBONNIER A., FABRI V., Le programme de dépistage du cancer du sein. Programme de la Communauté française en partenariat avec les Provinces wallonnes, Ministère de la Communauté française Direction générale de la santé, Bruxelles, 2004, 66p., IS-pca059
- SARIBAN E., D'HAeyer A., Demain j'irai mieux, Paris, Ed. Robert Laffont, 2004, 190p., 26€, IS-pca060



■ Programme de dépistage du cancer du sein. Période 1999-2002. Rapport n°2, Agence intermutualiste, Bruxelles, 2004, 79p., étude, IS-pca061

Diabète

■ Consensus à l'usage des diététiciens pour la prise en charge des patients diabétiques adultes, Association belge du diabète, Bruxelles, 2001, 80p., IS-pdb014

Drogue

■ Cannabis, en parler aux ados. Guide pratique pour des activités de prévention à l'école. 3^e édition, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne, 2003, 95p., IS-asd059

■ BASTIN P., DAL M., HARIGA F., Synthèse et recommandations de la recherche 'Ecstasy pilules sans ordonnances : usages et usagers de nouvelles drogues de synthèse', Eurotox / Infor Drogues / Modus Vivendi / Prospective Jeunesse, Bruxelles, 2003, 24p., IS-asd060

- Dossier : Drogues et réduction des risques. Tome 1, Prospective Jeunesse, Bruxelles, Les Cahiers de Prospective Jeunesse n°27, 32p., IS-asd061
- Dossier : Drogues et réduction des risques. Tome 2, Prospective Jeunesse, Bruxelles, Les Cahiers de Prospective Jeunesse n°28, 32p., IS-asd062
- BROHEE J.P., Drogues et assuétudes. Trouver le bien-être sans artifice, Actualquarto, n°9, mars-avril 2004, 24p., 4€, dossier, IS-asd063



- Dossier : Contextes et consommations, Prospective Jeunesse, Bruxelles, Les Cahiers de Prospective Jeunesse n°30, 32p., IS-asd064
- CHERBONNIER A., DEGRAEN M., Assises de la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Actes du colloque organisé à Bruxelles les 4 et 5 décembre 2003, Question Santé / Modus Vivendi / Commission Communautaire française de la Région de Bruxelles Capitale, Supplément à Bruxelles Santé n°35, 09/2004, Bruxelles, 81p., IS-asd065

Education Promotion Santé

- RENARD F., DOUMONT D., L'évaluation des politiques et des pratiques de santé scolaire en Communauté française de Belgique, en France et en Suisse, UCL RESO Unité d'Education pour la Santé, Bruxelles, 2003, Série de dossiers techniques; réf.03-25, 25p., IS-eps135
- CHERBONNIER A., et al., Peur et prévention, Question Santé / COCOF Région Bruxelles Capitale, Bruxelles, 52p., brochure, IS-eps136
- VERET J.-L., MAUPAS F., et al., Glossaire de l'éducation et la promotion de la santé. Contribution à l'élaboration d'un langage commun, Comité Régional d'Education pour la Santé de Basse Normandie, Hérouville-St-Clair, 2002, 102p., IS-eps137
- PIRARD A.M., Promotion de la santé à l'école, Bruxelles, Ed. Labor, 2003, 96p., IS-eps138
- MERINI C., JOURDAN D., VICTOR P., et al., Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire, Ed. Ecole Nationale de Santé Publique, Paris, 2004, 208p., 26€, IS-eps139
- Première journée liégeoise de promotion de la santé - 18 octobre 2002. Bilan et perspectives, Centre liégeois de promotion de la santé, Liège, 2003, 44p., IS-eps140

- Première journée liégeoise de promotion de la santé - 18 octobre 2002. Démarche d'évaluation et résultats, Centre liégeois de promotion de la santé, Bruxelles, 2004, 48p., IS-eps141
- Carnet de bord de la santé 2004, Observatoire de la santé du Hainaut, Havré, 2004, (Santé en Hainaut; n°5), 103p., rapport, IS-eps142
- Programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008, Ministère de la Communauté française D.G. Santé, Bruxelles, 2004, IS-eps143

Enfant

- NOEL G., LE GOFF H., J'ai un énorme bobo, Paris, Ed. Flammarion, 2004, (Les P'tits albums du Père Castor), 32p., 4,50€, IS-vie071
- BERGERET - AMSELEK C., Naître et grandir autrement, Paris, Ed. Desclée de Brouwer, 2001, 335p., 22€, IS-vie072

Entraide

- Inventaire des groupes d'entraide en communauté française de Belgique. Edition 2004, Mutualités socialistes Service promotion de la santé, Bruxelles, 2004, 112p., IS-ssh014

Femme

- MARCOTTE J., OUMET R., et al., Contes des mille et un seins. Guide d'exploration pour mieux vivre avec son corps et avec ses seins, Centre de santé des femmes de Montréal, 1997, 39p., IS-vif030

Handicap

- CLEMENT C., Ma meilleure copine, Paris, Ed. Flammarion, 2004, (Castor Cadet), 48p., 6€, IS-han072

Médicament

- DE GAUQUIER K., JOERI G., BOUTSEN M., et al., Impacts financiers du système de remboursement de référence, Mutualités socialistes, Bruxelles, 2003, 35p., étude, IS-med089

Maladie

- BERREWAERTS J., DOUMONT D., DECCACHE A., Comment prend-on en charge de façon globale et psycho-socio-éducative les patients souffrant de douleurs chroniques ?, UCL RESO Unité d'Education pour la Santé / Institut belge de la Douleur, Bruxelles, 2003, (Série de dossiers techniques; réf.03-24), 34p., IS-pat093
- WAYSFELD B., Le poids et le moi, Paris, Ed. Armand Colin, 2003, 312p., IS-pat094
- AUJOLAT I., BARREA T., DOUMONT D., Quels sont les principaux facteurs d'adaptation psycho-sociale à la maladie et au traitement chez les enfants et les adolescents atteints de maladies chroniques ?, UCL RESO, Bruxelles, 2003, (Série de dossiers techniques; Réf. 03-22), 80p., IS-pat095

- L'obésité chez les jeunes. Conférence-débat - 9 mars 2004 - Nivelles, Mutualité chrétienne Brabant wallon / Mutualité socialiste Brabant wallon, 2004, actes, IS-pat096



- BEROT M.C., Clara et Martin, Paris, Castor Poche Flammarion, 2004, (La vie en vrai), 99p., roman, IS-pat097
- JONCKHEER P., VAN CASTEREN V., Les nouveaux cas d'affections thyroïdiennes en médecine générale. Résultats obtenus à partir d'un réseau d'enregistrement de médecins vigies 1996-1997, ISSP Service épidémiologie, Bruxelles, 2004, (IPH/EPI REPORTS; n°2004-001), 52p., IS-pat098

Maladie cardiovasculaire

- Comprendre et soigner l'excès de cholestérol, Bruxelles, Ed. Vivio, 2004, 64p., IS-pco049

Maladie respiratoire

- L'asthme et les affections respiratoires, ULB PROMES / UCL RESO / CLPS Bruxelles / FARES / FPA / Centre PMS COCOF, Bruxelles, 2003, (Série de Recueils documentaires; n°9), 195p., IS-par010
- PUDDU M., TAFFOREAU J., L'asthme et la pollution de l'air. Etat des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique, Institut scientifique de la santé publique CROSP, Bruxelles, 2003, (IPH/EPI Reports; n°2003-012), 165p., IS-par011

Médicament

- DIELS J. et al., Vers une prescription de médicaments tenant (davantage) compte du coût ?, ANMC, Bruxelles, 2004, 23p., étude, IS-med090

Mort

- ROBBERECHT T., GOOSSENS P., Eva et Lisa, Paris, (Père Castor Flammarion), 2004, 32p., livre illustré, IS-vim019
- KEIRSE M., Faire son deuil, vivre un chagrin. Un guide pour les proches et les professionnels, Bruxelles, De Boeck & Belin, 2000, (Comprendre), 260p., vim020

MST

- DEFRAÏE A., SASSE A., Surveillance des MST via un réseau sentinelle de cliniciens en Belgique, Institut scientifique de santé publique Section épidémiologie, 2003, (IPH/EPI Reports; n°2003/016), 28p., IS-pst012

Mutualité

- BOUTSEN M., LAASMAN J.M., LANGE B., Dossier médical global : un premier bilan, UNMS Direction études, Bruxelles, 2004, 32p., Etude, IS-mut028

Politique de santé

- Lire dans mes gènes ? Avis des citoyens. Rapport final, Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 2003, 82p., pol076



- 9^e Rapport sur l'état de la pauvreté en Région de Bruxelles-Capitale, Observatoire de la santé et du social / Commission Communautaire Commune, Bruxelles, 2004, 270p., pol077

Santé

- DOUMONT D., LIBION F., Santé des familles : influences du mode de vie. 1^{re} partie (alimentation, alcoolisme et tabagisme), UCL RESO Unité d'Education pour la Santé, Bruxelles, 2003, (Série de dossiers techniques; réf.03-26,22p.), IS-san135
- DOUMONT D., LIBION F., Santé des familles : influences du mode de vie. 2^{ème} partie (activité physique, médicaments, stress et sommeil), UCL RESO Unité d'Education pour la Santé, Bruxelles, 2003, (Série de dossiers techniques; réf. 03-27,21p.), IS-san136

