

**BILAN DU PREMIER PROGRAMME QUINQUENNAL DE PROMOTION DE LA SANTÉ** en p.10 à 16

# Un programme alimentaire pour handicapés mentaux

## Un nouveau projet visant l'amélioration de la santé et de la qualité de vie de personnes adultes trisomiques 21

**C**réé par l'APEM (Association de parents et de personnes trisomiques 21) en 1982 dans la région verviétoise, le service d'accueil de jour *La fermette* ouvre quotidiennement ses portes à une cinquantaine de personnes adultes trisomiques 21 des deux sexes, atteints de déficience mentale modérée et sévère.

En septembre 2000, à la suite d'une étude et d'une analyse détaillée, il apparaît que la moitié de ces personnes souffrent d'obésité et plus d'une dizaine de surcharge pondérale.

Ces problèmes entraînent une série de conséquences extrêmement négatives pour leur santé. Du point de vue strictement physique, il existe une relation entre l'obésité et certaines maladies ou affections, certains de ces troubles étant déjà présents très précocement chez la personne trisomique 21 et associés au handicap.

Désireux de lutter efficacement et avec énergie contre l'excès de poids, nous avons mis en place au sein de *La fermette* un nouveau programme alimentaire.

### Développement du programme alimentaire

#### Période 2000-2001

Devant les échecs soldant nos différentes tentatives isolées réalisées depuis plus de 10 ans quant à la limitation de la prise de poids chez nos adultes, nous avons décidé de modifier radicalement dès novembre 2000 la politique en matière d'alimentation et de développer un programme ancré sur 4 axes :

- celui du suivi médical et alimentaire des adultes et particulièrement de ceux appartenant à un **groupe-pilote** constitué à l'intérieur de l'institution et composé au départ de 10 adultes, 5 hommes et 5 femmes, souffrant tous d'une importante surcharge pondérale, voire d'obésité, et vivant des réalités différentes au niveau de leur contexte de vie en 'après-journée', retour en famille pour 4 de ces personnes, retour dans une institution privée pour 4 autres, retour dans notre Service résidentiel pour les deux dernières). Les garants de cet axe sont le médecin de l'institution et la cuisinière;
- celui des **activités physiques adaptées** et organisées plus spécialement pour les adultes du groupe-pilote. La garante de cet

axe est la kinésithérapeute de *La fermette*;

- celui du suivi du milieu de vie en 'après-journée' de ces adultes (famille ou institution). Les garants de cet axe sont la psychologue de l'institution avec les responsables de la vie en 'après-journée';
- celui enfin du suivi **psychopédagogique** et du soutien de ce même petit groupe. La garante de cet axe est la psychologue de l'institution.

En septembre 2001, les deux premiers axes ont déjà pris un bel essor.

Concernant le suivi médical et alimentaire :

- anamnèse alimentaire en début de programme pour chaque personne;
- récolte de données objectives (courbe de poids des 10 personnes du groupe-pilote remise à jour par quinzaine);
- contacts individuels entre le médecin généraliste de l'institution, la famille de la personne et un médecin nutritionniste extérieur (avis, conseils...);
- contacts entre le médecin généraliste, la cuisinière de l'institution et le médecin nutritionniste débouchant sur d'importantes modifications des repas de midi et des collations dans l'institution (composition des menus, modes de cuisson...), au bénéfice de tous les adultes fréquentant *La fermette*.

Concernant les activités physiques adaptées :

- intégration dans le planning individuel des 10 personnes du groupe-pilote d'activités sportives adaptées (aquagym ou natation une fois par semaine et fitness 2 fois par semaine pour chacun);
- récolte de données objectives (mensurations corporelles comme tour de thorax, taille, cuisse...).

A l'époque, les deux autres axes, c'est-à-dire celui du suivi du milieu de vie en 'après-journée' des membres du groupe-pilote et du soutien psychopédagogique de ceux-ci, sont nettement à la traîne, faute de moyens en personnel pour consacrer du temps au développement de ces aspects.

#### Période 2001-2002

En novembre 2001 le Ministère de la Communauté Française octroie à notre institution une subvention portant sur les aspects pilotes du projet, à savoir la coordination des garants (médecin, kinésithérapeute, cuisinière, psychologue, responsables de vie en 'après-journée'), la

mise en place d'outils didactiques et donc du suivi psychopédagogique du groupe-pilote et d'un partenariat avec d'autres institutions et enfin l'évaluation du programme (aspects novateurs et perte de poids).

D'emblée, afin de développer ces différents points, la psychologue bénéficie d'un quart temps supplémentaire.

En octobre 2001, deux nouvelles personnes rejoignent le groupe-pilote de départ, deux autres ont déjà atteint un « poids de croisière » et sont maintenues dans le programme afin de stabiliser ce poids, et une autre personne a quitté le groupe.

C'est pourquoi il est question de 11 adultes dans la suite de cet article.

#### La coordination des garants du programme

Les réunions et contacts entre la cuisinière, le médecin, la kinésithérapeute et la psychologue de l'institution ont constitué des moments privilégiés et indispensables de dialogue et de collaborations entre ces différents « spécialistes ».

Ils ont permis le développement harmonieux et concerté des 4 axes du programme et mis en lumière l'importance et la complémentarité des rôles joués par chacun non seulement dans un projet comme celui-ci mais dans la vie de l'institution en général.

La coordination entre les garants institutionnels et les partenaires de vie en 'après-journée' par le biais de réunions (en moyenne tous les 2 mois) et de contacts écrits rapportant l'évolution bi-mensuelle du poids des adultes via les carnets de communication s'est bien orchestrée.

Les réunions ont connu un taux élevé de participation des familles et des éducateurs des services résidentiels.

Tous ont trouvé enrichissants et encourageants les moments de rencontre et apprécié d'être tenus régulièrement au courant de l'évolution des courbes de poids des adultes, ce qui leur permettait d'évaluer leur action et leurs attitudes vis-à-vis des intéressés et éventuellement de les réajuster.

#### La mise au point d'outils didactiques et le suivi psychopédagogique du groupe-pilote

Dès le mois d'octobre 2001, la psychologue va rencontrer les 11 adultes à raison d'une

fois par semaine, par demi-groupe, durant 1h30 environ.

Les objectifs poursuivis lors de ces rencontres sont multiples.

Le premier est de permettre à chaque personne de s'approprier personnellement le programme, qu'elle l'investisse en tant qu'acteur, qu'elle en comprenne l'utilité et l'intérêt, autrement dit qu'elle soit motivée à perdre du poids ou à le stabiliser et que cette motivation soit entretenue.

Les autres objectifs, qui découlent directement du premier, sont de valoriser les efforts de chacun réalisés dans le sens d'un amaigrissement ou d'une stabilisation de son poids, et de donner des connaissances en matière de choix et de bons comportements alimentaires qui, dans la mesure du possible, seront transférées dans les autres milieux de vie des adultes concernés.

Pour tendre à la réalisation de ces objectifs, différentes stratégies ont été utilisées, des outils didactiques adaptés ont été construits :

- grille de courbe de poids gérée par les adultes eux-mêmes ;
- contrat d'engagement de l'adulte dans le programme alimentaire ;
- jeux divers sur base d'images de nourriture découpées dans des publicités, de photos d'aliments à identifier, à classer...
- syllabus de synthèse reprenant sous forme de dessins, de photos et de textes simples les grands thèmes abordés pendant les rencontres.

Les stratégies didactiques mises en place lors des cours reposent sur l'alternance de temps d'apprentissage sous forme de jeux, de travail sur la courbe de poids personnelle, de discussions et de mises en situation.

Celles contribuant à entretenir la motivation des intéressés et à valoriser leurs efforts passent par la création d'un système de renforçateurs primaires et secondaires (gratifications « matérielles », sociales... comme remise de médaille ou de certificat en présence des familles...).

### La mise en place de partenariats avec d'autres institutions

Les collaborations créées avec 2 institutions partenaires, accueillant elles aussi des personnes handicapées mentales et amenées à réagir par rapport à des problèmes d'obésité vécus au sein de leur population ont été utiles et nous ont mutuellement enrichis :

- échange d'informations générales et d'outils didactiques et contacts entre les cuisinières des différentes institutions,
- rencontre de nos adultes du groupe-pilote



avec les résidentes d'une des deux autres institutions (valorisation des personnes, renforcement de l'intérêt des participants pour le « bien-manger »...).

Ces partenariats vont se prolonger en 2003.

### Evaluation des résultats du programme

Le tableau ci-dessous reprend les principaux enseignements de ce projet.

#### Discussion

Si l'on considère l'évolution des poids des adultes du groupe-pilote sur les deux dernières années, c'est-à-dire depuis le démarrage du programme, tous, à part une personne entrée plus récemment dans le groupe et connaissant des problèmes de santé particuliers (12), ont perdu du poids.

Sur les dix adultes qui ont maigri, cinq ont perdu entre 9,450 et 13,600 kg, un autre plus nouvellement intégré dans le groupe en a perdu 7,500 ; les quatre autres ont perdu sur deux ans entre 1,700 et 5 kg.

Si l'on envisage maintenant les six adultes pour lesquels on peut parler de « réussite », on constate qu'ils sont de niveaux intellectuels très divers mais par contre que cinq d'entre eux ont identifié rapidement une motivation claire et personnelle à perdre du poids et qu'ils ont tous les six bénéficié d'un intérêt et d'un soutien accru au niveau de leur famille qui a relayé les informations reçues et accompagné véritablement dans les mots et dans les actes les efforts de leur enfant, de leur frère ou sœur, et cela indépendamment de leur éventuel hébergement durant la semaine.

En conclusion, on peut avancer l'hypothèse que le soutien apporté par le milieu familial

couplé à une motivation personnelle et bien ancrée de la personne à perdre du poids sont des facteurs de réussite dans le domaine de l'amaigrissement de nos adultes bien plus déterminants qu'un facteur comme le bon niveau cognitif. Ce dernier est sûrement « facilitant » mais en l'absence des 2 autres facteurs précédemment cités, il semble n'avoir que peu d'influence sur le résultat espéré.

Ceci nous encourage à maintenir notre coordination avec les milieux de vie en 'après-journée' et notre soutien psychopédagogique dans le sens d'une plus grande compréhension du programme et de son utilité par chacun, de la recherche et/ou de l'entretien de la motivation profonde de la personne.

L'analyse des données spécifiques récoltées par la kinésithérapeute, notamment celle du tableau des mesures des plis cutanés pendant une période de 3 mois, met en évidence une diminution du pourcentage de graisse corporelle chez tous les adultes du groupe, y compris ceux n'ayant perdu que peu de poids.

Cet aspect souligne une nouvelle fois l'importance de coupler l'exercice physique à une bonne hygiène alimentaire, et aussi de tenir compte d'autres données que la simple diminution de poids si l'on veut évaluer l'impact d'un programme comme celui que nous développons sur la santé des personnes (dans ce cas, amélioration de celle-ci par la diminution de la masse graisseuse et le « tonus » insufflé aux membres du groupe par leur participation plus intensive à des activités physiques et observé quotidiennement par la kinésithérapeute).

**Tableau de synthèse de différentes données se rapportant aux personnes du groupe-pilote**

Sujet	Sexe	Niveau de déficience mentale	Milieu de vie	Date entrée	Poids nov. 2000	Poids nov. 2001	Poids sept. 2002	Perte de poids depuis nov. 2001	Résultat moyen à l'épreuve de classement des aliments (max =10)	Soutien apporté par le milieu familial (de 1 à 5)	Motivation de la personne à maigrir (de 1 à 3)
1	—	Modéré	F	Nov. 2000	83,800	80,500	79,500	4,300	8,6	3	1
2	—	Sévère	F	Nov. 2000	91,500	Personne sortie du groupe-pilote en octobre 2001.					
3	—	Limite modéré - sévère	IM	Nov. 2000	63,150	60,850	61,450	1,700	7,3	4	1
4	—	Modéré	F	Nov. 2000	64,750	55,700	51,300	13,450	9,6	5	3
5	—	Modéré	IM	Nov. 2000	73,750	67,600	68,800	4,950	9,6	3	2
6	—	Limite modéré - sévère	F	Nov. 2000	85,950	83,500	75,550	10,400	6,6	5	3
7	—	Limite léger - modéré	IG	Nov. 2000	76,550	63,600	62,950	13,600	9,3	5	3
8	—	Modéré	IM	Nov. 2000	60,650	52,500	51,200	9,450	9,6	5	3
9	—	Limite modéré - sévère	IG	Nov. 2000	86,250	78,000	75,850	10,400	7,3	5	3
10	—	Modéré	IM	Nov. 2000	70,300	68,200	66,700	3,600	10	1	2
11	—	Modéré	F	Oct. 2001		85,450	77,900	7,550	8,6	5	1
12	—	Sévère	IG	Oct. 2001		60,350	60,450	Gain de 0,100	6,6	4	1

Explication de certaines cotations.

**Niveau intellectuel :**

importance de la déficience intellectuelle établie d'après la valeur du QI (donnée conservée dans le dossier psychopédagogique de la personne).

**Type de milieu de vie en après-journée :**

F : retour en famille.

IM : retour en institution (home privé).