Santé mentale

- DE HERT M., DOMKEN M-A., MESTRUM M., et al., PEPS. Programme d'Emancipation des Patients souffrant de Schizophrénie, Sanofi Synthelabo, s.d., 18 fiches, IS-pam066
- CONREUR Y.L., ROELANDT M., Besoin de ressources en santé mentale : qu'en pensent les gens ? Recherche-action sur la psychiatrie et les alternatives, ASBL RAPA/L'Autre Lieu, Bruxelles, 2003, 32p., IS-pam067
- Le suicide en Région de Bruxelles-Capitale. Situation 1998-2000, Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles / Commission Communautaire Commune, Bruxelles, 2003, Les dossiers de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles Capitale, 62p., statistiques, IS-pam068
- BOTTERO P., Zouck, Paris, Flammarion, 2004, (Tribal), 152p., roman, IS-pam069
- HOYOIS P. et al., Les services de santé mentale : un lieu pour les 'urgences'?, Commission communautaire française / Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale Coordination 'urgences', Bruxelles, 62p., IS-pam070

Service de santé

- CLAIR M., L'hôpital, même pas peur!... Création d'un outil pour démystifier les métiers de l'hôpital auprès des enfants de 8 à 12 ans, Haute école Léonard de Vinci Ecole normale catholique du Brabant wallon, Louvain la Neuve, 2003, 125p., mémoire, IS-ssa097
- DE SAINT MARS D., BLOCH S., Max va à l'hôpital, Calligram, 1995, (Ainsi va la vie), 45p., livre illustré, IS-ssa098
- DOLTO C., FAURE POIREE C., BOUCHER J. (ill.), Mon docteur, Paris, Gallimard Jeunesse, 2002, (Mine de rien; n°26), 4,71€, livre illustré, IS-ssa099
- DOLTO C., FAURE POIREE C., BOUCHER J. (ill.), Les bobos, Paris, Gallimard Jeunesse, 2003, (Mine de rien; n°23), 4,71€, livre illustré, IS-ssa100
- BAWIN M-A., LE MASNE C., Tom à l'hôpital, Paris, Mango Jeunesse, 2002, 24p., 9€, livre illustré, IS-ssa101
- BERRY BRAZELTON T., Allons chez le docteur, Paris, Odile Jacob, 1997, 48p., IS-ssa102
- DE LASA C., LAPOINTE C. (ill.), Oscar s'est fait très mal, Calligram, 1998, (Callimage; n°8), 29p., livre illustré, IS-ssa103



- ROEDERER C., L'hôpital, Paris, Gallimard, 2000, (Mes premières découvertes de notions; n°179), livre illustré, IS-ssa104
- Les maisons médicales. Un axe de la politique de soins de santé primaires de la Commission communautaire française de la Région Bruxelles-Capitale. 5^e édition, Commission communautaire française Service Santé, Bruxelles, 2004, 72p., IS-ssa105

Sexualité

- WAUTHY M., MARTIN P., Les jeunes et la santé. Sexualité, contraception et protection. Résultats de l'enquête UNMS, Mutualité socialiste Département Marketing, Bruxelles, 2003, 33p., enquête, IS-sex020
- STAGNARA D., GORCE X. (ill.), La première fois. La première relation sexuelle fait toujours un peu peur. Comment bien vivre cette grande expérience ?, Paris, Ed. de La Martinière Jeunesse, 2002, (Hydrogène), 110p., IS-sex021
- Plaisirs d'amours. Construction de soi et respect de l'autre, Centre d'action laïque de la Province de Namur, Namur, 2001, 70p., guide d'exposition, IS-sex022
- La connaissance de soi et de l'autre, à la rencontre de l'autre genre, Centre d'action laïque du Luxembourg, 2001, 70p., dossier pédagogique, IS-sex023

Sida

- DELOR F., HUBERT M., Un ré-examen du concept de 'vulnérabilité' pour la recherche et la prévention du VIH/Sida, Observatoire du sida et des sexualités, Bruxelles, 36p., IS-psi045
- SASSE A., DEFRAYE A., Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2002, Institut scientifique de santé publique Section épidémiologie, Bruxelles, 2003, (IPH/EPI Reports n°2003-022), 34p., IS-psi046
- Conférence de lutte contre le sida. Pour une mobilisation des acteurs et des pouvoirs publics. Recommandations finales - rapport, Ministère de l'aide à la jeunesse et de la santé de la Communauté française, Bruxelles, 2004, 20p., IS-psi047

Tabagisme

- LAPERCHE J., ROUCLOUX A., GALANTI L., et al., Mon patient fume... Attitudes du généraliste, ULB / Fédération de maisons médicales et des collectifs de santé francophones, 2003, 71p., IS-ast078
- Plan fédéral de lutte contre le tabagisme, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé publique, Bruxelles, 2004, 28p., IS-ast079

Troisième âge

- Soins lors des dernières années de la vie, Association pour le soutien de l'étude du vieillissement / Pfizer Healthy Ageing Advocacy Forum, Bruxelles, 2003, 20p., IS-vit070
- Comprendre et traiter la maladie d'Alzheimer, Bruxelles, Ed. Vivio, 2004, 64p., IS-vit071

Matériel

Adolescent

- Teste ton couple, Femmes prévoyantes socialistes, Bruxelles, brochure, IS-vij007
- La puberté. Des changements, un passage, une évolution, Fédération laïque de centres de planning familial CEDIF, Bruxelles, 2004, 16p., brochure, IS-vij008

Alimentation

- L'obésité n'est pas une fatalité, Health and food focus, Genval, 2002, 8p., brochure, IS-ali110
- ABSOLONNE J., BLONDEL M., DOHOGNE D., et al., L'ABC des menus équilibrés et de l'hygiène, Euralisa, Bruxelles, 2003, 47p., brochure, IS-ali111
- ABSOLONNE J., BLONDEL M., DOHOGNE D., et al., Sac à tartines. Sac à malices, Euralisa, Bruxelles, 2003, 23p., brochure, IS-ali112
- De l'énergie plein les assiettes, Infor Santé ANMC, Bruxelles, 2004, dépliant, IS-ali113
- Notre santé à table, Infor Santé ANMC, Bruxelles, 2004, brochure, IS-ali114
- ABC Déjeuner, Infor Santé ANMC, Bruxelles, 2004, brochure, IS-ali115

Contraception

- Lô & Co. Vive la vie, Wyeth, s.d., 19p., BD, IS-sec019
- Le mystère de la pilule, Schering, Bruxelles, 2004, brochure, IS-sec020
- Si on parlait de la pilule, Centre Planning Familial / FPS / Espace santé, Liège, 2004, dépliant, IS-sec021



- Sex-Appeal. Pilules & Cie, Infor Santé ANMC, Bruxelles, 2004, brochure, IS-sec022

Diabète

- Vivre le diabète... au quotidien, Infor Santé ANMC / Centre d'éducation du patient, Bruxelles, 2004, brochure, IS-pdb022
- Le diabète. Suis-je concerné ?, Infor Santé ANMC / Centre d'éducation du patient, Bruxelles, 2004, brochure, IS-pdb023

Enfant

- L'enfant et le chien. De la sécurité à la complicité, ONE Service éducation pour la santé, Bruxelles, 2002, 24p., brochure, IS-vie058
- L'enfant et le chien. De la sécurité à la complicité - Le chien n'est pas maître à bord, ONE Service éducation pour la santé, Bruxelles, 2002, affiche, IS-vie059
- L'enfant et le chien. De la sécurité à la complicité - Un chien reste un chien! ses réactions sont imprévisibles, ONE Service éducation pour la santé, Bruxelles, 2002, affiche, IS-vie060
- L'enfant et le chien. De la sécurité à la complicité - Enfant et chien, jamais seuls!, ONE Service éducation pour la santé, Bruxelles, 2002, affiche, IS-vie061
- L'enfant et le chien. De la sécurité à la complicité - Des risques à chaque âge, des précautions à prendre!, ONE Service éducation pour la santé, Bruxelles, 2002, affiche, IS-vie062
- L'enfant et le chien. De la sécurité à la complicité - Un bébé bientôt ? Préparez-y Médor!, ONE Service éducation pour la santé, Bruxelles, 2002, affiche, IS-vie063
- Mon cartable poids plume, Ministère de la Communauté française Cabinet du Ministre de l'Enfance J.M. Nollet, Bruxelles, 2003, dépliant, IS-vie064
- Mon cartable poids plume, Ministère de la Communauté française Cabinet du Ministre de l'Enfance J.M. Nollet, Bruxelles, 2003, signet, IS-vie065
- Mon cartable poids plume, Ministère de la Communauté française Cabinet du Ministre de l'Enfance J.M. Nollet, Bruxelles, 2003, affiche, IS-vie066

- Des mots pour des maux chez l'enfant, Mutualités Libres Service Promotion Santé, Bruxelles, 2004, 12p., brochure, IS-vie067
- Le langage, Union professionnelle des logopèdes francophones, Bruxelles, 2004, 12p., brochure, IS-vie068

Exercice physique

- Le vélo au quotidien. La santé assurée, Mutualité Saint-Michel / GRACQ, Bruxelles, 2004, dépliant, IS-aph026



Handicap

- Animons des enfants extra-ordinaires... Boîte à outils pour l'Animation de Jeunes HANDicapés, Jeunesse & Santé, Bruxelles, 2003, fichier d'animation, IS-han019

Hygiène bucco-dentaire

- Sourire pour tous. Cahier pédagogique 1^e et 2^e primaire, Fondation pour la santé dentaire, Bruxelles, 2003, 36p., cahier pédagogique, IS-hyb041