IG : retour en institution (glanée).

**Résultat moyen à l'épreuve de classement des aliments :**

moyenne des 3 épreuves de classement d'aliments proposées aux membres du groupe en décembre 2001, mars 2002 et septembre 2002.

**Soutien apporté par le milieu familial :**

5. existence dans l'entourage de la personne d'au moins 1 membre de sa famille (père, mère, frère, sœur...) qui participe aux réunions et encadre activement et régulièrement la personne au cours du programme (encouragements verbaux,

valorisation des efforts, intérêt manifesté pour le programme par de nombreuses questions posées en cours de réunions, témoignages verbaux d'initiatives et suivi de la personne dans le sens d'une meilleure diététique et d'une perte de poids quand l'occasion se présente...);

4. même définition que 5 avec toutefois une intensité moindre dans l'encadrement de la personne (parce que les contacts avec elle sont moins nombreux et/ou que l'entourage dispose de moins de ressources de différentes origines pour assurer ce suivi...);

3. participation d'au moins un membre de la famille de la personne aux réunions mais peu d'encadrement régulier réalisé par lui au niveau de la personne dans le sens d'une meilleure diététique ou d'une perte de poids ( peu de contacts et/ou peu de moyens à disposition pour réaliser un encadrement actif et/ou difficultés à mobiliser ces moyens vu la situation familiale...;

2. participation occasionnelle d'un membre de la famille aux réunions mais pas d'encadrement de la personne réalisé par ce membre de la famille dans le sens d'une meilleure diététique ou d'une perte de poids ;

1. pas de participation aux réunions ni de suivi réalisé par au moins un membre de la famille de la personne.

**Motivation de la personne à maigrir :**

3. existence chez la personne dès le 2<sup>e</sup> mois de fonctionnement du soutien psychopédagogique d'une motivation spontanément déclarée, stable et personnelle à perdre du poids ;

2. existence chez la personne d'un intérêt pour le programme diététique portant sur d'autres aspects que l'amaigrissement sans qu'une motivation personnelle et stable à perdre du poids ne soit spontanément déclarée et explicitée ;

1. pas de motivation spontanée et personnelle déclarée par rapport à l'amaigrissement, peu d'intérêt manifesté pour le programme diététique.

**La suite du programme en 2003**

Il est évident que le programme se poursuit en 2003!

Les personnes ont toujours dans toute la mesure du possible au minimum deux activités physiques adaptées programmées dans leur semaine.

Le soutien psychopédagogique des adultes du groupe continue également, à un rythme moins soutenu (une fois par quinzaine), avec le maintien de la gestion par les adultes de leur courbe de poids personnelle, l'entretien des connaissances et bons réflexes en matière d'alimentation sur base du mini-syllabus qui formalise par

des photos, des dessins et des textes simples toutes les notions abordées pendant l'année 2002, et surtout la recherche et/ou l'entretien de la motivation personnelle de chaque adulte à maigrir en mangeant mieux et en bougeant. Quatre autres adultes ont en outre intégré le programme début février 2003.

Le contact écrit avec les intervenants de vie en 'après-journée' est maintenu et des réunions sont organisées avec eux trimestriellement (réunions d'échange et à thème).

Les partenariats avec les 2 institutions de départ vont certainement se prolonger et d'autres institutions ou écoles sont déjà

venues dans le courant de cette année frapper à notre porte afin de pouvoir échanger sur les thèmes de l'alimentation adaptée, de la diététique en institution, du développement d'un programme tel que le nôtre etc.

On peut dire qu'aujourd'hui le programme alimentaire fait partie intégrante du projet d'accompagnement de l'institution.

Isabelle Lejeune, Psychologue au S.A.J.A. *La fermette*

Adresse de l'auteur : *La fermette, rue Victor Close 41, 4800 Verviers (Polleur). Tél.: 087-22 33 55. Courriel : fermette@yucom.be*

## Prévention des maladies cardiovasculaires en médecine générale

### La Communauté française lance des projets-pilotes auprès de 6000 patients

La *Semaine du cœur*, qui s'est tenue du 21 au 27 septembre dernier, présentait une bonne opportunité pour rappeler que la préservation de la santé cardiovasculaire est une des priorités de la Communauté française. Les maladies cardiovasculaires y sont, en effet, la première cause de mortalité : elles sont responsables d'un décès sur trois et touchent les femmes comme les hommes. Mais ce n'est pas une fatalité. Nous pouvons agir afin de diminuer l'incidence des troubles cardiovasculaires. Et en tant que Ministre de la Santé, j'ai décidé de faire de la prévention de ce problème de santé publique, une priorité.

#### Des moyens modestes

Dans ce contexte, je me dois de souligner, une fois encore, que la prévention reste le principal facteur qui contribue aux gains de santé alors que chez nous, lorsqu'on consacre 1 € pour la prévention en Communauté française, on en dépense plus de 1.000 pour le remboursement des soins de santé au niveau fédéral. Cette disparité des moyens attribués à la prévention par rapport au curatif (12,5 millions € contre 15,5 milliards €) démontre l'intérêt de construire dans la cohérence une politique de santé et pas seulement de soins de santé afin de récolter, à terme, le bénéfice des actions de prévention sur la consommation des soins. C'est la raison pour laquelle je souhaite que les entités fédérale et fédérées travaillent ensemble à l'élaboration d'un accord de coopération cadre en matière de prévention. Afin de mener une politique de prévention cohérente, coordonnée et efficace, j'ai d'abord tenu à doter la Communauté française d'un arsenal réglementaire et de moyens nouveaux pour mieux prévenir les

maladies qui engendrent les plus hauts taux de mortalité<sup>1</sup>. La pratique quotidienne montre, en effet, qu'il est très difficile de prendre en compte de façon harmonieuse et pertinente tant la prévention que la promotion de la santé axée sur la « recherche du bien-être » et donc sur le renforcement des déterminants positifs de la santé comme l'activité physique par exemple.

Désormais, l'extension du décret « Promotion de la santé » à la prévention permet d'une part, d'articuler les différents programmes de prévention et d'autre part, de générer des synergies avec les démarches d'éducation et de promotion de la santé. La prévention en Communauté française dispose donc, enfin, d'un cadre législatif qui permet d'agréer des structures et de financer les programmes.

D'autre part, le *Plan d'action pour la charte d'avenir* de la Communauté française apportera des moyens supplémentaires pour permettre le développement de différents programmes de médecine préventive : 166.000 € viennent compléter en 2003 le budget global de 5.870.000 € attribué à la médecine préventive. Ces moyens nouveaux atteindront les 2.653.000 € en 2010.

#### De multiples facteurs de risque... de multiples réponses

La consommation de tabac, d'alcool, l'obésité, le stress et la sédentarité sont les premiers facteurs de risque relevant du style de vie. D'autres facteurs comme l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète interviennent également dans l'apparition des troubles cardiovasculaires. En Belgique, selon *l'Enquête de santé* réalisée en 2001 par l'Institut scientifique de la santé publique :

- 36 % des personnes (de 15 ans et plus) qui ont subi un contrôle ont un taux de cholestérol trop élevé. Ce pourcentage augmente considérablement avec l'âge, passant de 46 % dans la tranche des 25-34 ans à près de 90 % chez les personnes âgées de 65 à 74 ans ;
- 28 % des personnes (de 15 ans et plus) qui ont subi un contrôle ont une tension artérielle trop élevée. Ce pourcentage augmente aussi avec l'âge : 39 % pour la tranche 55-64 ans, 41 % pour les hommes de 65 à 74 ans, 50 % pour les femmes de 65 à 74 ans ;
- 13 % des personnes (de 15 ans et plus) qui ont subi un contrôle ont une glycémie trop élevée. Ce pourcentage reste stable autour des 7 % dans les tranches d'âges les plus basses pour augmenter à partir de 55 ans et atteindre 27 % chez les personnes de 75 ans et plus.

A ces chiffres, il convient d'ajouter que la Belgique compte :

- 29 % de fumeurs journaliers avec un pic à 39 % chez les hommes âgés de 15 à 24 ans et chez les femmes de 35 à 44 ans ;
  - entre 60 et 85 % des gens sont sédentaires ou quasi sédentaires ;
  - 49 % d'hommes et 28 % de femmes qui accusent une surcharge pondérale et 14 % d'hommes et 13 % de femmes qui souffrent d'obésité ;
  - entre 5 et 10 % d'alcooliques.
- Le manque d'exercice physique, à lui seul, double le risque de maladie cardiovasculaire mais aussi d'obésité et d'apparition du diabète gras, tous deux augmentant encore la probabilité que surviennent des problèmes cardiovasculaires.

<sup>1</sup> Voir à ce sujet 'Décret organisant la promotion de la santé en Communauté française', Education Santé n°183, p. 8 à 13

## Le vélo, c'est la santé, en faire un peu tous les jours, c'est la conserver!

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans notre monde moderne, nous ne faisons plus assez d'exercice physique au quotidien. Le progrès a consacré le principe de la loi du moindre effort. L'automobile, l'escalator ou l'ascenseur, c'est tellement facile qu'il est devenu difficile de s'en passer. Et pourtant, ce manque d'activités physiques menace fortement la santé de 7 personnes sur 10 dans les pays dits développés (maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle, cholestérol, surcharge pondérale, voire obésité, diabète, cancer du côlon, ostéoporose, stress, dépression, etc.). D'après les statistiques de l'OMS, cette sédentarité serait responsable de plus de 2 millions de décès prématurés par an dans le monde, soit beaucoup plus que les accidents de la route. Une demi-heure de vélo par jour suffit à prolonger l'espérance de vie de plusieurs années. L'OMS recommande à chacun une dose minimale journalière de 30 minutes d'exercice physique modéré.

Diverses solutions sont possibles : certains prendront leur voiture et paieront fort cher pour aller s'enfermer tous les jours dans une salle de sport le soir après leur travail, et y pédaler sur place ; d'autres préféreront prendre le vélo pour effectuer les déplacements quotidiens vers le travail ou vers l'école et effectuer gratuitement et naturellement cet exercice physique quotidien avec les meilleures chances de pérennisation. La dose minimale recommandée par l'OMS est de 2 x 15 minutes de vélo par jour, à son aise et sans forcer, soit 2 x 4 à 5 km. Rouler à vélo, c'est gai, chacun le sait. Le vélo, c'est la liberté. Pas de problèmes d'embouteillages ni de stationnement.

Sachant qu'il faut réduire l'usage de l'automobile, que 50 % des déplacements en voiture se font sur moins de 5 km et que le vélo est bon marché et tellement bon pour la santé, celui qui choisit de se déplacer à vélo fait preuve d'une bonne dose de bon sens, et sans doute aussi de civisme. Un peu de vélo le week-end, c'est chouette. Mais en faire son moyen de déplacement quotidien, c'est non seulement chouette, bon pour la mobilité et l'environnement, mais aussi très bon pour la santé.

D'où la démarche sympathique de l'asbl GRACQ (les Cyclistes quotidiens) à l'occasion de la *Semaine de la mobilité 2003*, avec le soutien de la Communauté française Wallonie-Bruxelles, d'une campagne de sensibilisation du grand public aux bienfaits du vélo quotidien pour la santé face aux méfaits de la sédentarité.

Une recommandation que le rédacteur en chef d'*Education Santé* suit d'ailleurs scrupuleusement depuis plusieurs années, ayant la chance d'habiter à moins de 5 km de son boulot. Et non, qui dit rouler en ville ne signifie pas automatiquement tempérament suicidaire, et non, il ne pleut pas tout le temps en Belgique, loin de là. En observant le ciel, on peut toujours trouver une éclaircie d'un quart d'heure, même les journées pourries!

Notons aussi que la même asbl va également sensibiliser les professionnels de santé à la « prescription médicale de la pratique du vélo » d'ici la fin de l'année.

GRACQ asbl, rue de Londres 15,  
1050 Bruxelles. Tél.: 02 - 502 61 30.

Internet : [www.gracq.org](http://www.gracq.org)

C.D.B.

Ces différents éléments doivent, de toute évidence, être pris en considération dans une approche globale et intégrée de prévention. Le problème est complexe, il appelle de multiples réponses.

Il est donc nécessaire d'une part de modifier certains comportements et d'autre part, de proposer un dépistage adapté et ciblé. Ces objectifs sont également poursuivis, de façon complémentaire, par des campagnes d'information et d'éducation. Certaines sont en cours actuellement, comme celle prônant l'activité physique menée avec l'Observatoire de santé du Hainaut<sup>2</sup> ou celle des *Cyclistes quotidiens* (voir encadré) qui encourage à prendre son vélo le plus sou-

vent possible. D'autres campagnes sont d'ores et déjà prévues : en novembre, des spots audiovisuels sous la forme de dessins animés seront diffusés afin de sensibiliser les enfants de 8 à 10 ans à une alimentation équilibrée, à un bon rythme de sommeil et au plaisir de se bouger.

### Le rôle crucial des généralistes

Dans ce combat d'envergure, j'ai tenu à associer les généralistes qui développent des contacts réguliers avec leurs patients. En moyenne, il faut savoir qu'un médecin traitant voit 75 % de sa patientèle chaque année et que le patient lui rend visite entre quatre et cinq fois par an. Il est ainsi évident

qu'une relation de proximité et de confiance peut facilement s'installer.