- Sourire pour tous, Fondation pour la santé dentaire, Bruxelles, 2003, dépliant, IS-hyb042
- Mes dents c'est mon sourire - Sourire pour tous, Fondation pour la santé dentaire, Bruxelles, 2003, affiche, IS-hyb043
- J'y pense tout au long de la journée - Sourire pour tous, Fondation pour la santé dentaire, Bruxelles, 2003, affiche, IS-hyb044
- Denti Pass. Passeport dentaire - Sourire pour tous, Fondation pour la santé dentaire, Bruxelles, 2003, brochure, IS-hyb045
- 6 consignes pour garder le sourire - Sourire pour tous, Fondation pour la santé dentaire, Bruxelles, 2003, affichette, IS-hyb046

Maladie cardiovasculaire

- Les maladies cardiovasculaires chez la femme, Ligue Cardiologique belge, Bruxelles, 2003, 24p., brochure, IS-pco048

- Chirurgie du cœur. Progrès récents, Fondation pour la chirurgie cardiaque, 2001, brochure, IS-pco049

Médicament

- Les médicaments génériques - 2^e édition 2004, Infor Santé ANMC, Bruxelles, brochure, IS-med061

Mort

- Après le suicide d'un proche..., Réseau d'accompagnement du deuil après suicide / Centre de prévention du suicide, Bruxelles, 2003, 40p., brochure, IS-vim009

Périnatalité

- L'allaitement maternel, c'est tout bon!, Mutualités Libres, Bruxelles, 2004, brochure, IS-vib026

Régime

- Un problème de kilos ?, Mutualités libres Service Promotion Santé, Bruxelles, 2003, 12p., brochure, IS-alr014

Santé

- Léa et le feu, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Paris, 2004, Les Chemins de la Santé, outil pédagogique, IS-san022
- Ma santé en questions. Une approche unique et interactive d'interprétation de vos symptômes, Bruxelles, Ed. Test Achats, 2003, 64p., cédérom, IS-san023

Santé mentale

- MAES J.-C., LAHAYE T., KINNA F. Aux prises avec l'emprise sectaire. 2^e édition, Commission Communautaire française Service Santé, Bruxelles, 2003, 34p., brochure, IS-pam021
- Moral à zéro ? Réagissez!, Mutualités Libres, Bruxelles, 2003, 12p., brochure, IS-pam022
- La dépression au masculin, Ligue belge de la dépression, Bruxelles, 2004, dépliant, IS-pam023

Sécurité routière

- Le chemin de Tête-en-l'air, 2JMédia/MAIF Prévention / Ministère de l'éducation nationale, Paris, 2003, (Jean de la Terre), CD ROM + dossier pédagogique, IS-acr030
- Tous à vos casques vélos!, IBSR, Bruxelles, 2004, dépliant, IS-acr031



- Sur la route : petit guide pour les parents, Mutualités Libres, Bruxelles, 2004, brochure, IS-acr032

Service de santé

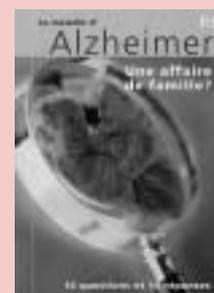
- La promotion de la santé à l'école, Ministère de la Communauté française, Bruxelles, 2003, dépliant, IS-ssa050
- Séjour à l'hôpital, UNMS, Bruxelles, 2004, (Question de droit), 58p., brochure, IS-ssa051
- Mon enfant à l'hôpital, Infor Santé ANMC / Jeunesse&Santé / Clinique de l'Espérance ASBL C.H.C., Bruxelles, 2004, brochure, IS-ssa052
- L'Hôpital. Formalités, choix et coût, Infor Santé ANMC, Bruxelles, 2004, brochure, IS-ssa053
- Je vais chez le dentiste..., Association Sparadrapp, Paris, 2004, brochure, IS-ssa054

Tabagisme

- Arrêter de fumer. Pourquoi ? Comment ?, Fédération belge contre le cancer / FARES, Bruxelles, 2004, 30p., brochure, IS-ast 091
- Tabac. Faits et chiffres, Fédération belge contre le cancer / FARES, Bruxelles, 2004, 30p., brochure, IS-ast 092

Troisième âge

- La maladie d'Alzheimer. Une affaire de famille ?, Ligue Alzheimer ASBL / Pfizer, Liège, 2004, brochure, IS-vit037



Vaccination

- Vaccin pass. Passeport vaccination, Polyhedra, 2003, 33p., brochure, IS-vac040
- L'âge des rappels de vaccination. Votre enfant est-il bien vacciné ? 5-6 ans & 11-12 ans, Provac / Question Santé / et al., Bruxelles, 2004, dépliant, IS-vac041



- Vacciner mon enfant aujourd'hui, Société belge de pédiatrie, Bruxelles, 2003, dépliant, IS-vac042

disponibles sont dérisoires si on les compare à ceux réservés aux soins de santé. La prévention représente pourtant un investissement pertinent dans une vision à long terme...

Il faut sans doute aussi souligner l'inexistence d'une politique cohérente en matière de dépistage, qui permettrait pourtant de réduire les coûts liés aux dépistages inutiles d'une part, et un meilleur ciblage des publics les plus exposés, d'autre part.

Des projets de dépistage de qualité, accompagnés d'un entretien individuel permettant de faire le point sur les risques encourus existent dans des structures spécialisées mais tous les professionnels de la santé ne sont pas formés pour réaliser une telle démarche. Par ailleurs, l'accessibilité au dépistage anonyme et gratuit, qui a pourtant montré sa pertinence, reste insuffisante.

Enfin, les personnes les plus fragilisées sur le plan socio-économique et sanitaire n'ont qu'un accès limité aux structures d'aide sociale ou médicale.

Source : **Vladimir Martens**, Observatoire du sida et des sexualités, à l'occasion de la Journée mondiale contre le sida du 1^{er} décembre 2004.

En Centrafrique, utiliser le préservatif n'est plus un péché

Face aux ravages croissants du sida, le discours des églises ne tient plus. Les responsables religieux de Bangui, longtemps opposés à l'usage du préservatif, en favorisent aujourd'hui la promotion.

La grande salle de réunion du centre catholique Jean XXIII de Bangui est pleine à craquer. Catholiques, protestants, chrétiens de tous bords et musulmans suivent avec attention la présentation des méthodes de prévention du sida. **Pascal Bond Roseneau**, l'officiant, expert national de la lutte contre le VIH/sida, tire de son sac un préservatif qu'il présente à l'assistance. Puis, il montre pas à pas les conditions à respecter pour bien l'utiliser, tout en vantant l'efficacité de cette méthode de prévention.

Une démonstration qui était impensable il y a une dizaine d'années. La promotion du condom se heurtait alors à la résistance farouche des chefs spirituels. L'Enquête démographique et de santé en Centrafrique réalisée en 1995 avait d'ailleurs relevé que la position intransigeante des religieux était une des causes de la propagation de la maladie. "Pour les croyants, promouvoir le préservatif c'était encourager la débauche, comportement condamnable par les Saintes Écritures", regrette **Richard Betchem Mamadou**, coordonnateur du Réseau centrafricain des jeunes pour la lutte contre le sida (Recajes).

Les fidèles les plus touchés

Aujourd'hui, les positions ont évolué, suite à la montée du sida. D'après une enquête réalisée l'an dernier par le Recajes sur un échantillon de 16 églises (dont 8 catholiques) choisies dans la seule ville de Bangui, 17 % des jeunes chrétiens seraient infectés par le sida, un taux supérieur à la moyenne nationale, estimée en 2003 à 15 %. Un chiffre qui place la Centrafrique en tête des pays d'Afrique centrale les plus touchés par la pandémie et au 10^e rang mondial. Lors de l'apparition du sida en Centrafrique au début des années 80, "Beaucoup de pasteurs pensaient que cette maladie ne concernait pas

l'Église qui est appelée à vivre la sainteté. Quelque temps après, les leaders religieux ont finalement compris qu'elle n'épargnait personne", explique **Patrice Kouzoukessé**, pasteur de l'Église apostolique de Miskine II à Bangui. Les responsables religieux ont ensuite été très touchés par les décès qui se multipliaient parmi leurs fidèles, même parmi les plus en vue. "D'où ce changement de position en faveur de la promotion du préservatif qui était considéré au départ comme une abomination", conclut P. Kouzoukessé.

La sensibilisation des croyants à l'utilisation des préservatifs et leur distribution sont devenues de plus en plus courantes dans les églises centrafricaines. "Les jeunes élèves des églises appartenant à l'Alliance évangélique en Centrafrique manifestent aujourd'hui un grand désir d'utiliser le préservatif pour se protéger contre le sida", témoigne ainsi **Raymond Ndakalla**, administrateur de l'Union des jeunes chrétiens (UJC) de Centrafrique. Ces derniers temps, des pasteurs font ouvertement campagne pour le préservatif sur les ondes des radios nationales. Ils expliquent qu'il n'est pas donné à tout chrétien, être charnel, de rester chaste et fidèle.

Cependant, au sein de la hiérarchie de l'Église catholique, le discours officiel qui condamne l'utilisation du préservatif entre personnes non mariées n'a pas varié. "L'Église a toujours prôné la fidélité, l'abstinence, le rapport sexuel dans le mariage. L'Église recommande l'usage du préservatif uniquement à un couple dont l'un des éléments est atteint du sida. L'homme doit être à la hauteur des doctrines de l'Église", soutient fermement **Aimé Benjamin Agboko**, curé de la paroisse Saint-Michel à Bangui.