Depuis deux ans, je finance une étude menée par la Fédération des maisons médicales et l'Institut de médecine préventive de la Société scientifique de médecine générale sur le développement potentiel de la prévention en médecine générale. Cette étude fait le constat de la place privilégiée occupée par les médecins généralistes dans les actions de santé publique et de promotion de la santé. Le rôle du médecin traitant est *reconnu à la fois par la population qui voit en lui un scientifique de proximité librement choisi et par les décideurs politiques et les responsables sanitaires qui le considèrent comme le maillon essentiel de la réussite des actions de santé... c'est la relation directe et personnalisée avec toute la population.*

De plus, plusieurs enquêtes envers le grand public ou les patientèles montrent clairement que les patients attendent implicitement de leur docteur qu'il leur propose des actions de prévention pour rester en bonne santé.

D'autre part, les généralistes se déclarent prêts à participer activement aux programmes de santé publique qui doivent s'inscrire dans *une approche organisée et réfléchie du praticien pour favoriser la santé de son patient.* L'étude insiste, dès lors, sur la nécessité d'une législation facilitant ces approches, tout en prévoyant la participation des médecins à l'élaboration de ces programmes. C'est ce que j'ai tenu à réaliser avec l'extension du décret « Promotion de la santé » au champ de la prévention.

Cependant, il apparaît très clairement que si les généralistes souhaitent s'investir dans la prévention, leur cursus universitaire ne leur permet pas d'acquérir une véritable culture de la prévention. Leur formation les pousse naturellement à devenir des « fournisseurs de soins ». Il est donc utile aujourd'hui de réfléchir à l'intégration de la dimension « prévention » dans leur formation initiale.

La phase préparatoire de mon projet de développement d'un programme de prévention cardiovasculaire en médecine générale vient d'être clôturée. Elle a comporté plusieurs étapes : concertation, état des lieux des actions de prévention menées en Communauté française, définition des fonctions nécessaires à un programme de prévention cardiovasculaire, identification des intervenants potentiels.

<sup>2</sup> Voir l'article « Une campagne de promotion de l'activité physique au quotidien », par Véronique Janzyk, *Education Santé* n° 182, p. 10 et 11.

Il s'agit à présent de mettre en place les éléments favorables à ce programme de prévention qui repose sur l'identification et le suivi du risque cardiovasculaire global. Nous entamons donc la phase expérimentale avec le lancement de projets-pilotes d'envergure qui impliqueront 60 médecins et 6000 patients.

### Les projets-pilotes

Pour une question d'efficacité, j'ai sollicité la candidature, pour ces projets expérimentaux, de groupes préexistants de médecins disposant déjà d'une forme de structuration. Chacun de ces groupes est composé de dix généralistes. Chaque médecin s'engage à :

- participer aux séances de formations ;
- sensibiliser cent patients « réguliers » avec leur accord. Au total, ce sont ainsi 6000 patients âgés de 30 à 70 ans qui se verront proposer une offre de prévention cardiovasculaire ;
- recueillir, sur base d'un protocole consensuel, les données sanitaires des patients, les éléments de facilitation vue d'une amélioration des pratiques.

Suite à cet appel à projets, dix groupes ont déposé leur candidature : associations de médecins, GLEMS, associations de maisons médicales, dodécagroupes. Six groupes répondant aux critères sont sélectionnés et seront réunis, pour la première fois, le 18 octobre. Dans la sélection, nous veillons, également, à retenir des groupes exerçant dans des zones rurales et citadines. Pour son fonctionnement, chaque groupe recevra 7.500 €, ce qui porte le budget global à 45.000 €.

Constitué d'un groupe de pilotage, d'un comité d'accompagnement et d'un observateur, un centre expérimental de référence a été mis en place en juillet 2003. Ce centre de référence a défini un consensus sur les recommandations en prévention cardiovasculaire en médecine générale. Sur cette base, un protocole détaillé a été établi afin de préciser les paramètres de prévention à relever et à enregistrer en terme de dépistage (tension artérielle, poids, indice de masse corporelle, risque cardiovasculaire global, cholestérol et glycémie). Il comporte également le relevé de données comme le tabagisme, la sédentarité, l'alimentation.

Le centre de référence établira et coordonnera les formations destinées aux généralistes participants. Il est également chargé de développer des outils d'information à destination des patients, des cardiologues, des diététiciens et des acteurs-relais en éducation pour la santé en matière de tabac, alimentation, stress...



C'est le centre de référence qui centralisera toutes les données recueillies, que ce soient celles relevées auprès des 6000 patients ou celles définies par les généralistes comme étant des freins ou des éléments favorables à la prévention. Le centre a aussi une mission d'évaluation au bout de deux années d'expérimentation. Une évaluation intermédiaire aura déjà lieu en mars-avril 2004.

### Conclusion

L'installation de ces projets-pilotes est la première concrétisation du cadre législatif dont dispose, depuis peu, la prévention en Communauté française. A long terme, il s'agit de diminuer l'apparition de troubles cardiovasculaires en Communauté française et de ce fait, prolonger l'espérance de vie : l'infarctus, par exemple, entraîne une perte de plus de sept années potentielles de vie chez les hommes. C'est loin d'être négligeable!

Pour ce faire, il faut mettre toutes les chances de notre côté, c'est-à-dire créer les conditions optimales de prévention. Les expériences-pilotes qui débutent aujourd'hui, et qui se dérouleront pendant 18 mois, poursuivent clairement cet objectif.

A moyen terme, il faudra également implanter le dépistage des facteurs de

risque et la promotion de la santé cardiovasculaire en médecine générale. Ces expériences serviront ainsi de base à l'élaboration d'arrêtés d'exécution concernant la prévention des facteurs de risque et la promotion de la santé cardiovasculaire.

Concrètement, les généralistes sélectionnés vont entamer leur formation dès octobre et les patients seront informés directement par leur médecin traitant à partir de janvier 2004. A noter encore, que le protocole élaboré par le centre de référence est sans précédent : c'est la première fois qu'un tel consensus a été obtenu.

Enfin, avec le programme « mammoth » de dépistage du cancer du sein lancé il y a deux ans, ce sont deux initiatives spécifiques qui rencontrent aujourd'hui les deux plus importantes causes de mortalité en Communauté française. Mon souhait est en tout cas de donner l'impulsion nécessaire à la réalisation complète de ce vaste plan de lutte contre les maladies cardiovasculaires. Le calendrier que je me suis fixé devrait permettre le lancement du programme à l'échelle de la Communauté française en septembre 2005.

Nicole Maréchal, Ministre de la Santé

# Avez-vous fait le bilan de vos vaccinations ?

Chaque automne, nous avons droit à une campagne de promotion des vaccins visant les personnes âgées de plus de 60 ans. Depuis une quinzaine d'années que cela dure, le message a évolué : hier, il était vivement recommandé de se faire vacciner contre la grippe. Aujourd'hui, le conseil est de faire avec son médecin un bilan annuel concernant la protection contre la grippe, le pneumocoque, la diphtérie et le tétanos.

La campagne, bien rôdée, implique pas moins de sept partenaires pour le sud du pays : l'Association pharmaceutique belge, l'Office des pharmacies coopérantes de Belgique, Provac, Question Santé, la Société scientifique de médecine générale, le *Journal du médecin* et la Communauté française Wallonie-Bruxelles. Le tout avec la collaboration discrète de trois producteurs de vaccin, Aventis Pasteur MSD, Glaxo Smith Kline et Solvay Pharma.

## Meilleure visibilité à Bruxelles et en Wallonie

La campagne 2002 a été évaluée en décembre au moyen d'une enquête téléphonique auprès de 500 personnes représentatives de la population nationale âgée de 60 ans et plus.

Le soutien de la Communauté française, qui octroie du temps d'antenne gratuit à la campagne en radio et en télévision a un impact évident sur la sensibilisation du public : 69 % des personnes interrogées à Bruxelles et en Wallonie ont entendu des conseils pour la vaccination, contre seulement 40 % en Flandre.

À la question 'Selon vous, contre quelles maladies est-il important que l'on soit vacciné à 60 ans et plus ?', la grippe est citée

par trois quarts des répondants, le pneumocoque par 17 % en Communauté française (11 % en Flandre), et le tétanos par seulement 11 % à Bruxelles et en Wallonie (9 % en Flandre). Ces derniers chiffres sont très faibles, sachant que cette vaccination est recommandée depuis plus d'un demi-siècle. Mais ils sont cohérents avec les études qui montrent une mauvaise protection vaccinale des personnes âgées partout dans les pays développés.

Enfin, quelques chiffres plus encourageants quant à la vaccination effective des seniors, compte tenu du fait que pour le pneumocoque un rappel est conseillé tous les 5 ans, et tous les 10 ans pour le tétanos.

	Vous êtes-vous fait vacciner cet automne contre	
	Communauté française	Flandre
grippe	65	62
pneumocoque	20	13
tétanos	8	18

Source : INRA Marketing Unit, décembre 2002

## Les cordonniers mal chaussés

Le Prof. Van Ranst, virologue à l'UZ Leuven, a présenté les résultats d'une enquête auprès de 1097 personnes travaillant dans 21 maisons de repos et de soins à Turnhout et Mechelen. Il est bien connu que les professionnels de santé en contact quotidien avec une population âgée et fragile devraient se faire vacciner contre la grippe chaque année, non seulement pour ne pas être malades, mais aussi pour ne pas contaminer des résidents pour qui la maladie peut être fatale.

## Qu'en est-il dans la réalité ?

Seulement 1 membre du personnel sur 5 se fait vacciner, et ce pourcentage est paradoxalement plus faible encore parmi les gens en contact quotidien avec les patients (19,6 %) que parmi les autres travailleurs de ces institutions (27,5 %). Dans les MRS qui proposent la vaccination gratuite, 28,9 % du personnel se fait vacciner pour seulement 6,8 % des collaborateurs des MRS ne prévoyant rien.

Le pire pour la fin : 62 % des personnes interrogées croient que le vaccin peut entraîner la maladie !

## Unanimité de façade

Le Dr Trefois (Question Santé) rappelle que la vaccination contre la grippe a fait un sacré chemin depuis 1989, puisque les ventes en pharmacie sont passées de 600.000 doses à l'époque à environ 2.000.000 de doses l'an passé.

De quoi réjouir ceux qui croient aux vertus incontestables de cet acte préventif, mais aussi les producteurs du vaccin, qui observent une belle progression du marché dans notre pays. À ce propos, j'ai surpris avant la conférence de presse une conversation intéressante entre les trois représentants des firmes concernées. Deux d'entre eux ont pris le troisième à partie en se plaignant de ce que ses délégués médicaux vantent les mérites de son vaccin auprès du corps médical en dénigrant les leurs. Ambiance, ambiance... Comme quoi derrière l'engagement 'citoyen' de façade, il y a toujours la même concurrence féroce où les coups bas ne sont pas interdits !

Christian De Bock

## RÉFLEXION

# La santé et l'éducation, mamelles de la croissance

L'économie des pays se porte mieux quand leurs citoyens ne sont ni malades ni analphabètes, analyse le dernier *Rapport mondial sur le développement humain* publié par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Une évidence que le credo libéral de la dernière décennie avait fait perdre de vue.

La croissance économique et la mondialisation considérées durant la dernière décennie comme les pivots du développement des pays pauvres ont, semble-t-il, perdu de leurs attraits si l'on en croit les auteurs du Rapport mondial sur le développement humain 2003<sup>1</sup>, intitulé « *Surmonter les obstacles structurels à la croissance pour atteindre les objectifs* ».

Ils prônent aujourd'hui une nouvelle approche de l'aide et du développement, présentée dans le *Pacte du millénaire pour le développement*, un plan d'action visant les pays qui ont « *les pires difficultés à se développer* ». Au cœur de leur réflexion, la priorité absolue à donner à la santé et à l'éducation, fondements de toute croissance.



Ce pacte est parti du constat consternant que 21 pays ont vu leur situation socio-économique se dégrader au cours des années 90, selon l'indicateur de développement humain qui prend en compte l'espérance de vie, le niveau d'instruction et le revenu. Parmi eux, 14 pays africains - Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, Congo, République démocratique du Congo, Kenya, Côte d'Ivoire, République centrafricaine, Burundi, Lesotho, Swaziland, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe - et les pays de l'ex-Union soviétique dont certains sont presque au même niveau que l'Afrique.

Pourtant on enregistre aussi de bons résultats sur le continent africain, preuve que tout reste possible : 12 % de la population souffraient de la faim au Ghana en 2000 contre 35 % en 1990, le taux de scolarisation a grimpé de 20 % au Bénin, de 15 % au Mali et au Sénégal. Plus de filles vont à l'école au Mali comme en Mauritanie. Le taux de mortalité infantile a baissé un peu partout. Plus de gens ont aussi accès à l'eau potable. Malgré ces progrès notables, l'Afrique dans son ensemble a stagné durant la dernière décennie et, croissance démographique aidant, de plus en plus de gens vivent dans un dénuement extrême. Le décollage économique que devait engendrer la libéralisation se fait toujours attendre.