Le préservatif, roue de secours

Mais, en pratique, les prêtres tolèrent de plus en plus la promotion du condom. "Les préservatifs sont même vendus dans la cour des églises. Cela n'est plus un tabou", confirme **Félix Yangana**, l'un des responsables de la chorale de cette paroisse. "Au départ, les prélats défendaient la thèse de l'abstinence et de la fidélité en espé-



Photo © All Over Press Norway

rant convaincre les fidèles. Un enseignement qui malheureusement ne cadre pas très exactement avec l'attitude des jeunes chrétiens. D'où l'urgence pour l'Église catholique d'encourager la sensibilisation massive en faveur du port du préservatif afin de sauver de nombreuses vies humaines", ajoute-t-il.

Pour l'abbé **Nicaise Poukré**, curé de l'église Saint Mathias, qui préconise un véritable changement de comportement sexuel des jeunes catholiques, le condom n'est pas la panacée mais "je suis d'avis que pour toute formation sur la prévention du VIH/sida, dit-il, il y ait démonstration du port du préservatif, parce que quoi qu'il en soit, c'est une roue de secours".

Chez les musulmans, les imams ne s'opposent plus ouvertement au préservatif. L'Union des musulmans centrafricains (Umc) a, par exemple, organisé en 2001 une sensibilisation des filles musulmanes libres sur l'utilisation du préservatif. "Un pas important dans cette campagne contre le sida", se réjouit **Aladji Ali Bardé**, premier vice-président de l'Umc. Il reste optimiste et entend mettre son expérience au profit de tous les imams de Bangui.

Jules Yanganda, InfoSud Syfia

L'éducation du patient à l'hôpital

Le Centre d'éducation du patient a organisé, le 21 octobre dernier, une conférence dont le thème était « Y a-t-il une place pour l'éducation du patient dans les hôpitaux ? ». Une question qui ne devrait pourtant plus se poser tant l'éducation du patient a démontré son efficacité dans le bon suivi et le bien-être des malades. Le problème est que si elle est organisée et structurée au sein de l'hôpital, elle coûte en temps et en personnel, donc demande des moyens financiers. Aussi dépend-elle non seulement des bonnes volontés des soignants et de la direction des hôpitaux, mais aussi des politiques.

L'éducation du patient regroupe différentes réalités, comme l'éducation à la santé des personnes saines en vue de la prévention, l'éducation à la maladie des personnes malades ou encore l'éducation de ces dernières à leurs traitements. Cette information peut être dispensée par un médecin externe, généraliste ou spécialiste dans son cabinet, par un médecin hospitalier ou une infirmière, voire par des associations de patients. Nous nous limiterons à la problématique des soignants hospitaliers et à leur situation particulière. Même si la question reste posée pour les généralistes, par exemple, dont le temps de consultation est compté et qui ne sont peut-être pas rétribués comme il le faudrait lorsqu'ils apprennent à un malade à comprendre sa maladie et à la canaliser en dehors des périodes de crise, comme dans le cas de l'asthme.

Poupée russe

« L'éducation du patient pourrait être 'personnifiée' par une poupée russe qui renferme les différents groupes de patients. La plus grande représente l'éducation à la santé du patient. C'est le cas de la femme enceinte par exemple, dans sa relation avec un professionnel de soins. Elle n'est pas malade, jusqu'à preuve du contraire, mais son état nécessite une information pour conserver une bonne santé. Pour le gynécologue, elle n'en est pas moins une patiente dont certains aspects de la vie peuvent nécessiter une adaptation, avec une explication sur cette adaptation », explique Jean-Luc Collignon, directeur du Centre d'Éducation du patient. Il inclut également dans cette catégorie les patients atteints d'une maladie chronique mineure (eczéma, allergies, hypertension légère) correctement contrôlée et ne nécessitant pas de traitement. « A l'intérieur de cette poupée, on trouve celle qui regroupe les patients atteints d'une maladie chronique qui nécessitent des soins réguliers et répétitifs : c'est l'éducation du patient à sa maladie qui recouvre à la fois la ges-

tion du traitement, l'aspect curatif et la prévention de complications ainsi que la vie avec la maladie ou le handicap. Dans ce dernier cas, le soignant s'intéresse à la façon dont le patient accepte son état et gère ses problèmes au quotidien, incluant les traitements, la prévention des complications et des rechutes, l'impact de la maladie sur la vie personnelle, familiale, professionnelle, sociale, etc. Pour terminer, la plus petite poupée est celle de l'éducation thérapeutique pure du patient pure, c'est-à-dire celle qui vise à aider le patient à prendre en charge son traitement. Prenons le cas ici de l'asthmatique à qui on apprendra à adapter les doses de médicaments, manipuler l'inhalateur, comprendre le peak-flow, etc. ou le diabétique à qui l'on apprend à contrôler son taux de glucose et à s'injecter son insuline. Autrement dit, les malades chroniques sont formés à l'autogestion, à l'adaptation du traitement aux crises ou aux périodes de latence, pour leur permettre de faire face au suivi quotidien. »

Le but de cette éducation du patient est d'aider le patient, mais aussi son entourage à gérer le traitement et prévenir les complications, tout en maintenant, voire en améliorant, sa qualité de vie. Un complément bien nécessaire aux effets des autres interventions, qu'elles soient d'ordre pharmacologique, de kinésithérapie, diététique ou autres.

Une information sur mesure

« La démarche éducative doit être structurée, adaptée au patient et au contexte dans lequel il évolue, ce qui demande une évaluation de la part du soignant. Elle doit aussi être intégrée aux soins, avec une information et une sensibilisation sur la maladie, ses complications, ses risques, si nécessaire un apprentissage (comme, dans le cas du diabète, celui de l'injection), un accompagnement psychologique et enfin un soutien social qui devrait, idéalement, se poursuivre après l'hospitalisation », poursuit Jean-Luc Collignon.

Les soignants doivent aussi toujours garder à l'esprit que même lorsqu'ils font de l'éducation du patient, la relation qu'ils entretiennent avec lui est déséquilibrée. D'une part, le patient reste le malade dans un état d'anxiété, de faiblesse; d'autre part, il y a le soignant, représentant du savoir, donc du pouvoir. Cette relation sera par ailleurs influencée par la représentation que le patient a de sa maladie et des médecins... Malgré cela, il doit participer activement à cette démarche. Aussi faut-il dépasser ce cadre relationnel qui peut constituer un frein, et transformer la relation radicalement, pour que l'éducation du patient passe par le dialogue et la construction d'un projet commun, qu'elle devienne « une démarche basée sur l'écoute, la

négociation avec le patient, le transfert de compétences et le partage des responsabilités. »

Mais pour être bien suivie, l'éducation du patient doit avoir un sens pour celui-ci : « Elle n'est possible que s'il y trouve, au présent, un intérêt, une satisfaction, voire du plaisir, s'il peut l'intégrer à ses projets de vie, à son avenir, s'il peut la situer par rapport à son passé, son histoire personnelle et familiale et par rapport à sa culture. » Il n'est pas aisé de conseiller à un gros fumeur d'arrêter de fumer pour éviter le cancer ou toute autre maladie pulmonaire; ou de demander à un cadre habitué des restaurants avec les clients d'adopter une alimentation plus saine... En cas de rejet de la part du patient, le soignant ne doit pas hésiter à se remettre en question. « Si nous prenons l'habitude de questionner le patient sur les informations qu'il reçoit, de réfléchir, de dialoguer, d'argumenter, de rechercher avec lui les autres solutions, il saura aussi mettre en œuvre ces compétences vis-à-vis de nous et de notre modèle éducatif... », conclut Jean-Luc Collignon.

Des blocages institutionnels et financiers

L'hôpital, à côté des médecins généralistes et spécialistes extra-hospitaliers ou des associations de patients, peut jouer un rôle dans l'éducation du patient, notamment lorsqu'ils sont hospitalisés.

Ce moment « idéal » où il peut mesurer les conséquences de comportements inadéquats par rapport à sa maladie le rend peut-être plus réceptif à des messages pratiques de prévention et de bonne gestion de sa maladie. Malheureusement, l'hôpital souhaitant mettre en pratique cette éducation rencontre différents freins dont le moindre n'est pas celui du manque de financement de ses programmes d'éducation du patient, et a fortiori celui d'équipes, généralement d'infirmières, spécialement formées.

Car éducation du patient est synonyme de temps : du temps passé à expliquer au patient, un temps qui a un coût que peu veulent assumer. Selon l'interprétation de chaque niveau de pouvoir, il est possible de se renvoyer sans fin la responsabilité de financer ce « service » pourtant bien utile et efficace. Hôpitaux ? Cela relève du fédéral ! L'éducation du patient est une mission des médecins généralistes dans le suivi des malades : allez voir à la Région wallonne ! L'éducation du patient fait partie de la promotion à la santé ? C'est de la compétence de la Communauté française... Les hôpitaux qui ne débloquent pas d'initiative des fonds pour l'éducation du patient n'ont eu, jusqu'à présent, que peu de soutien des pouvoirs publics...