### Une main-d'œuvre en bonne santé et bien formée

L'enclavement géographique de nombreux pays, la mauvaise gouvernance, une répartition très inégale des revenus, la nouvelle donne des marchés mondiaux et le sida qui pèse lourdement sur certains pays expliquent ces mauvaises performances. Pour renverser la tendance, il faut certes jouer sur plusieurs fronts, mais, insistent à plusieurs reprises les auteurs du rapport, « pour obtenir une hausse sensible du revenu par habitant, il faut d'abord faire des progrès considérables en matière de santé et d'éducation ». L'importance de ces secteurs de base, souvent sacrifiés par les plans d'ajustement structurel durant les dernières décennies, revient en force aujourd'hui. Leur amélioration est celle qui entraîne toutes les autres dans son sillage. Une population en bonne santé, ce sont des enfants qui profitent mieux de l'école, des actifs plus productifs, des femmes qui utilisent des moyens contraceptifs. Et à terme une main-d'œuvre mieux formée qui fait souvent défaut.

D'autres facteurs conditionnent les investissements internationaux et le développement des petites et moyennes

## Les Objectifs du millénaire pour le développement

**1 Faire disparaître l'extrême pauvreté**  
Réduire de moitié le nombre de gens vivant avec moins d'un dollar par jour et la proportion de ceux qui souffrent de la faim.

**2 Garantir à tous une éducation primaire**

**3 Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes**  
Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements.

**4 Réduire la mortalité des enfants**  
Réduire des deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

**5 Améliorer la santé maternelle**  
Réduire des trois quarts le taux de mortalité maternelle.

**6 Combattre le VIH/sida, le paludisme et autres maladies**

**7 Assurer la durabilité des ressources environnementales**

**8 Mettre en place un partenariat mondial pour le développement**  
Instaurer un système commercial et financier plus ouvert, subvenir aux besoins spécifiques des pays les moins avancés, des pays enclavés et des petits Etats insulaires, engager une démarche globale pour régler le problème de la dette, imaginer et appliquer des stratégies de nature à créer des emplois productifs pour les jeunes, proposer des médicaments essentiels accessibles à tous, mettre à la disposition de tous les bienfaits des nouvelles technologies.

L'échéance pour atteindre les sept premiers objectifs est fixée à 2015. Aucun échéance n'est prévue pour l'objectif 8.

M-A L

entreprises, indispensables au décollage économique. Ainsi l'amélioration des transports, en particulier des routes pour désenclaver les pays sans accès à la mer et aux marchés, s'avère nécessaire dans de nombreux pays. En outre, pour la plupart des pays aux faibles marchés intérieurs, l'intégration régionale qui permet d'élargir les débouchés est vitale.

C'est le cas du Mali, pris comme exemple dans le rapport, qui est enclavé et où les habitants peu nombreux souffrent, entre autres, du paludisme et du sida. Pourtant il « pourrait se révéler performant dans l'exportation de textiles, le tourisme et le conditionnement des produits agricoles tropicaux » à condition que des seuils minimaux soient atteints en matière de santé, d'instruction et de transport.

### Sortir du « piège de la pauvreté »

C'est aux Etats d'impulser ces réformes mais le secteur privé a un rôle primordial à jouer. Cependant, et c'est un autre tournant qui se dessine, la privatisation des entreprises publiques qui s'est avérée efficace dans certains pays, n'est plus considérée comme la panacée. Enfin, estime le rapport, une décentralisation bien menée favorise l'efficacité sur le terrain et le contrôle par les populations.

Pour atteindre les *Objectifs du millénaire pour le développement*, adoptés par les diri-

geants du monde lors du consensus de Monterrey en mars 2002 (voir encadré), qui servent de cadre à ce plan d'action, les gouvernements des pays les plus pauvres doivent mobiliser leurs ressources intérieures, lutter contre la discrimination et les inégalités. Mais selon le rapport du PNUD, 59 pays dit prioritaires (dont 13 en Afrique) risquent de ne pas les atteindre sans intervention urgente des pays riches. Dans trente et un d'entre eux (dont 25 en Afrique), qualifiés « d'absolument prioritaires », les indicateurs de développement humain, très faibles, stagnent ou régressent. Ainsi au rythme actuel et sans aide supplémentaire, il faudrait plus de 150 ans à l'Afrique, pour réduire de deux tiers la mortalité infantile. C'est là qu'intervient le Pacte pour le développement proposé par le rapport : si les pays démunis s'engagent dans ces réformes, les pays riches s'engagent eux à leur apporter un important soutien pour les mener à bien : accroissement de l'aide financière, suppression des droits de douane, des quotas à l'importation et des subventions à l'agriculture, réduction ou annulation de la dette. Comment les uns et les autres conjugueront-ils leurs efforts pour sortir les pays démunis du « piège de la pauvreté »? Le rapport ne le dit pas.

Marie-Agnès Leplaideur, InfoSud-Syfia

<sup>1</sup> Voir sur [www.undp.org/hdr2003/francais/](http://www.undp.org/hdr2003/francais/)

# Un bilan du programme quinquennal 1998-2002

## L'origine de ce bilan

Le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française prévoit que « *le Gouvernement arrête un programme quinquennal de promotion de la santé, qui définit les lignes de force de la politique de promotion de la santé en Communauté française ainsi que de la politique de médecine préventive envisagée dans ses aspects collectifs* » (art. 2 § 1<sup>er</sup>). L'article 4 § 1<sup>er</sup> du même décret prévoit que « *le CSPS (Conseil supérieur de promotion de la santé)*

- propose au Gouvernement des axes prioritaires et des stratégies (...) en vue de permettre la préparation du programme quinquennal (...)
- donne un avis au gouvernement sur les projets de programme quinquennal (...),
- fait rapport au gouvernement sur l'exécution des programmes et plans sus-visés (...)

C'est dans ce cadre qu'en avril 2002, le président du CSPS a demandé aux Services communautaires de promotion de la santé (SCPS) d'effectuer un travail préparatoire à la réflexion du Conseil supérieur quant au prochain programme quinquennal.

Un groupe technique a alors été mis en place, afin de réaliser un bilan du premier programme quinquennal 1998-2002. Ce groupe technique est constitué des quatre SCPS, de la Direction générale de santé et du président du Conseil supérieur.

Le travail de ce groupe technique s'est concrétisé dans la réalisation d'un rapport comprenant quatre parties :

- l'analyse de la répartition des budgets de la santé en Communauté française (1998-2002);
- la répartition des espaces audiovisuels attribués par la Communauté française (1998-2002);
- des tableaux récapitulatifs par priorité, comprenant les dispositifs mis en place, les programmes d'action et de recherche, ainsi que les résultats;
- l'analyse qualitative de la réalisation des priorités.

Ce rapport a été présenté au Conseil supérieur le 28 mars 2003 et approuvé après amendement le 23 mai 2003 avant son envoi à Madame la Ministre Nicole Maréchal. Le CSPS n'a pas souhaité présenter la partie qualitative dans le bilan vu son manque de représentativité (en contraste

avec les données budgétaires). Toutefois, les réponses à cette enquête ont enrichi sa réflexion pour préparer les conclusions du bilan et les orientations du futur programme quinquennal.

La confiance que nous ont témoignée plusieurs dizaines d'acteurs en promotion de la santé en participant à l'enquête envoyée par courrier et proposée dans le numéro 175 d'*Education Santé* (décembre 2002) justifie que l'on présente aussi dans ce numéro les résultats de l'enquête qualitative, en sus d'une synthèse des autres chapitres repris dans le bilan transmis officiellement par le CSPS au Gouvernement.

## La démarche : son intérêt, ses limites

La question centrale de ce bilan est d'apprécier dans quelle mesure les priorités fixées au programme quinquennal ont été rencontrées. Cette évaluation devrait idéalement prendre en compte les multiples facettes du dispositif et de la structure de promotion de la santé (services, programmes annuels et pluriannuels, locaux ou communautaires, données budgétaires, initiatives politiques). Elle devrait aussi investiguer les applications du programme quinquennal qui sont mises en place en dehors de cette structure, par les communes, les provinces, d'autres ministères communautaire, régionaux ou fédéraux.

Face à cette finalité, les SCPS ont analysé, avec la Direction générale de la santé, diverses alternatives de travail. Ils ont tenu notamment compte :

- de l'absence de relevé permanent d'indicateurs pour l'ensemble des priorités énoncées dans le Programme quinquennal ;
- des données utiles et utilisables pouvant être récoltées ;
- de la faisabilité de cette collecte de données dans les limites de temps imparties ;
- de l'existence d'engagements pour la période 2003-2008, soit par acceptation de programmes pluriannuels, soit par mise en place de nouveaux textes légaux, soit par accord politique et annonce publique ;
- de la nécessité d'une continuité et d'une stabilité d'objectifs généraux pour la mise en place progressive d'une politique de promotion de la santé ;
- de la finalité qui est la rédaction d'un texte de programmation qui propose des objectifs opérationnels et mesurables ;

- du texte préparatoire de la modification du décret du 14/07/97, soumis pour avis au CSPS.

Ainsi pour aboutir à un premier bilan quinquennal réalisé dans le cadre du décret du 14 juillet 1997, des choix ont dû être réalisés. Ce sont les suivants :

Se centrer sur les priorités thématiques et par population, car elles correspondent à la manière dont les programmes sont décrits dans les documents administratifs et budgétaires. C'est ainsi que 15 « priorités » ont été définies, dont certaines se situent à la rencontre d'un thème et d'un public (population scolaire et promotion de la santé à l'école / populations fragilisées et inégalités sociales de santé).

### 15 priorités pour le bilan du programme quinquennal 1998-2002

1	Assuétudes
2	Populations fragilisées/Inégalités sociales et santé
3	Population scolaire/Promotion de la santé à l'école
4	Prévention du sida
5	Santé globale ou transversalité par rapport aux thématiques
6	Cancers
7	Politiques locales en santé
8	Problèmes de santé mentale
9	Lutte contre la tuberculose
10	Naissance et enfance
11	Vaccination
12	Promotion de la santé dans le sport et lutte contre le dopage
13	Maladies cardiovasculaires (en ce compris les facteurs de risques tels que l'activité physique, l'alimentation, l'obésité, le tabac)
14	Accidents
15	Maladies métaboliques et congénitales

Cette approche, pour être pragmatique et relativement illustrative, reste insatisfaisante puisque le programme quinquennal identifie aussi des priorités stratégiques (participation, santé communautaire, approche par milieu de vie...) et insiste sur la nécessité de travailler sur la base du concept de santé globale et des déterminants de santé sous-jacents à plusieurs

problématiques (inégalités, confiance en soi, etc.).

Pratiquement, on s'est heurté à la difficulté de classer certains programmes qui visaient des facteurs de risques communs à plusieurs thématiques (par exemple « tabac » intervient dans « assuétudes » et « cardio-vasculaire » et parfois aussi dans « promotion de la santé à l'école ») ou des interventions centrées sur des approches non thématiques (politiques locales de santé, promotion de la santé à l'école, production et diffusion d'outils...).

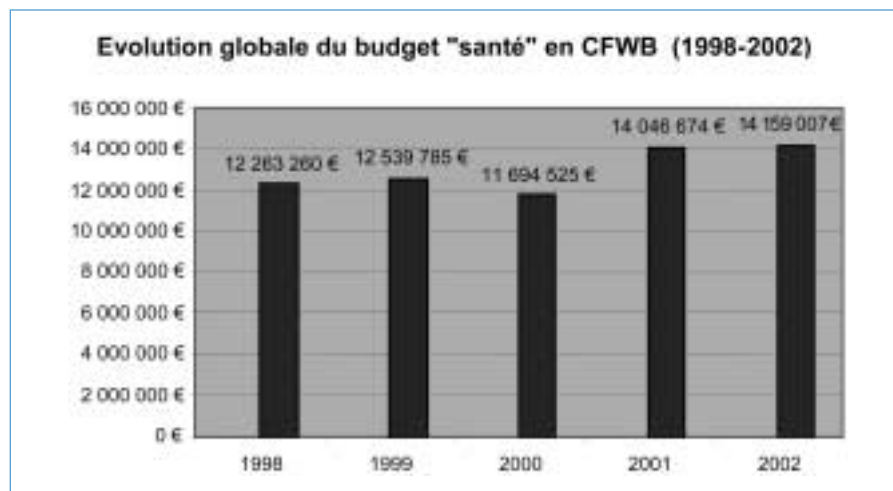
**Baser les appréciations sur une solide analyse budgétaire.** Les données budgétaires représentaient la seule information disponible de manière exhaustive. Un effort important a été réalisé à cette occasion pour rechercher et analyser l'information en essayant de mettre en regard, et si possible en cohérence, les différentes lignes budgétaires, afin de cerner plus précisément quel a été l'apport du budget santé de la Communauté française pour chacune de ces priorités. Il reste que l'on n'a pas pu évaluer l'apport des SCPS et des programmes pluriannuels des Centres locaux de promotion de la santé (CLPS) dans chacune de ces priorités, car cela aurait nécessité un travail d'analyse des rapports d'activité de ces services disponibles sur les cinq ans.

Compléter cette analyse budgétaire par le recueil d'informations qui reflètent le contenu des actions subventionnées et leur donnent un sens, qui reflètent l'évolution des problématiques pour les acteurs concernés (population ou professionnels). La solution utilisée d'une rapide enquête d'opinions quant à la rencontre des priorités et aux enjeux pour les prochaines années est fort imparfaite. Elle a surtout été adoptée pour faire exister au sein de ce bilan la parole et l'appréciation des acteurs les plus directement concernés, pour refléter les priorités autrement qu'au travers du filtre assez étroit des dispositifs budgétaires et officiels. Idéalement, l'analyse des rapports d'activité des divers services et programmes devraient fournir des éléments d'appréciation utiles dans ce sens. Les informations qui remonteront des Conférences locales de santé<sup>1</sup> devraient aussi contribuer à cette discussion.

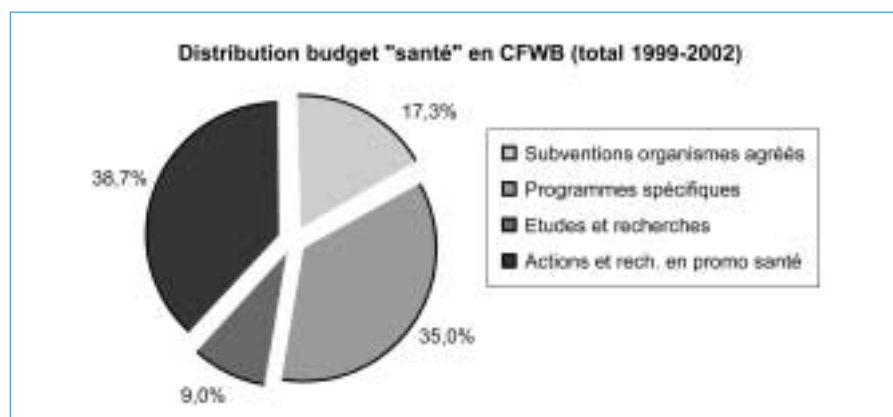
<sup>1</sup> Pour rappel, les Conférences locales de santé s'inscrivent comme un des moyens à mettre en place par les CLPS pour « initier au niveau de leur ressort territorial des dynamiques qui encouragent le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire, et qui permettent de définir des priorités d'action spécifiques pour les politiques locales de santé. » (Décret du 17 juillet 2003, art.10, 6<sup>1</sup>, 4)

## Répartition des budgets de la santé en Communauté française (1998-2002)

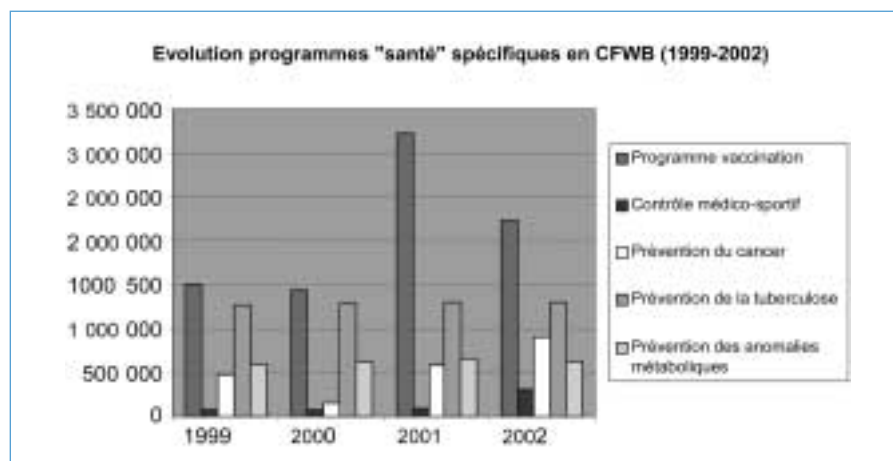
Sur les cinq dernières années, le budget annuel moyen de la santé géré par la Communauté française est de 12.940.650,22 euros.



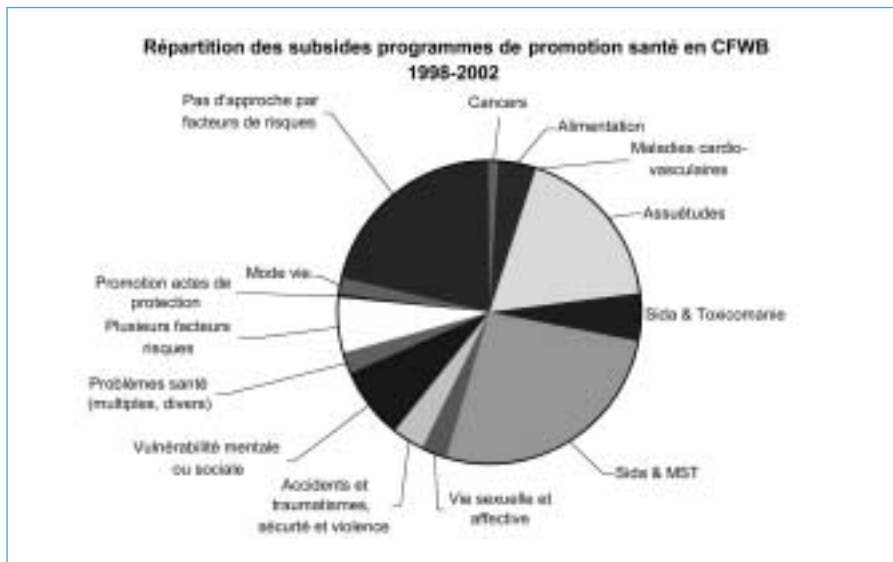
Pour mémoire, en 1998, le budget global est réparti en divers intitulés (postes budgétaires), correspondant à l'ancienne législation, et qui seront reformulés à partir de 1999. Les informations concernant les programmes spécifiques ne sont donc disponibles qu'à partir de 1999.



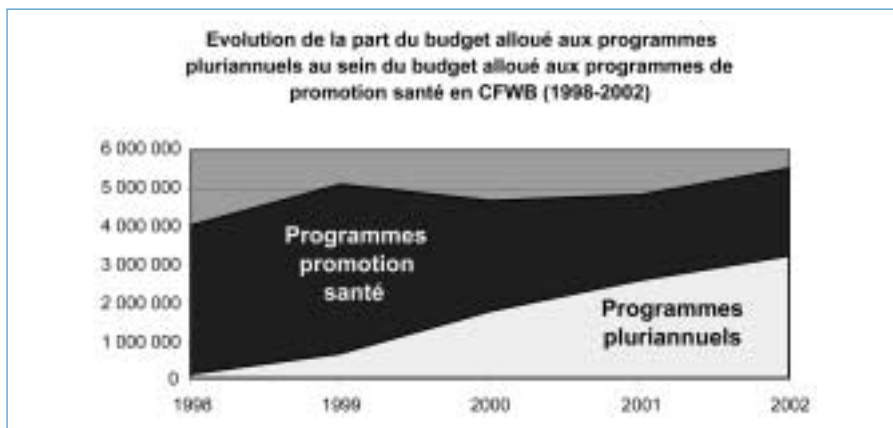
Il se décompose de la manière suivante : 38,7 % pour les actions et recherches en promotion de la santé ; 35 % pour les programmes spécifiques ; 17,3 % pour les CLPS et SCPS, 9 % pour les études et recherches.



Depuis 2001, le budget total annuel connaît une hausse liée aux programmes spécifiques de vaccination, au contrôle médico-sportif du dopage et au dépistage du cancer du sein. Le budget « études et recherches » est en diminution constante au cours des cinq dernières années. Parmi les programmes spécifiques, la vaccination vient en tête.



Parmi les programmes de promotion de la santé, la prévention du sida et des assuétudes occupe près de la moitié du budget. Le poste suivant est occupé par les « approches non centrées sur les facteurs de risques » : ce poste augmente par deux fois sur les 5 ans, la dernière augmentation provenant surtout du développement des politiques locales de santé (Conférences locales, Réseau des mandataires communaux).



Le budget des programmes d'actions subventionne pour trois quart des programmes communautaires et pour un quart des programmes locaux. Les programmes pluriannuels sont en progression constante au fil des ans, pour atteindre 58,2 % du budget en 2002.

### La répartition des espaces audiovisuels attribués par la Communauté française (1998-2002)

Pour rappel, la Communauté française met à disposition des espaces audiovisuels gratuits dans le cadre de l'Arrêté du Gouvernement du 18 janvier 1995 relatif à la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion (modifié par l'arrêté du 17 juillet 1997). Un équivalent budgétaire de 12.766.045 euros sur 5 ans a été consacré à l'attribution des espaces audiovisuels par la Communauté française. Rappelons que l'attribution des espaces est soumise à l'avis d'une Commission d'avis du CSPS. Cet avis porte sur quatre critères : l'éthique du projet, sa rigueur

scientifique, sa cohérence avec les campagnes de promotion de la santé de la Communauté française Wallonie-Bruxelles et l'intelligibilité du message. Les campagnes ayant accès aux espaces gratuits répondent donc à une procédure d'assurance de qualité.

Année par année, les temps de diffusion des campagnes et leurs équivalents budgétaires (c'est-à-dire le coût commercial des espaces utilisés) ont été relevés et regroupés en treize thèmes pour lesquels les équivalents budgétaires sur la période 1998 à 2002 ont été cumulés.

Le tableau qui suit reprend le pourcentage des équivalents budgétaires répartis par thèmes traités. Sida, vaccination et cancer constituent le trio de tête, totalisant plus de 37 % des équivalents budgétaires attribués

de 1998 à 2002. Le thème « Petite enfance » atteint 12,5 % si on cumule la prévention de la mort subite du nourrisson et la promotion du *Carnet de la mère*.

Thèmes	% des équivalents budgétaires
Sida	14,0 %
Vaccination	13,3 %
Cancer du Sein	10,7 %
Mort subite nourrisson	9,5 %
Sécurité	9,3 %
Tabac	6,9 %
Santé mentale	6,5 %
Cardiovasculaire	6,3 %
Don d'organes	6,2 %
Maltraitance	5,7 %
Médicaments	5,7 %
Handicap	3,0 %
Petite enfance	3,0 %

Dans ce tableau, on peut constater que 17,6 % des équivalents budgétaires ont été consacrés à des campagnes moins directement centrées sur les priorités énoncées dans le programme quinquennal (don d'organes, maltraitance et médicament).

### Les tableaux récapitulatifs par priorité

Ces tableaux avaient pour but d'intégrer l'ensemble des informations disponibles par priorité, afin d'avoir une vision transversale de la manière dont chaque priorité avait été rencontrée et d'en tirer éventuellement des orientations pour le futur programme quinquennal. C'est ainsi qu'on a relevé pour chaque priorité les dispositifs mis en place (décrets, services permanents, observatoires, centres de références, etc.), les tendances générales des programmes d'action ou de recherche subventionnés dans le cadre des budgets « Promotion de la santé » (programmes locaux ou communautaires ; pluriannuels ou non ; sur appels d'offre ou non ; programmes d'action, d'observation ou de recherche, etc.). Pour compléter ces tableaux, on a aussi recherché quels engagements budgétaires avaient déjà été pris pour les années 2003 à 2008.

Cette vision analytique n'est pas développée in extenso dans cet article. Seul le tableau relatif à la priorité « Maladies cardiovasculaires » est présenté à titre d'exemple. Cependant les principaux constats issus de cette analyse intégrée ont été repris dans les conclusions.

## L'analyse qualitative de la réalisation des priorités.

En complément des analyses budgétaires diverses, le groupe de travail a souhaité organiser une enquête auprès des professionnels. L'objectif était d'apporter un éclairage qualitatif sur les différentes priorités, de fournir un élément supplémentaire qui enrichirait la réflexion des lecteurs de ce bilan.

Plusieurs stratégies d'enquête ont été envisagées. Le groupe de travail a recherché une formule ouverte : éviter que cette enquête puisse être confondue avec un quelconque contrôle sur les résultats des différents programmes, mais fournir l'opportunité aux personnes de donner leur avis, éclairé par l'expérience développée au sein de projets et programmes, sur l'évolution des problèmes de santé et des stratégies qui ont fait l'objet des priorités du programme quinquennal.

Un questionnaire a été adressé par courrier aux membres du CSPS et à tous les promoteurs de programme qui ont bénéficié d'une subvention dans le cadre des lignes budgétaires « promotion de la santé » pendant trois années consécutives entre 1998 et 2002. Le groupe de travail a voulu élargir cette concertation en offrant l'occasion à tous les intervenants actifs en promotion de la santé de participer à ce bilan. Ce questionnaire a donc également été

diffusé dans le numéro 175 (décembre 2002) de la revue *Education Santé*.

Quarante personnes ont répondu à cette enquête, parmi lesquelles douze membres du CSPS. Toutes ces personnes avaient reçu le questionnaire par envoi postal.

Les répondants ont une moyenne de 15,1 ans d'expérience en éducation et promotion de la santé avec un maximum de 30 ans et un minimum de 3 ans. Les réponses ont fait l'objet d'une analyse de contenu par priorité.