D'autres freins se dressent également, plus liés au fonctionnement. « A l'hôpital, les différents métiers sont encore trop cloisonnés. Il y a trop peu de lieux pour travailler ensemble, trop peu de projets réalisés en interdisciplinarité. Du fait même des différences de statut entre les acteurs de soins impliqués, les uns indépendants et les autres salariés, les logiques de travail sont très différentes ce qui constitue un obstacle important au travail interdisciplinaire. Un autre problème rencontré relève du facteur humain : il est difficile de dégager un coordinateur de projet et une équipe pour le seconder. Certains hôpitaux ont 'nommé' une personne de référence chargée de développer l'éducation du patient. Ils ont tiré profit pour cela de la loi sur les hôpitaux qui permet de confier plusieurs missions aux infirmières chefs de service, comme la gestion d'unités de soins, d'unités médico-techniques, mais aussi de l'art infirmier qui inclut l'éducation du patient. Enfin, on s'en doute, il y a des contraintes d'ordre financier : l'éducation n'est une priorité ni pour le législateur, ni pour les hôpitaux. Les projets qui émanent de personnes individuelles ou de groupes au sein de l'hôpital ont un financement 'de bric et de broc'. Il est donc difficile de mettre en place dans ces conditions des structures dédiées à l'éducation du patient. Alors certains hôpitaux misent sur le sponsoring... », poursuit **Francine Duchateau**, de l'Intercommunale hospitalière Famenne Ardenne Condroz. Il s'agit d'offrir par exemple aux patients des brochures publiées par l'industrie.

Bon pour l'hôpital!

Alors, les hôpitaux auraient-ils raison de se désengager de cette coûteuse mission pour la laisser à d'autres ? Ne pourraient-ils pas y trouver avantage ?

C'est ce que croit **Benoît Hallet**, directeur des Cliniques universitaires de Mont-Godinne : « Un hôpital peut se différencier tant en termes de qualité que de rentabilité par une politique d'éducation du patient », estime-t-il. En bon gestionnaire, il en a évalué le coût et le bénéfice tant pour le patient que pour l'institution de soins ou pour la santé publique. « Pour les patients, les études sont claires : grâce à l'éducation du patient, on constate une meilleure prise en charge, une plus grande autonomie, par exemple dans la prise des traitements dans le cas notamment du diabète, un exemple type en termes d'éducation du patient. On constate également une meilleure acceptation de la maladie, une diminution de l'anxiété et aussi une diminution des inégalités face à la maladie. Bref, les choses sont entendues : l'efficacité de l'éducation du patient est claire! », soutient-il. « Sur le plan socio-économique, le nombre d'hospitalisations est réduit. Par exemple, dans le cas des diabétiques, lorsqu'ils sont bien éduqués à leur maladie, ils ne vont pas attendre pour traiter des débuts d'escarres, par exemple, et ne seront pas hospitalisés. La durée de séjour est également diminuée car on constate chez ces patients une meilleure

observance des traitements. Tout ceci a un effet positif sur les taux de morbidité et de mortalité ». Pour l'hôpital, il a constaté que l'éducation du patient s'accompagne d'une diminution des complications post-opératoires ou post-hospitalisation, de la durée de la convalescence qui, améliorée, induit un absentéisme moindre, donc des coûts indirects plus bas. Cela devrait parler à l'Etat qui peut également s'y retrouver puisque le nombre de ré-hospitalisations est réduit, ainsi que la prise d'antidouleurs, notamment. Pour obtenir une efficacité optimale, l'éducation du patient doit être dispensée par du personnel qualifié. Et qui dit personnel qualifié dit formation spécifique qui a un coût, de même que le fait de permettre à ce personnel formé de passer du temps avec les patients pour les éduquer. « Les modalités actuelles de financement ne favorisent pas le développement de l'éducation du patient : financement à l'acte, quota minimum de journées et sous-financement systématique du secteur ne permettent pas de voir à long terme. Pour y remédier, il faudrait des financements forfaitaires par patient, des incitants financiers à la diminution de la durée de séjour en hôpital, des incitants à la prise en charge multidisciplinaire (à travers des conventions Inami et qui peuvent induire des débats entre intervenants pour trouver des stratégies d'efficacité), des incitants à la mise en place de filières de soins notamment en impliquant les médecins généralistes ou les soins à domicile, et enfin des incitants à la mise en place de réseaux intra- et extra-hospitaliers. »

Il préconise donc de désigner un responsable spécialisé en éducation du patient entouré d'un comité de pilotage, ou de coordination, multidisciplinaire.

Benoît Hallet a évalué le coût d'une pareille structure : 0,05 équivalent temps plein (ETP) par tranche de 20 lits justifiés dans les hôpitaux aigus et par 20 lits spécialisés agréés. Donc 1 ETP pour 400 lits justifiés. « On parvient à un budget d'environ 7 millions d'euros, soit 0.03% des dépenses totales fédérales de santé... » Le tout soumis à un contrôle budgétaire strict.

Mais ces chiffres s'inscrivent néanmoins dans le cadre d'un budget toujours plus critiqué et plus étiqué qui permet peu de marge de manœuvre pour l'engagement de personnel soignant supplémentaire.

Une notion qui fait son chemin

Depuis 20 ans, l'Education du patient (EDP) fait son chemin partout ailleurs en Europe, mais à des rythmes différents. « C'est aux Pays-Bas qu'elle a été le plus développée, avec des critères de qualité importants. Elle est organisée autour de 5 axes : un axe légal comme la loi sur les droits des patients; un financement important des projets pilote et de la recherche, avec la création de postes de coordinateurs d'EDP dans chaque hôpital et l'engagement d'infirmières spécialisées; l'introduction de



Photo © Raguet H. / BSIP / Global Pictures

l'EDP dans les critères de qualité des hôpitaux (en médecine et pour les professions paramédicales); le développement rapide de programmes de formation des professionnels de soins et enfin, une place importante accordée aux associations de patients », explique **Joëlle Berrewaerts**, de l'Ecole de santé publique de l'UCL.

On trouve une autre logique en Suisse, où l'initiative est venue des institutions privées, poussées par les associations de patients. Le financement et le remboursement par des compagnies d'assurance de santé a alors suivi, donnant l'impulsion.

En France, des initiatives intéressantes sont menées dans un cadre plus global. Il faut bien avouer qu'en plus d'une reconnaissance de l'EDP par les instances officielles de la santé, on assiste à un début de reconnaissance financière, donc une multiplication des projets expérimentaux. Joëlle Berrewaerts a épinglé deux projets : le premier concerne huit « pôles de prévention et d'EDP » en Picardie, l'autre la création du « pôle Santé du Douaisis ».

Le premier projet relie 8 pôles à Amiens, Laon, Abbeville, Creil, Beauvais, Soisson, St-Quentin et Compiègne, tous créés entre 1998 et 2002. Ils sont financés par l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) et sont centrés chacun autour d'un « hôpital pivot », avec une coordination centrale. « Leur objectif est de renforcer les liens ville-hôpital et le travail de prévention en milieu ambulatoire. Le médecin généraliste y est le pilier de la prise en charge : c'est lui qui réfère ses patients à l'un des pôles et ils lui seront renvoyés ensuite. Les patients trouvent une équipe pluridisciplinaire de 3 à 9 personnes : médecins, infirmiers, diététi-

ciens, psychologues, podologues, secrétaires, assistantes sociales, chapeautés par un coordinateur responsable du pôle, généralement tous à temps partiel. Ils vont mener des activités de prévention et d'éducation des patients atteints de maladies chroniques – essentiellement, dans ce cadre, les maladies cardiovasculaires. Ils vont aussi coordonner et participer aux actions locales développées dans les champs de la prévention et organiser des actions de formation de soignants aux pratiques d'EDP. »

Ces activités pour les patients passent par un contrat d'éducation thérapeutique qui encourage le patient à assister à des séances d'éducation individuelles ou collectives, suivre une consultation de synthèse et une autre de suivi éducatif. Chaque équipe communique avec les généralistes et les autres professionnels de la santé impliqués, fait participer les patients à la conception et l'évaluation des séances éducatives, fait la promotion de la santé vers le grand public et le personnel de santé, organise des formations à l'éducation du patient... Tous ces pôles se soumettent régulièrement à une évaluation de leur activité.

Par ailleurs, les 8 pôles du réseau restent en contact entre eux par l'échange d'expérience, la diffusion d'informations ou l'organisation de formation continue.

« Ce type de structures a des avantages : il offre aux soignants un service, une aide à l'accompagnement, établit le lien entre ville et hôpital, peut se concentrer uniquement sur la prévention et l'EDP sans se focaliser sur les aspects liés aux soins et permet une prise en charge de plus longue durée que celle proposée lors d'un séjour à l'hôpital. Mais il présente aussi des inconvénients : les pôles se situent dans l'hôpital sans vraiment en faire partie et ne bénéficient pas toujours d'une véritable reconnaissance de l'institution. Certains pôles éprouvent aussi des difficultés à travailler avec certains médecins de ville parce qu'ils manquent encore de crédibilité et de légitimité. »

L'initiative du Douaisis fonctionne un peu comme ce projet, mais se focalise sur les maladies chroniques (diabète, asthme, obésité, hypertension) et les soins palliatifs à domicile. Il est par ailleurs né d'une initiative de professionnels de terrain en partenariat avec les associations de patients.

« Ce pôle a créé un Dossier Patient Partagé facilitant les échanges entre soignants. Il octroie des aides financières pour les consommables en soins palliatifs et pour une aide à domicile, propose un site internet avec des référentiels de soins et offre aux soignants la possibilité d'être rémunérés pour des actes d'éducation du patient. »

Ces initiatives ont le mérite d'éviter certains écueils, mais ne doivent leur survie qu'à une reconnaissance politique. Chez nous, point encore d'initiative de cette ampleur. Mais peut-être la Belgique, par son fonctionnement particulier, n'est-elle pas prête, voire pas intéressée par une éducation du patient à l'hôpital ?