*La synthèse de cette analyse proposée ci-dessous doit être examinée avec prudence. En effet, certaines priorités ont été abordées par très peu de répondants et ne reflètent donc qu'un avis partiel de la question. D'autres priorités ont été traitées sous un angle particulier. Ainsi la vaccination ou le cancer, sont principalement commentés en référence à des programmes d'action spécifiques (vaccination contre la méningite, dépistage du cancer du sein). Deux priorités (accidents et maladies métaboliques et congénitales) n'ont fait l'objet d'aucun commentaire*

### I. Assuétudes, dont le tabac (10 répondants)

Les éléments de satisfaction sont centrés sur l'ouverture enregistrée dans les pratiques de prévention des assuétudes, ouverture à laquelle

a contribué l'intégration de cette thématique dans le cadre plus vaste de la promotion de la santé. On relèvera la prise en considération des produits licites (tabac, alcool), l'intégration de la prévention des assuétudes dans une vision positive et globale de la santé, l'approche par réduction des risques, les stratégies intersectorielles et participatives, le développement et la richesse de la concertation et du travail en réseau, les positionnements officiels contre les pratiques sécuritaires et en faveur d'une limitation de l'accès au tabac.

Les éléments d'insatisfaction concernent l'absence d'une politique globale concertée et cohérente, notamment entre les différents niveaux de pouvoir, l'insuffisance des moyens financiers et le mode d'attribution de ceux-ci qui précarisent les intervenants. En ce domaine le mode de programmation fixé par le décret de promotion de la santé semble peu adapté.

Ce sont ces mêmes éléments d'insatisfaction qui rendent la situation actuelle préoccupante : on craint de ne pas avoir assez de poids pour assurer l'approche « promotion santé » ressentie comme positive et progressiste mais minoritaire par rapport notamment à l'approche sécuritaire. Cette crainte se fonde entre autres sur le peu de moyens disponibles concernant une problématique qui est au

Maladies cardiovasculaires	
Bilan 1998–2002	Perspectives 2003–2008
<p><b>Dispositifs mis en place</b></p> <p>Aucun dispositif en relation directe avec les maladies cardiovasculaires n'a été repéré. Cependant, on peut pointer l'interdiction de publicité en faveur du tabac (AR du 10/12/97, décret wallon du 10/06/98, arrêts de la cour d'arbitrage des 30 septembre 1999 et 12 mars 2001) qui agit sur un des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires.</p> <p>On peut également pointer la mise en place d'un nouveau décret de promotion de la santé dans la pratique du sport, visant l'interdiction du dopage et sa prévention en Communauté française (décret du 8 mars 2001).</p>	<p><b>Dispositifs mis en place</b></p> <p>Lancement de projets pilotes de prévention cardiovasculaire en médecine générale</p>
<p><b>Programmes d'actions et de recherche</b></p> <p>Les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires communément admis tels que l'alimentation, le tabac et le sport ont fait l'objet de subsides spécifiques :</p> <p><b>alimentation</b>, 20 projets (6 locaux et 13 communautaires) pour un montant de 976.210 € soit 4,06 % du budget des programmes de promotion santé pour la période 1998-2002 ;</p> <p><b>tabac</b>, 12 projets (4 locaux et 8 communautaires) pour un montant de 465.421 € soit 1,93 % du budget des programmes de promotion santé pour la période 1998-2002 ;</p> <p><b>promotion du sport</b>, 7 projets (1 local et 6 communautaires) pour un montant de 60.441 € soit 0,25 % du budget des programmes de promotion santé pour la période 1998-2002.</p> <p>Seule l'année 1999 a vu subsidier deux projets impliquant précisément la prévention des maladies cardio-vasculaires pour un montant de 37.184 € représentant 0,15 % du budget des programmes de promotion de la santé pour la période 1998-2002.</p> <p>La thématique a également bénéficié d'un équivalent budgétaire de 801.626 € représentant 6,3 % du total des espaces audiovisuels gratuits pour la période 1998-2002. Ce pourcentage atteint 13,2 % si on y ajoute la thématique tabac (881.585 €), soit un total de 1.683.211 €.</p>	<p><b>Programmes d'action et de recherche</b></p>

centre d'intérêts socio-économiques, idéologiques et sociaux divergents.

En conséquence, trois enjeux principaux sont envisagés pour l'avenir :

- consolider l'approche « promotion santé » des assuétudes tant au niveau de la population cible et des acteurs de terrain, qu'au niveau des politiques de santé publique et des différents pouvoirs publics ;
- favoriser et élargir la concertation à tous les niveaux (entre les acteurs de terrain, entre acteurs de terrain et pouvoirs publics, entre les différents pouvoirs politiques, etc.) pour favoriser l'adoption d'une approche commune des assuétudes ;
- inscrire les programmes assuétudes dans la stabilité (programmes pluriannuels, agrément pour 5 ans, reconnaissance des équipes, adaptation des subventions à l'indexation, etc.).

## 2. Populations fragilisées/Inégalités sociales et santé (9 répondants)

De l'avis général, il semble que la sensibilisation des acteurs et professionnels quant au travail avec les publics défavorisés ait augmenté. Parallèlement, on accorde plus d'importance à l'approche communautaire. De manière générale, cette nécessité est mieux reconnue, « on en parle ».

Cependant cette priorité ressortit plus d'un discours que d'un réel programme, alors que, de l'avis général, les inégalités de santé augmentent, de même que la précarisation. Ainsi on regrette surtout le manque de politique concertée (notamment avec le secteur des soins), l'absence de spécialistes de santé publique dans le milieu associatif. On relève l'incompatibilité d'une programmation annuelle des projets avec les stratégies privilégiées par le programme quinquennal : le public n'est pas consulté, les professionnels sont peu formés à l'approche complexe de ces populations, et à la communication avec elles, l'approche intersectorielle reste difficile, on consacre peu de moyens à la recherche et à la diffusion d'outils et de méthodes pour le travail de proximité. Par exemple, les initiatives de terrain sont peu connues...

En conséquence les enjeux suivants sont identifiés :

- faire une priorité réelle de la prise en compte des déterminants sociaux des problèmes de santé dans tous les programmes, notamment en favorisant le travail interministériel et en accentuant la coordination des politiques ;
- définir le public cible en plusieurs sous-publics et reconnaître la population fragilisée comme acteur prioritaire ;
- augmenter la formation des relais du personnel de santé et la production d'outils, créer plus de partenariat ;

- faciliter l'accès aux subsides pour les petites associations.

## 3. Population scolaire / Promotion de la santé à l'école (9 répondants)

L'école reste un milieu privilégié, où se développent de plus en plus fréquemment des programmes sur le long terme et en partenariat. La mise en place de tels programmes bénéficie aussi des moyens mis à disposition par le Ministre de l'Enseignement. Les enseignants sont de plus en plus sensibles aux concepts de santé globale, de santé mentale et de bien-être. Le cadre institué par le programme quinquennal de promotion de la santé et même par le décret PSE sont perçus comme facilitant ces évolutions.

Toutefois on relève un certain manque de pragmatisme de ces directives par rapport aux réalités de terrain qui s'expriment notamment

- par un manque de temps ou de ressources pour faire face aux demandes et aux besoins d'autant plus que l'on assiste à une dégradation de l'environnement scolaire et à une paupérisation de certains milieux ;
- par une surcharge administrative ;
- par la difficulté de travailler dans la cohérence et de dépasser les cloisonnements entre différents types d'acteurs.

La situation actuelle est perçue comme une étape transitoire dans un processus en plein devenir mais face aux freins relevés ci-dessus, beaucoup s'interrogent sur la possibilité de continuer à s'inscrire dans cette évolution.

Les enjeux relevés sont multiples tant sur le plan des objectifs que des stratégies.

Relevons-en les principaux :

- mettre en place les conditions institutionnelles, stratégiques (intersectorielles) et pédagogiques (formation) qui favorisent une appropriation des approches par des acteurs diversifiés, en ce compris les pouvoirs politiques ;
- renforcer les liens entre la promotion de la santé à l'école et la promotion de la santé hors école, notamment en favorisant la participation et la collaboration de l'ensemble des acteurs scolaires, mais aussi des autres acteurs qui gravitent autour de l'école ;
- inscrire ces approches dans une perspective de santé publique.

## 4. Prévention du sida (6 répondants)

La réussite de l'intégration de la prévention du sida dans une approche plus globale de promotion de la santé est perçue différemment selon les répondants : certains constatent une avancée en ce sens, d'autres pas. D'un côté, on insiste sur la nécessité de continuer à œuvrer pour intégrer la prévention sida dans l'éducation sexuelle et affective, sur le manque de concertation et de coordination intersectorielle au niveau local. De l'autre, on se réjouit

du maintien ou de la création de structures spécifiques à la prévention du sida.

L'insatisfaction est nettement marquée quant à la mise en œuvre du dépistage et les difficultés d'accès à celui-ci. Les préoccupations s'organisent autour de quatre axes : inégalité des subsides octroyés aux organismes de terrain, manque d'outils, diminution de la visibilité, désinvestissement du champ de la prévention...

En conséquence, les enjeux suivants sont soulevés pour les prochaines années :

- favoriser l'émergence de programmes de prévention, avec définition d'objectifs concrets en terme de connaissance et de prévention, dans la population générale et dans les populations à risque ;
- améliorer les stratégies d'actions proposées dans le programme quinquennal : renforcer la concertation et l'action intersectorielle, augmenter l'implication des pouvoirs publics locaux, organiser la formation continue des intervenants...
- augmenter les moyens financiers pour des programmes de 5 ans et renforcer les structures existantes.

## 5. Santé globale ou transversalité par rapport aux thématiques (5 répondants)

Ces réponses se situent plutôt sur le versant négatif. Sont dénoncés : l'excès de médiatisation de certains thèmes entraînant la diminution de la qualité des informations diffusées, le recul du sentiment de bien-être, le manque d'intérêt aussi bien dans le chef des politiques que du public (les parents par exemple) pour la notion de bien-être, la définition de publics cibles trop étriqués, l'absence de définition du concept de santé globale, l'absence de projet collectif des professionnels pour sortir de leur spécialité.

Les enjeux suivants sont donc identifiés :

- définir le concept de santé globale et le rendre opérationnel, notamment en insistant pour que soient formulés à l'intérieur de chaque programme les liens concrets avec d'autres thématiques ;
- former les intervenants aux démarches d'assurance de qualité et aux techniques d'approche globale de la santé ;
- renforcer les approches qui responsabilisent le citoyen et l'amènent à une réelle prise en charge de sa santé.

## 6. Cancers, dont le cancer du sein (5 répondants)

La mise en place du programme de dépistage du cancer du sein est accueillie comme un réel progrès pour les possibilités qu'il ouvre en matière de concertation et de partenariat aussi bien entre les acteurs qu'entre les divers niveaux du pouvoir politique.

Cependant, on dénonce les difficultés d'opérationnalisation et l'ancrage dans une approche qui reste plus curative que préventive. Les objectifs formulés en terme de taux de participation occultent l'importance d'ancrer le programme dans le temps et de l'articuler à une stratégie de prévention globale portant sur les facteurs de risque.

Les enjeux identifiés sont les suivants (qui ne concernent pas que le seul cancer du sein) :

- favoriser la participation récurrente de la population concernée aux différents dépistages des cancers féminins ;
- accentuer les interventions de promotion de la santé centrées sur les modes de vie sains (notamment alimentation équilibrée et prévention du tabagisme) ;
- rendre plus cohérents les partenariats entre les différents niveaux de pouvoir ;
- continuer à légiférer en matière de prévention du tabagisme.

### **7. Politiques locales de santé (4 répondants)**

La satisfaction porte sur l'émergence d'une implication des communes, une meilleure reconnaissance des acteurs locaux, le passage d'initiatives informelles à des pratiques plus structurées, repérables et évaluables. Cependant le dispositif reste peu visible pour le public.

En conséquence, on insiste sur les enjeux suivants :

- promouvoir des projets santé dans 50 % des communes en impliquant des acteurs des champs sociaux et sanitaires ;
- organiser la concertation et la formalisation des réseaux ;
- définir des objectifs spécifiques pour chaque instance : Etat fédéral, Communauté française, Région wallonne, Provinces, Communes... (notion de « contrats d'objectifs »).

### **8. Problèmes de santé mentale (3 répondants)**

L'ouverture du champ de la santé mentale et sa démythification-dédramatisation sont des points de satisfaction. La mise en place de nouvelles thérapeutiques est également enregistrée comme un progrès.

Le coût et les modalités de remboursement des traitements tout comme le mauvais suivi de ceux-ci marquent un bémol par rapport à cette évolution.

La situation actuelle se caractérise par une augmentation des suicides et de la détresse psychologique, ce qui montre le besoin de recréer du lien social. Le besoin pour les patients de mieux connaître leur maladie est aussi identifié.

Les enjeux suivants sont ainsi formulés :

- augmenter l'offre d'écoute et les lieux de paroles ;
- développer des projets articulant repères identitaires individuels et collectifs ;
- augmenter les ressources pour les professionnels sous forme de financement, de temps, de formation ;
- mettre en place des dispositifs de « postvention » en relation avec le suicide, principalement dans les écoles.

### **9. Lutte contre la tuberculose (3 répondants)**

Sont perçus comme positifs l'existence de recommandations, l'application des traitements directement supervisés, le maintien d'une structure et le suivi du dépistage, en particulier auprès des demandeurs d'asile. Le désengagement, la baisse de vigilance et le manque d'information des acteurs sont des éléments d'insatisfaction.

La situation actuelle est préoccupante parce que la lutte contre la tuberculose ne semble pas être traitée comme une priorité alors que l'évolution épidémiologique ne correspond pas aux attentes.

En conséquence les enjeux suivants sont relevés :

- optimiser la surveillance et l'évaluation du programme (être attentif à limiter la dissémination des bacilles de Koch ainsi que le développement de la résistance aux médicaments anti-tuberculeux) ;
- renforcer le suivi des populations cibles (déclaration, accès au soin et suivi des traitements, etc.) et renforcer leur information ;
- renforcer le partenariat et définir les compétences de tous les niveaux de pouvoirs par rapport à la problématique.

### **10. Naissance et enfance (2 répondants)**

La satisfaction porte surtout sur la réforme de l'ONE et le décret relatif à l'accueil extra-scolaire. Les insatisfactions mentionnent le caractère non systématique du dépistage suscité à la naissance, l'absence de vision de santé publique et les diverses politisations.

Parmi les enjeux cités, pointons :

- favoriser une meilleure coordination entre le secteur de la petite enfance et la promotion de la santé, notamment développer la promotion de la santé avant la naissance ;
- organiser le dépistage systématique suscité en maternité et favoriser les plans d'accueil ;
- augmenter les moyens en faveur de la petite enfance (prévoir un statut pour les gardiennes encadrées, proposer un remboursement par l'organisme assureur, etc.) ;
- professionnaliser les prestataires en augmentant leur compétence en santé publique.

### **11. Vaccination (2 répondants)**

La satisfaction s'exprime quant à la mise à disposition de vaccins gratuits, l'adaptation du calendrier vaccinal aux recommandations internationales, la mise en place d'un partenariat entre le fédéral et la Communauté française, l'organisation de la campagne méningocoque C.

Toutefois, les difficultés de l'opérationnalisation des campagnes de vaccination sont mises en avant.

La situation actuelle est estimée en progrès, mais l'enjeu reste l'augmentation de la couverture vaccinale tant des enfants que des adultes. D'autres enjeux sont pointés qui concernent l'intervention des médecins généralistes dans le suivi et l'administration de la vaccination auprès de leur patientèle.

### **12. Promotion de la santé dans le sport et lutte contre le dopage (2 répondants)**

Le phénomène du dopage commence à être mieux connu et il est bon d'avoir légiféré sur le sujet. Cependant on regrette un éclatement des compétences, des politiques et des approches notamment par rapport au champ des assuétudes. On déplore aussi la faible attention portée au grand public en matière de promotion de l'activité physique.

En conséquences, les enjeux suivants sont formulés :

- faire une priorité de la lutte contre la sédentarité et en ce sens développer les pratiques de loisirs plutôt que de clubs ;
- organiser une continuité et une cohérence avec le champ de la prévention des assuétudes ;
- privilégier la promotion de la santé dans la pratique du sport amateur qui concerne un public plus large que le dopage professionnel.

### **13. Maladies cardio-vasculaires, en ce compris les facteurs de risque tels que l'activité physique, l'alimentation, l'obésité, le tabagisme (1 répondant)**

Si une diminution de la mortalité est mise en évidence, une augmentation des risques est soulignée (sédentarité, alimentation, tabac). La prévention des maladies cardio-vasculaires reste une source d'inégalité et doit donc rester une priorité.

Les enjeux identifiés sont :

- développer le partenariat avec les services de santé et avec les médecins généralistes ;
- mieux connaître la distribution des risques dans la population adulte ;
- développer l'approche environnementale ;
- définir des plans concrets supportés par l'ensemble des autorités publiques.

## Synthèse et analyse transversale des résultats.

Sur les cinq dernières années, le budget annuel moyen de la santé géré par la Communauté française est de 12.940.650 €. Il se décompose de la manière suivante : 38,7 % pour les actions et recherches en promotion de la santé, 35 % pour les programmes spécifiques, 17,3 % pour les CLPS et SCPS, 9 % pour les études et recherches. Ce budget total annuel connaît une hausse depuis 2001 liée aux programmes de vaccination, au contrôle médico-sportif du dopage et à la mise en place du programme de dépistage du cancer du sein. Le budget « études et recherches » est en diminution constante au cours des cinq dernières années. Parmi les programmes spécifiques, la vaccination vient en tête avec environ 40 % du budget (sauf en 2001, caractérisée par une forte augmentation des dépenses due à la couverture d'un tiers du coût des vaccins 'méningo'). Parmi les programmes de promotion de la santé, les thèmes du sida et des toxicomanies reçoivent près de la moitié du budget. Le poste suivant est occupé par les « approches non centrées sur les facteurs de risques » : ce poste augmente par deux fois sur les 5 ans, la première fois en 1998 et 1999 (il passe de 12,3 % à 20,3 %) et la deuxième entre 2001 et 2002. Cette dernière augmentation de 30 % (de 22,5 % à 29,4 %) provient surtout du développement des politiques locales de santé (Conférences locales, Réseau des communes en santé) Le budget des programmes d'actions subventionne pour trois quart des programmes communautaires et pour un quart des programmes locaux. Les programmes pluriannuels sont en progression constante au fil des ans, pour atteindre 58,2 % du budget en 2002. Un équivalent budgétaire de 12.766.045 € sur 5 ans a été consacré à l'attribution des espaces audiovisuels par la Communauté française. L'analyse fait ressortir le sida et la vaccination parmi les thèmes les plus couverts ; le cancer du sein, la sécurité et la mort subite du nourrisson viennent ensuite.

L'enquête qualitative et l'examen des tableaux présentant une synthèse des informations disponibles par priorité, apportent quelques éclairages complémentaires :

- sida et assuétudes bénéficient chacun d'une structure ayant pour mission l'observation. Par ailleurs une Plate-forme assure la coordination des campagnes d'information sur le sida, des coordinations interministérielles existent dans le domaine des toxicomanies.

- les répondants à l'enquête (au nombre de 7) soulignent l'intégration de la problématique du sida dans une approche plus globale de santé mais énoncent leurs préoccupations par rapport à l'organisation du dépistage, l'intégration parmi les acteurs et institutions locales, le manque de matériel didactique... Ils suggèrent d'augmenter le nombre de programmes pluriannuels, d'accentuer la formation des intervenants, de renforcer la concertation et l'action intersectorielle...
- parmi les programmes de prévention en toxicomanie, le tabac et l'alcool totalisent 16 % du budget seulement, la prévention du tabagisme bénéficiant en outre de 6,9 % des espaces audiovisuels gratuits. Les 20 % de répondants à l'enquête qui choisissent la priorité « toxicomanie » insistent sur la progression positive de la « philosophie » des interventions dans le cadre du programme quinquennal (réduction des risques, prise en compte des drogues licites, développement du travail en réseau, approche participative...). Leur inquiétude se focalise sur les discordances des orientations entre les différents niveaux de pouvoirs et la crainte de voir triompher l'approche sécuritaire. Leurs souhaits concernent l'élargissement de la concertation ainsi que la stabilisation des programmes et équipes de prévention.
- les programmes de promotion de la santé à l'école se retrouvent dans d'autres thèmes pour un équivalent d'environ un cinquième du budget des programmes d'actions et de recherche en promotion de la santé. Les thèmes concernés sont l'alimentation, les assuétudes, l'éducation sexuelle et affective et le sida mais aussi « plusieurs facteurs de risque et de protection » et « approche non centrée sur les facteurs de risque ». La promotion de la santé à l'école constitue la deuxième priorité la plus choisie dans l'enquête qualitative (20 % des répondants). Les répondants notent que l'intérêt des enseignants s'accroît pour les concepts de santé globale de bien-être. La promotion de la santé à l'école est en pleine évolution mais doit continuer à être soutenue pour favoriser le développement de dynamiques sur le long terme. Et ceci d'autant plus que certains établissements voient s'accroître la dégradation de leur environnement et la paupérisation des élèves.
- moins de un pour cent des programmes d'action subventionnés sont classés dans la priorité « vulnérabilité sociale, population fragilisée ». Par contraste, presque un quart des répondants à l'enquête qualitative ont abordé cette priorité en soulignant à la fois

une meilleure reconnaissance générale de cette problématique, mais aussi une insuffisance de méthodes et de moyens adaptés, notamment pour soutenir les professionnels qui pourraient réaliser un travail de proximité et pour développer la participation de la population concernée.

- les programmes de prévention cardiovasculaire auxquels sont ajoutés les programmes « alimentation », « tabac » et « activité physique », qui en sont les principaux facteurs de risque, totalisent environ 6 % des programmes de promotion de la santé.

## Conclusion

Une large part de ces conclusions ont été reprises par le CSPS. Celui-ci a apprécié les efforts déployés par la Direction générale de la santé et les Services communautaires, notamment pour recueillir, classer et traiter les données de type budgétaires dispersées dans plusieurs registres et bases de données.

Le Conseil a toutefois constaté qu'il a été impossible d'aboutir à une véritable évaluation du programme quinquennal 1998-2002, notamment à cause des ressources limitées prévues à cet effet, de la carence de définition d'objectifs opérationnels dans le programme, de l'absence d'un relevé systématisé d'indicateurs.

Il a recommandé au Gouvernement de la Communauté française de proposer un nouveau programme quinquennal basé sur la même approche de promotion de la santé que le précédent, mettant en exergue la qualité des programmes et les stratégies prioritaires de promotion de la santé, mais déclinant des objectifs opérationnels précis permettant la mise en place d'une évaluation véritable.

### Groupe de travail DGS-SCPS-CSPS pour le bilan du Programme quinquennal 1998-2002

Composition : Lonfils R., Lebailly D. (DGS), De Bock C. (CSPS), Favresse D., Lonfils C., Piette D. (Unité de Promotion Education Santé ULB-PROMES), Cherbonnier A., Trefois P. (Question Santé), Decacche A., Meremans Ph. (Unité d'éducation pour la santé UCL-RESO), De Coster B., Vandoorne C. (APES-ULG)

*Les renseignements complémentaires à propos de ce rapport peuvent être obtenus auprès de l'APES-ULG, Sart Tilman B23, 4000 Liège ou auprès de la Direction générale de la santé, Ministère de la Communauté française, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles.*



## Médicaments génériques

Plusieurs fois par an, les mutualités proposent à leurs affiliés une liste mise à jour des médicaments génériques disponibles en Belgique.

Depuis l'introduction en juin 2001 du remboursement de référence<sup>1</sup>, l'intérêt pour le recours à ces médicaments est plus net qu'auparavant : en effet, à défaut de 'substitution', la partie du coût des traitements à charge du malade augmente fortement.

Autre élément : la majeure partie des spécialités présentes sur le marché sont disponibles sous forme générique ou pourraient l'être.

Autrement dit, les alternatives moins chères sont de plus en plus nombreuses.

Bref, aujourd'hui plus que par le passé, une information précise et régulièrement mise à jour des professionnels et du public a tout son sens.

Vous trouverez ces données sur plusieurs sites (mutualités, Test-Achats...).

Les mutualités chrétiennes et socialistes viennent aussi (chacune de son côté) d'éditer la nouvelle version de leur brochure complète sur la question.

*Les médicaments génériques (2<sup>e</sup> édition 2003), 48 pages au format 15 x 21 cm, Infor Santé ANMC, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Joindre 2 timbres à 49 centimes pour les frais d'envoi.*

*Médicaments moins chers, guide pratique, 106 pages au format 15 x 10 cm, Département communication UNMS, rue St-Jean 32-28, 1000 Bruxelles.*

### Les pharmaciens à leur tour

Le travail d'information en faveur des médicaments génériques a maintenant un renfort de poids, ce qui est heureux pour un dossier sur lequel les mutualités ont été bien seules pendant de longues années, et pour des médicaments qui continuent à être l'objet d'une campagne de dénigrement dans la presse professionnelle (un peu moins fort qu'avant toutefois depuis que les producteurs de génériques ont les moyens d'y insérer des publicités...).

Les pharmaciens belges – tant les indépendants (Association Pharmaceutique Belge) que les pharmacies coopératives (OPHACO) – ont lancé le 1<sup>er</sup> juin une campagne d'information sur les médicaments à moindre coût. Par le biais de cette campagne, ils souhaitent bien sûr informer les patients qu'il existe, pour de nombreux traitements, des alternatives nettement moins chères. Parallèlement, les pharmaciens ont le souci de collaborer avec les médecins afin de parvenir, par le biais de la concertation locale, à une sélection maîtrisable des médicaments.

### La demande de médicaments à moindre coût...

Les médicaments génériques sont encore loin d'être bien implantés en Belgique.

Nombreuses sont les personnes à ne pas très bien savoir ce qu'elles doivent en penser : ces médicaments leur sont-ils destinés ? Sont-ils fiables ? Pourquoi sont-ils parfois nettement moins chers ? Pour répondre aux interrogations et aux craintes éventuelles du grand public, un dépliant a été réalisé. Une affiche, porteuse d'un double message ('Parlez-en à votre pharmacien' – 'Demandez conseil à votre médecin') a également été conçue afin d'attirer l'attention du public sur la campagne.