Carine Maillard

Centre d'éducation du patient asbl
(aide méthodologique, production d'outils d'information, évaluation, documentation, formation), rue Fond de la Biche 4,
5530 Godinne.

Tél.: 082 61 46 11. Fax : 082 61 46 25.

Courriel : cep_godinne@skynet.be.

LU POUR VOUS

Une réédition très attendue : *Communication et promotion de la santé*

En 1998 paraissait le guide *Communication et promotion de la santé. Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques*, qui faisait le point sur l'expérience acquise par l'asbl Question Santé dans le domaine de la communication, et plus particulièrement dans le domaine médiatique. Cet ouvrage témoignait aussi d'une évolution dans les représentations que l'on se faisait de la communication en santé : de la confiance un peu naïve dans l'efficacité des techniques publicitaires, à un point de vue plus modeste, plus critique, et faisant davantage appel à d'autres disciplines; d'une conception parfois encore trop comportementaliste de l'éducation pour la santé, à une approche englobant les notions de participation, d'implication du public, de prise en compte du contexte social et des facteurs qui, au-delà des comportements individuels, influencent la santé publique; du désir de transmettre des techniques bien digérées et aisées à appliquer, à une prise en compte de toute la complexité, des paradoxes voire des pièges qui caractérisent la communication dans le champ de la santé.

Tout cela, cependant, sans négliger ni minimiser l'utilité des connaissances directement applicables ni celle des outils technologiques,

méthodologiques et pratiques. Car un autre enjeu de la diffusion de cet ouvrage est bien la maîtrise de ces connaissances et de ces outils par les acteurs de terrain et, par là même, une plus grande autonomie de ceux-ci par rapport aux détenteurs des savoirs techniques.

L'ouvrage a été largement diffusé en Belgique et en France. Épuisé depuis plusieurs années, il faisait encore l'objet de demandes régulières. Nous avons donc décidé de le rééditer, non seulement en actualisant les données chiffrées, mais aussi en réalisant une refonte de certains chapitres.

Si la première partie du livre, qui porte sur les notions théoriques et sur la méthodologie générale, n'a pratiquement pas été retouchée, la seconde – la « boîte à outils » – a été sensiblement remaniée. Ainsi, le chapitre I, qui proposait auparavant un outil d'analyse des messages scripto-visuels, comprend maintenant des notions et conseils pratiques pour qui se propose de concevoir et de réaliser une affiche, un dépliant ou une brochure, un spot radio ou télé, un site Internet.

Le chapitre V concerne les espaces publicitaires gratuits en radio et en télévision pour les messages de prévention et de promotion de la santé – une spécificité de la Communauté française

de Belgique. Il développe toute l'information relative à la procédure à suivre et se termine par des adresses utiles. Enfin, le chapitre VI, qui traite de l'évaluation, a été considérablement augmenté et restructuré en deux parties, portant respectivement sur le pré-test et le post-test d'un outil ou d'une campagne de communication. Plusieurs exemples sont donnés, la technique du focus group (ou « groupe focalisé ») étant particulièrement détaillée.

Au total, cela fait une quarantaine de pages supplémentaires. Sous une couverture sobre et d'une grande élégance graphique (l'explication se trouve en 4^e de couverture!).

Grâce au soutien de la Communauté française, mille exemplaires de cette nouvelle édition revue et mise à jour sont disponibles gratuitement (sauf frais de port). Une première diffusion – sur base d'un listing – a commencé en février. Les lecteurs d'Education Santé qui n'auraient pas reçu l'information peuvent s'adresser au secrétariat de l'asbl pour recevoir un bon de commande (voir l'adresse ci-dessous) ¹.

¹ Cette offre n'est valable qu'en Belgique et dans la limite de 1.000 exemplaires. S'adresser au secrétariat pour obtenir les conditions de diffusion dans d'autres pays.

La table des matières

Préambule	2.2. Ecrire un dépliant ou une brochure	2. Procédure pour obtenir des espaces gratuits
Première partie	3. Réalisation d'un spot TV ou radio	Les supports concernés
I. NOTIONS IMPORTANTES	3.1. Etat de la situation	Formulaire de demande d'espaces gratuits
II. CADRE THEORIQUE	3.2. Stratégie de communication	3. Quelques commentaires pour le remplissage du formulaire
1. Communiquer ? Les théories modernes de la communication	3.3. Objectifs de la campagne	4. Comment le dossier est-il analysé ? Grille d'évaluation utilisée par la Commission d'avis "Campagnes radiodiffusées"
1.1. La communication comme technique	3.4. Public visé par la campagne	5. Comment utiliser les mass médias ?
1.2. La communication comme relation interpersonnelle	3.5. Stratégie médiatique	5.1. Complémentarité des outils de communication
1.3. Les médias de masse	3.6. Stratégie créative	5.2. Radio ou télévision ?
1.4. Les enjeux de la communication	3.7. Scénario	6. Est-ce efficace ?
2. Agir sur le comportement ? Les modèles psychosociologiques	4. Réalisation d'un site Internet	7. Analyse de la répartition des espaces audiovisuels attribués par la Communauté française de 1998 à 2002
3. Agir sur les comportements en communiquant ? Ethique et communication en santé	4.1. Choix d'un type de site : statique, dynamique ou interactif	8. Adresses utiles
III. PROPOSITIONS METHODOLOGIQUES	4.2. Déterminer une arborescence	9. Quelques notions de média planning
1. Analyser la situation	4.3. Rédaction du contenu des différentes pages	VI. EVALUATION D'UNE CAMPAGNE PUBLICITAIRE
1.1. Quel est votre point de départ ?	4.4. Définir les hyper-liens	I. Pré-test d'un outil de communication
1.2. Définissez et le problème et la population	4.5. Lisibilité rime avec sobriété	1. Le focus group : conseils pratiques
1.3. Envisagez-vous déjà une action de communication ?	4.6. Les "pop-up"	2. Exemple de questionnaire qualitatif pour prétester un spot radio
1.4. Quelle est la crédibilité du promoteur de l'action de communication ?	II. TECHNIQUES DE PRODUCTION	3. Pré-test d'un spot TV
1.5. Qu'est-ce qui a déjà été fait ?	1. La production graphique	4. Exemple de canevas de synthèse d'un pré-test par focus group
1.6. Conclusion	1.1. Le devis	II. Post-test d'une campagne
2. Définir les objectifs	1.2. Etapes de production	1. Post-test d'une campagne d'affichage
2.1. Distinguer les niveaux d'objectifs	1.3. Délai de production	2. Post-test par sondage
2.2. Opérationnaliser	2. La production photographique	2.1. Campagne de prévention du tabagisme
3. Définir le(s) public(s)-cible(s)	2.1. Le devis	2.2. Campagne grand public de sensibilisation sur l'antibiorésistance
4. Déterminer le contenu du message	2.2. Etapes de production	VII. FINANCEMENT PAR SPONSORING
5. Choisir le ou les outils	2.3. Délai	1. Barrières endogènes
6. Concevoir le message	3. La production audiovisuelle	2. Barrières exogènes
6.1. Le brainstorming	3.1. La production radiophonique	3. Les pièges
6.2. La méthode du co-système	3.2. La production télévisuelle	4. Les règles éthiques
6.3. Les critères du "bon" message	III. NOUVELLES TECHNOLOGIES MEDIATIQUES	5. Le point de vue du sponsor
6.4. Quelques règles pour créer un slogan	1. Nomenclature des médias	6. Conseils pratiques
6.5. Les "tons" dans la communication	2. Les médias électroniques	VIII. LEXIQUE DES TECHNIQUES DE PRODUCTION
7. Planifier la diffusion	2.1. Définition	1. La production graphique
8. Evaluer l'action	2.2. Médias électroniques et éducation pour la santé	2. La production photographique
Récapitulatif	2.3. Le phénomène Internet	3. La production radio
Deuxième partie	IV. RELATIONS AVEC LA PRESSE	4. La production TV
La boîte à outils	1. Les médias dans la Communauté française	Bibliographie
Mode d'emploi	1.1. La presse écrite	
I. CONCEPTION ET REALISATION D'OUTILS	1.2. La radio	
1. Conception et réalisation d'une affiche	1.3. La télévision	
1.1. Le sens de lecture d'une affiche	2. Communiquer avec la presse	
1.2. Les éléments constitutifs d'une affiche	2.1. Communiqué et dossier de presse	
2. Rédaction et réalisation d'un dépliant	2.2. Qui contacter ? Quand ?	
2.1. Structure du dépliant	2.3. La conférence de presse	
	V. ESPACES PUBLICITAIRES GRATUITS	
	1. Sur quelle base peut-on obtenir des espaces gratuits ?	

Par ailleurs, rappelons qu'en tant que Service communautaire de promotion de la santé agréé par la Communauté française, l'asbl Question Santé propose une aide méthodologique et pratique aux services et associations de terrain qui souhaitent développer la communication dans le champ de la promotion de la santé, qu'elle soit de type

médiatique, communautaire, institutionnel... Cette aide est gratuite dans le cadre de nos missions.

Alain Cherbonnier
Communication et promotion de la santé.
Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques, Bruxelles, Question Santé éd.,

2^e éd. 2004, 240 p. (frais de port : 5 timbres Prior à 0,50 euros).

Adresse de l'éditeur : Question Santé,
rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02 512 41 74, fax : 02 512 54 36.
Courriel : question.sante@skynet.be.
Site www.questionsante.org

Estime de soi

Liège

De mars à juin 2005

Le Planning familial "Le 37" organise un atelier sur l'estime de soi, pour toutes les personnes désireuses de réfléchir et d'agir concrètement afin d'améliorer leur estime de soi.

L'atelier se déroulera au centre aux dates suivantes : en journée : les mardis 8/03, 22/03, 12/04, 26/04, 10/05 et 14/06 de 13h30 à 16h30; en soirée : les jeudis 10/03, 24/03, 14/04, 28/04, 12/05 et 16/06 de 19h à 22h00

Prix : 80 euros pour l'entièreté du module (6 séances de 3 heures)

Inscription indispensable au centre de planning familial le "37", rue St. Gilles 29 à 4000 Liège. Tél.: 04 223 77 89.

Handicap

Namur

8 mars 2005

Dans le cadre de la Journée internationale de la femme, le Département de psychologie des Facultés universitaires Notre-Dame de la Paix de Namur organise un séminaire sur le thème Femme et handicap.

Nombre de participants limité à 15 personnes.

Renseignements : F.U.N.D.P.,

Faculté de médecine, Département de psychologie, rue de Bruxelles 61, 5000 Namur.

Tél.: 081 72 43 99 ou 081 72 44 30. Courriel :

michel.mercier@fundp.ac.be ou mme@psy.fundp.ac.be.

Internet : <http://www.fundp.ac.be/psycho>

Santé mentale

Nivelles

15 mars 2005

Patients psychiatriques - familles - soignants. Quelle place pour chacun ?, par le **D^r Benoît Gillain**, psychiatre aux Cliniques universitaires Saint-Luc.

Conférence-débat organisée par SIMILES Brabant wallon, en collaboration avec la Mutualité chrétienne et l'ACIH-AAM du Brabant wallon.

Lieu : Motel de Nivelles (20 heures).

PAF 3 EUR, étudiants 2 EUR.

Renseignements : SIMILES Brabant wallon,

avenue Junon 6, 1450 Chastre. Tél. 010 65 64 62.

Courriel : brabant.wallon@similes.org.

Méthodologie

Bruxelles

21 mars 2005

Les Unités de recherche EPITRAUMAC et BIostat de l'École de santé publique de l'ULB organisent mensuellement (le lundi entre 12h30 et 14h) un atelier méthodologique.

La séance consiste en une présentation d'une (nouvelle) méthode épidémiologique et/ou statistique suivie d'une discussion entre les participants.

L'atelier du 21 mars aura pour thème *La confusion et l'interaction en épidémiologie* et sera présenté par le **D^r Alain Levêque**.

Envie de participer ? Inscrivez-vous en envoyant un courriel à **Christelle Senterre** (Christelle.Senterre@ulb.ac.be).

Tél : 02 555 61 64, Fax : 02 555 40 49

Le planning complet peut être consulté sur le site <http://www.ulb.ac.be/esp/epitraumac>, page [atelier méthodos]

Familles

Brabant wallon

24 mars 2005

Le Centre local de promotion de la santé du Brabant wallon organise la deuxième journée de son cycle sur la santé et le bien-être des familles.

La journée 'Modes de vie' a pour objectifs :

- mieux comprendre les modes de vie des familles d'aujourd'hui;
- étudier l'impact de l'alimentation, la consommation de tabac et d'alcool sur la santé;
- proposer des pistes d'actions concrètes pour changer en famille les comportements.

Cette journée s'adresse à tous ceux et celles qui vivent en Brabant wallon et/ou travaillent dans le secteur de la santé, social, culturel, de l'environnement, de l'enseignement, de l'emploi, de l'aide à la jeunesse...

Lieu : Espace Culturel Perez (Chaumont-Gistoux)

Renseignements et inscriptions :

Centre local de promotion de la santé du Brabant wallon, avenue de Wisterzée 56, 1490 Court St Etienne.

Site : www.cpls-bw.be. Tél : 010 62 17 62.

Assuétudes

Charleroi

21 mars 2005

A l'initiative de Carolo Contact Drogues, du Centre de santé mentale du CPAS de Charleroi et de l'AJMO, le groupe Paradox, espace de parole pour parents d'adolescents, organise un groupe pour les personnes désireuses de partager leurs expériences et leurs difficultés avec leur(s) enfant(s).

La première séance se déroulera le 21 mars 2005 de 13h30 à 15h30.

Inscriptions et informations : Carolo Contact Drogues, rue d'Angleterre 10, 6000 Charleroi.

Tél.: 071 30 26 56. Fax : 071 30 25 59.

Courriel : cps.carolocontactdrogues@charleroi.be

Epilepsie

Liège

22 mars 2005

Conférence sur le thème Epilepsie et hyperkinésie, par le **D^r Jean-Marie Dubru**, neuropédiatre (20h).

Renseignements :

Ligue francophone belge contre l'épilepsie,

Centre de Liège, rue Alex Bouvy 16, 1020 Liège.

Tél. 04 341 29 92.

Obésité

Havré

18 mars 2005

L'Observatoire de la santé du Hainaut organise, dans le cadre des *Midis santé du Bois d'Havré*, une conférence

sur l'accompagnement de la personne obèse, par le **D^r Dereppe**, Centre d'orthonutrition du Centre hospitalier régional du Tournais (de 12h à 14h).

Renseignements : Observatoire de la santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré.

Tél. 065 87 96 14. Fax 065 87 96 79. Courriel :

observatoire.sante@hainaut.be. Site :

<http://observatoiresante.hainaut.be> rubrique Agenda.

Journée mondiale de la santé

7 avril 2005

Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant est le thème de la Journée mondiale de la santé organisée par l'OMS.

Toute information sur le site

<http://www.who.int/world-health-day/2005/fr>

Alcool

Saint-Malo (F)

7 et 8 avril 2005

Congrès international francophone Vents d'Ouest sur le thème « Alcool et famille », organisé par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA 35 - Rennes) et Pégase Processus (centre de formation aux pratiques systémiques et aux thérapies familiales - Saint-Brieuc).

Il a pour but de faciliter la compréhension des enjeux psychologiques, familiaux, sociaux et de santé de la phase précoce pour faciliter la prévention, le diagnostic et l'accès au soin; d'offrir un panorama des méthodologies d'aide aux familles et aux buveurs, des méthodologies de prise en charge éducative et thérapeutique pour les enfants et adolescents vivant dans ces familles ou placés, des perspectives d'aide pour les conjoints co-dépendants...

Programme détaillé, résumé des ateliers,

liste des intervenants et bulletin d'inscription sur

<http://pegaseprocessus.free.fr>

Assuétudes

Bruxelles

13, 18 et 23 avril 2005

Prévention des assuétudes et des toxicomanies : module interdisciplinaire de formation (3 jours) destiné à tout adulte relais confronté à la question des drogues : intervenants psycho-médico-sociaux, enseignants, éducateurs, parents, stagiaires, etc.

Lieu : rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles

Renseignements : Prospective-Jeunesse, Claire Haesaerts, tél. 02 512 17 66, fax 02 513 24 02,

courriel claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be

Santé publique

Besançon

3 au 8 juillet 2005

2^e Université d'été francophone en santé publique, organisée par la Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté.

L'Université d'été vise à faire le lien entre action et recherche et à répondre à des problématiques

concrètes, en favorisant une réflexion et des échanges autour d'expériences originales. La promotion de la santé en constituera le fil conducteur.

Les 17 modules proposés sont destinés prioritairement à des professionnels en activité et des personnes œuvrant au sein d'institutions ou d'associations des champs sanitaires, sociaux ou éducatifs.

Durant la semaine, chaque participant suivra un des 17 modules qu'il aura choisis. Les enseignements comportent 8 demi-journées de formation (du lundi matin au vendredi matin). Au cours de la semaine, deux conférences débats plénières avec table ronde seront organisées sur des sujets d'actualité.

Le programme complet et la liste des modules sont disponibles sur le site

<http://www.urcam.org/univete/index.htm>.

Tarifs : 500 euros à titre individuel jusqu'au 31 mars 2005 (après cette date 600 euros) et 650 euros pour les personnes qui s'inscrivent dans le cadre de leur institution (800 euros après cette date). **Date limite d'inscription : 15 mai 2005.**

Contact : Pascale Baudier, Université d'été francophone en santé publique, Faculté de médecine et de pharmacie, Place Saint-Jacques, F-25030 Besançon cedex.

Téléphone : +3 81 66 55 75.

Courriel : pascale.baudier@univ-fcomte.fr

Table belge de composition des aliments

La 4^e édition de la *Table belge de composition des aliments*, publiée par l'asbl NUBEL, présente la composition nutritionnelle des aliments qui sont présents dans l'alimentation normale de la population belge.

La Table propose aussi une liste de denrées alimentaires avec des poids et des mesures, permettant au diététicien, au nutritionniste ou au consommateur averti de calculer la valeur nutritive de son alimentation, ainsi qu'une liste des additifs.

Signalons enfin que NUBEL a développé un logiciel intitulé "Planning alimentaire" et un site reprenant une banque de données de noms de marque (www.inernubel.be).

Tout renseignement sur ces outils (payants!) auprès de NUBEL asbl., Madame Carine Seeuws, Ministère de la Santé publique, Quartier Arcades - Local 4.024, 1010 Bruxelles. Tél. 02 210 48 28.

Courriel : carine.seeuws@health.fgov.be.

Santé des jeunes

Le Comité régional d'éducation pour la santé du Nord Pas-de-Calais publie un dossier documentaire sur le thème de la santé des jeunes et de l'adolescence. Constitué d'articles et de textes de références récents, il aborde le thème en trois points :

- des points de vue : adolescence, précarité, état de santé des jeunes;
- des orientations : promotion, éducation, prévention, éthique;
- des actions : autour de l'écoute et de la relation.

Une bibliographie complète le dossier.

Renseignements : CRES Nord Pas-de-Calais, rue Faidherbe 13, F-59046 Lille. Tél.: +3 20 15 49 40.

Courriel : cresnpdc@wanadoo.fr

Formation

L'A.P.P.A. (Association des Praticiens en Psychologie Appliquée) et l'asbl Ecole des Devoirs Reine Astrid de Mons publient l'édition 2005 du "Guide des formations complémentaires en psychologie, psychothérapie, travail social, éducation et sciences humaines".

Il comprend plus de 150 pages et présente plus de 200 formations complémentaires organisées par les Universités, les Hautes Ecoles, l'Enseignement de Promotion Sociale, les Centres de Formation PME et les organismes privés. Il est aussi couplé à un site Internet accessible sur www.ipse.be

Les formations qui y sont décrites sont entre autre consacrées à la sophrologie, à la psychomotricité, à l'orthopédagogie, aux remédiations pédagogiques, à la gestion mentale, à la médiation, à la dynamique de groupes, à l'éducation à la santé, à l'éducation non violente, à la prévention du SIDA et des drogues, à la gérontologie, à la gestion du secteur non-marchand, à la gestion scolaire, à l'écoute relationnelle, à l'accompagnement de personnes âgées, malades ou en fin de vie, à la P.N.L., à la sociologie, à l'anthropologie, aux sciences sociales et du travail, aux sciences politiques...

Le guide est disponible au prix de 10 euros, port compris, en versant ce montant au compte 068-2159286-93 de "Guide des Formations", Résidence Bois de Courrière 1, 7100 La Louvière.

Pour obtenir des renseignements plus précis sur ce guide, contacter Monsieur Philippe Gosuain, Coordinateur de la rédaction, Résidence Bois de Courrière 1, 7100 La Louvière.

Tél.: 064 57 00 92. ou courriel guideformation@hotmail.com

Promotion de la santé et réduction des risques :

la question du tabac... toujours avec filtre ?

Après un long temps de focalisation sur les drogues illicites, des discours alarmistes se développent sur des produits jusque là plus ou moins épargnés par la diabolisation. Ainsi en est-il du tabac.

Bien que de plus en plus de gouvernements occidentaux s'accordent à poursuivre une politique sanitaire de réduction des risques en matière de psychotropes illicites, cette dernière n'en reste pas moins arrimée à l'impératif de la norme de l'abstinence contrôlée ou de la substitution psychomédicalement assistée. Pour le tabac, on occulte même cette possibilité de réduire les risques liés à l'usage que l'on concède à l'héroïne, par exemple.

Les axes préventifs restent donc trop souvent centrés sur la réduction de la demande et les méthodes préconisées relèvent beaucoup de stratégies comportementales de l'évitement par la peur et la fascination de l'interdit.

La société actuelle titube, voire s'écartèle entre deux modèles, un modèle humaniste (la promotion de la

santé et la réduction des risques) et un modèle totalitaire (surprotecteur, le « tout à l'abstinence »).

L'un, centré sur la complexité, vise la responsabilisation, l'émancipation de l'individu, l'autre vise au contrôle total des déviances pour imposer la bonne voie et formater les individus selon une idéologie linéaire.

Le 33^e Cahier de Prospective Jeunesse (revue trimestrielle) tente d'ouvrir des pistes pour réfléchir à ce constat. La question en tension est la suivante : n'est-on pas en train de refaire le même chemin semé d'embûches, d'exclusion et de moralisme par rapport à ce produit légal qu'est le tabac et à la manière de concevoir son inscription sociale, que par rapport à ce que jusqu'il y a peu on considérait comme les « seules » drogues ?

Pour commander ce Cahier ou recevoir la liste des autres numéros parus, contactez Claire Haesaerts, Secrétaire de rédaction. Tél.: 02 512 17 66, fax : 02 513 24 02, courriel : claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be.

Modification

Nous vous présentons dans le n° du mois passé le programme de formation "Tabagisme, dépendance et consommation" organisé par l'asbl Promotion Santé et Développement Durable. Une petite modification par rapport à ce programme : le module Préalables des 22 et 23 mars aura lieu à Namur au lieu de La Louvière, tandis que le module 4 Accompagnement du projet des 29 juin et 15 septembre se déroulera, lui, à La Louvière et non à Namur.

Vous avez une Brève à communiquer ?

Voici les dates ultimes d'envoi de vos informations pour parution dans le n° du mois suivant.

15/3	200 - avril 2005
15/4	201 - mai 2005
15/5	202 - juin 2005
15/7	203 - août 2005
15/8	204 - septembre 2005
15/9	205 - octobre 2005
15/10	206 - novembre 2005
15/11	207 - décembre 2005
15/12	208 - janvier 2006

Merci de tenir compte du délai d'acheminement de la revue vers les abonnés.

En général, elle leur parvient avant le 10 du mois concerné.



Dossier - L'Europe à l'heure de la promotion de la santé

Éditorial

La promotion de la santé, un champ en devenir dans une Europe élargie, *Marie-Claude Lamarre*

Promotion de la santé : regards sur l'Europe

À quoi ressemble l'Europe de la promotion de la santé ? *Erio Ziglio, Christine Brown*

Il y a plusieurs Europes de la promotion de la santé, *Michel O'Neill*

Entreprises favorables à la santé : une utopie en marche en Europe, *Gregor Breucker*

Une Europe partagée entre plusieurs modèles

Comment articuler recherche, politique et pratique ? Le Royaume-Uni, cas d'école, *Don Nutbeam*

Espagne : passer de la prévention à la promotion de la santé, *Concha Colomer, Rosana Peiró*

Lutte contre le sida : la méthode roumaine s'exporte chez les voisins, *Irina Dinca, Alexandru Rafila*

Promotion de la santé : qui fait quoi en Europe ?

La promotion de la santé passe aussi par l'Union européenne, *Jérôme Voiturier*

Une « Union internationale » pour la promotion de la santé, *Marie-Claude Lamarre*

L'Europe s'organise en réseaux

Santé mentale : un remue méninges européen, *Éva Jané-Llopis*

Éducateurs de rue, un réseau Nord-Sud autour de l'Europe, *Edwin de Boevé*

Master européen de promotion de la santé, une lente gestation, *Catherine Jones*

Vingt pays européens pour une base de données en ligne, *Catherine Jones*

Drogues : un portail européen nommé Elisad, *Thomas Rouault, Anne Singer*

Pour en savoir plus, *Sandra Kerzanet, Anne Sizaret*

Aide à l'action

Des ateliers-santé mixtes, pour améliorer l'estime de soi, *Sarah Vozelle, Nathalie Brodt, Corine Sebban*

La santé en chiffres

Les Français sous-estiment les risques d'exposition au soleil, *Cécile Fournier, Julie Bottéro*

International

L'Algérie se lance dans le sevrage tabagique, *Mokhtar Hamdi Cherif*

La santé à l'école

Léa et le feu, un coffret pédagogique d'éducation à la santé pour les 8-10 ans, *Bruno Housseau*

Lectures - outils

Olivier Delmer, Sandra Kerzanet, Fabienne Lemonnier

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

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

Internet : www.inpes.sante.fr

Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Charlotte Lonfils, Roger Lonfils, André Lufin, 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 : Edouard Descampe, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Tirage : 2.600 exemplaires.

Diffusion : 2.400 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.

Sommaire

Initiatives

Sodas et snacks sucrés à l'école : le regard de *Kroll* 2

Promotion de la santé chez les personnes âgées : éviter les chutes par *Martine Bantuelle et Marie-Christine Van Bastelaer* 3

Substances chimiques : la société civile se mobilise!, par *Véronique Bouttin et Anne Thibaut* 5

Prévention tabac, par *Christian De Bock* 6

La réalité sociologique du sida aujourd'hui, par *Vladimir Martens* 8

En Centrafrique, utiliser le préservatif n'est plus un péché, par *Jules Yanganda* 13

Acquisitions

Les nouveautés enregistrées par Infor Santé en 2004 9

Réflexion

L'éducation du patient à l'hôpital, par *Carine Maillard* 14

Lu pour vous

Une réédition très attendue : Communication et promotion de la santé, par *Alain Cherbonnier* 16

Brèves 18

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique, 25 € pour 11 numéros pour l'étranger. Paiement uniquement par virement bancaire. RIB : BACBBEBB. IBAN : BE60 7995 5245 0970.

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).

Secrétaire de rédaction adjoint :

Catherine Spièce (02-515 05 85).

Journalistes : Véronique Janzyk, Carine Maillard, Myriam Marchand.

Responsable des rubriques Acquisitions. Brèves.

Documentation. Lu pour vous. Matériel et Vu pour vous : Maryse Van Audenhaege (02-246 48 51).

Documentation : Maryse Van Audenhaege.

Site internet : Maryse Van Audenhaege.

Contact abonnés : Maryse Van Audenhaege, Carole Feulien (02 248 46 52)

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

Tél.: 02-246 48 53. 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).



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