De leur côté, les médecins sont, eux aussi, régulièrement confrontés à des demandes de médicaments moins chers. Une enquête menée récemment par les Mutualités chrétiennes a notamment révélé que 75 % de leurs membres estiment que le médecin doit prescrire le médicament le moins cher. La campagne veut également apporter une réponse à cette demande bien réelle.

Mais si le prix est important, il n'est pas non plus une panacée. Le choix le moins cher n'est pas nécessairement le meilleur. Les pharmaciens insistent donc aussi sur la liberté de choix thérapeutique du médecin. Par le biais d'une concertation locale entre médecins et pharmaciens, le but est de parvenir à une

sélection de médicaments offrant un rapport qualité-prix optimal. Une telle liste donne au médecin un fil conducteur qui lui permettra par la suite de faire – en fonction aussi de ses propres connaissances – un choix judicieux.

### Une sélection claire et gérable...

L'augmentation exponentielle du nombre de médicaments (génériques) engendre des problèmes tant pour les médecins que pour les pharmaciens. De nombreux médecins ne s'y retrouvent plus. Bien entendu, face à un marché aussi nerveux, on ne peut pas s'attendre à ce qu'ils retiennent avec précision les médicaments qui, pour telle ou telle maladie, offrent le meilleur rapport qualité/prix.

L'abondance de l'offre pose également problème aux pharmaciens, et ce essentiellement au niveau de la gestion des stocks et de la disponibilité des médicaments. Stocker tous les médicaments existants et toutes les variantes génériques est devenu financièrement intenable. Conséquence : certains médicaments prescrits par le médecin ne sont parfois pas disponibles immédiatement.

Pour sortir de cette impasse, les médecins et les pharmaciens peuvent conclure – au niveau local – des accords visant à limiter l'offre à des quantités gérables. Il va de soi qu'une telle sélection ne peut pas s'opérer sur base du prix uniquement. La santé du patient et la fidélité au traitement passent avant tout. Une sélection ne peut se faire que sur base de critères objectifs : composition, forme, couleur, notice... L'A.P.B. a réuni toutes ces données afin de constituer un dossier scientifique, sur base duquel la concertation avec les médecins peut se faire.

*APB, rue Archimède 11, 1000 Bruxelles. Dépliant disponible en pharmacie.*

<sup>1</sup> Voir 'Remboursement de référence des médicaments : qui paie la note ?', Education Santé n° 169, mai 2002

## Incinération des déchets à domicile

L'incinération des déchets par les particuliers pose un réel problème d'environnement et de santé publique. Réalisée, en toute illégalité, au fond des jardins, cette incinération pollue l'air et le sol et présente des risques pour la santé : libération de dioxines et de furanes réputées cancérigènes, fumées toxiques qui irritent les voies respiratoires, etc.

Malheureusement, cette pratique est encore courante en Wallonie. C'est pour sensibiliser le

grand public aux risques qu'il encoure qu'Inter-environnement Wallonie publie un dépliant disponible via les acteurs de santé de proximité : pharmaciens, pneumologues et dermatologues. Ce dépliant se veut aussi didactique puisqu'il présente des solutions concrètes pour diminuer le volume des déchets ménagers et des adresses de référence pour mieux se documenter.

Cette action a bénéficié du soutien du

Ministre des Affaires sociales et de la santé et de la Région Wallonne.

*Si vous souhaitez disposer de ce dépliant, contactez Inter-environnement Wallonie au 081-255 280 ou par courriel [iew@iewonline.be](mailto:iew@iewonline.be)*

*Plus d'infos : Véronique Bouttin, chargée de mission Santé-Environnement.*

*Tél.: 081-255 294 ou [v.bouttin@iewonline.be](mailto:v.bouttin@iewonline.be)*

## Formation

## Brabant wallon

Le Centre local de promotion de la santé du Brabant wallon a le plaisir de vous inviter à venir suivre l'un ou l'autre des modules de formation qu'il organise.

Ces formations sont de type court (3 jours en moyenne) et spécialement conçues pour les professionnels.

Vous pouvez choisir à la carte, en fonction de vos besoins parmi les modules suivants :

- mobilisation d'une équipe de travail (les 31/10, 14 et 28/11/2003);
- gestion des conflits au sein d'une équipe de travail (9 et 23/1/2004, 6 et 20/2, 5/3 2004);
- l'enquête par focus groups : une méthode d'analyse des besoins (les 15, 22 et 29/1/2004);
- présentation d'un exposé : parler efficacement devant un groupe (4, 11, 18 et 25/3/2004);
- planification et rédaction de projets de promotion de la santé (5, 12, 19/2 et 2/3/2004);
- techniques d'animation de groupes (d'élèves, adultes, parents...) en éducation pour la santé (21 et 28/4/2004, 5 et 12/5/2004);
- conception de supports de communication (29/9, 6, 13 et 20/10/2004).

Pour animer ces modules, le CLPS fait appel à des collaborateurs privilégiés, spécialisés en éducation pour la santé et en communication.

Pour plus de renseignements et pour connaître les modalités d'inscription à ces formations, contactez le CLPS au 010-23 61 03 ou consultez notre brochure sur le site [www.clps-bw.be](http://www.clps-bw.be)

## Midis santé « L'enfant et l'hôpital »

## Havré

19 novembre

L'invité du jour sera le Dr John Pauluis, de l'asbl Hector, qui traitera de 'Santé et environnement : communiquer sur le risque et le gérer'.

Le programme de la suite de la saison étant très alléchant, nous ne résistons pas au plaisir de vous le dévoiler :

16/12/2003 – Véronique Tellier (Observatoire de la santé du Hainaut) présentera le Carnet de bord de la santé des jeunes 2003'.

20/01/2004 – Anne Avaux (Infor Santé) et Bénédicte Minguet (Clinique de l'Espérance asbl CHC) traiteront de L'enfant et l'hôpital'.

10/02/2004 – 'Le don d'organes, où en est-on ?', par le Dr Martine Antoine (Hôpital Erasme) et M. Pierre Lucas (Association des greffés cardiaques et pulmonaires).

11/03/2004 – Le Dr Patrick Trefois (asbl Question Santé) abordera la question controversée de la peur comme argument de prévention.

27/04/2004 – M. Bruno Humbeek, collaborateur scientifique du Centre de recherche et d'innovation en sociopédagogie familiale et scolaire, tiendra une conférence sur 'La résilience dans les contes pour enfants'.

12/05/2004 – M. Luk Joossens (Fédération belge contre le cancer) se livrera à une 'Analyse critique de la politique antitabac en Belgique'.

Observatoire de la santé du Hainaut, rue St-Antoine 1, 7021 Havré.

Tél.: 065-87 96 00. Fax : 065-87 90 79. Courriel : [observatoire.sante@hainaut.be](mailto:observatoire.sante@hainaut.be)

## Education du patient

## Gilly

20 novembre 2003

La Fédération nationale des infirmier(e)s de Belgique, Amicale des infirmier(e)s de Charleroi (FNIB) et l'Association des infirmier(e)s en éducation du patient (AIEP) organisent un colloque sur le thème *L'éducation du patient - un regard vers l'autonomie*.

Quelques titres d'interventions au programme :

- Education du patient, éducation à la santé, promotion de la santé : quels concepts pour quelles démarches ?
- Education du patient, vers une stratégie européenne ;
- L'éducation du patient dans le contexte hospitalier : impact de l'évolution des financements ;
- L'éducation du patient dans un contexte d'intégration des soins et services (l'expérience au Québec);
- Management de l'éducation du patient à l'hôpital ;
- Information et éducation du patient, un modèle adapté aux spécificités structurelles de la Communauté germanophone de Belgique ;
- Education du patient à la dialyse péritonéale à domicile ;
- Quelles compétences acquérir pour éduquer le patient diabétique ?
- La création d'un outil didactique pour les enfants infectés par le VIH ;
- La pratique de l'éducation du patient stomisé ;
- Intégration des modules psycho-éducatifs en réhabilitation psychiatrique.

Participation aux frais : étudiants 25 €, membres FNIB 35 €, non membres 50 € (petit déjeuner, lunch et actes compris).

Cela se passera à la salle « Le temps choisi », place Destrée, 6060 Gilly.

Inscriptions et renseignements : Secrétariat du congrès, M<sup>me</sup> Laurence Treccani, rue de Joncret 17, 6289 Acoz. Tél.: 071-92 04 83. Fax : 071-92 04 85. Courriel : [laurence.treccani@chu-charleroi.be](mailto:laurence.treccani@chu-charleroi.be)

## Personne âgée - vue

## Charleroi

21 et 22 novembre 2003

L'Œuvre nationale des aveugles organise deux Journées de réflexion *Mal voir mais bien vivre : quand la vue diminue et que l'âge avance...*

Lieu : La Géode, Palais des expositions, rue de l'Ancre, 6000 Charleroi.

Frais de participation : 45 € (prix réduit 35 €) pour une journée, 80 € (70 €) pour les deux jours, déjeuner compris.

Renseignements : Œuvre nationale des aveugles, avenue Dailly 90 - 92, 1030 Bruxelles.

Tél.: 02-241 65 68. Fax : 02-215 88 21.

Courriel : [info@ona.be](mailto:info@ona.be) Internet : [www.ona.be](http://www.ona.be)

## Santé mentale

## Bruxelles

24 novembre 2003

Conférence-débat sur le thème *Comment vivre avec une personne dépressive ?*, organisée par le groupe de parole Similes - Est, à 20h, à l'Hôtel

Communal de Woluwé St Lambert, av. Paul Hymans 2, 1200 Bruxelles.  
Renseignements tél : 02-511 99 99  
fax : 02-503 47 15,  
courriel : [bruxelles@similes.org](mailto:bruxelles@similes.org)

## Sécurité routière

## Juribise

25 et 26 novembre 2003

L'IBSR (Institut belge pour la sécurité routière) organise deux nouvelles sessions de *Clefs pour la route*, la formation en sécurité routière pour les enseignants du secondaire.

Les objectifs sont l'éveil de la citoyenneté dans la circulation et la prévention des accidents de la route.

Parmi les thèmes traités : la prise de risques, la sécurité à pied, à vélo, à cyclomoteur et en voiture, l'agressivité au volant, la ceinture de sécurité, l'alcool et les drogues au volant, une réflexion sur les enjeux actuels en matière de mobilité...

La méthode de travail est basée sur des échanges interpersonnels et des techniques d'animation. A la fin de la formation, les participants reçoivent une méthodologie, des carnets de l'élève ainsi que des dépliants et brochures relatifs aux sujets traités.

La formation dure deux jours et coûte 30 €. Inscription préalable obligatoire pour minimum deux membres du personnel éducatif de l'établissement scolaire.

Cette formation aura aussi lieu à Namur les 15 et 16 janvier 2004.

Infos et inscriptions : Bénédicte Vereecke, 02-244 15 79 ([benedicte.vereecke@ibsr.be](mailto:benedicte.vereecke@ibsr.be)), et Marie-Noëlle Collart, 02-244 14 04 ([marienoele.collart@ibsr.be](mailto:marienoele.collart@ibsr.be))

## Patient

## Wépion

28 novembre 2003

La Ligue des usagers des services de santé organise un colloque sur le thème *Sommes-nous majeurs et vaccinés ? Le point de vue du patient*, une journée organisée par les patients, pour les patients et les professionnels de la santé, en présence des Ministres Nicole Maréchal, Rudy Demotte et Thierry Detienne.

Au programme :

- Introduction de la journée, brève description de la LUSS, le point de vue des Ministres concernés par la Santé, sur la place du patient et le rôle des associations.
- Ateliers
- 1 Les associations de self-help
- 2 La place du patient dans le système de santé belge
- 3 La nouvelle loi sur les droits du patient
- 4 La qualité des soins et l'accessibilité aux soins
- 5 Quelle aide pour les personnes en moins bonne santé, les malades chroniques, les handicapés
- 6 L'information des usagers
- 7 La relation soignant-patient et la participation du patient
- 8 Santé et solidarité
- Exposés
- Témoignages de patients

La participation des patients, par A. Deccache  
Le rôle des associations en tant que relais vers les patients et les professionnels de la santé, par C. Decantere

Le rôle des associations et de la LUSS en tant que relais vers le pouvoir politique et les professionnels, par M. Fierens

Cette journée se déroulera au Centre culturel Marcel Hichter La Marlagne, chemin des marronniers 36, 5100 Wépion.

Inscription avant le 15 novembre 2003.

Pour recevoir un bulletin d'inscription :

Ligue des usagers des services de santé,  
rue Muzet 32, 5000 Namur. Tél.: 081-23 50 98.

Fax : 081-23 50 99. Courriel : luss@bsiweb.be

## Assuétudes

### Bruxelles

#### Novembre 2003

Le Pélican organise deux formations de deux jours sur :

- *Alcool - alcoolisation - alcoolisme*, les 10 et 11 novembre de 9h à 16h.

- *Drogues : usages - abus - toxicomanies*, les 24 et 26 novembre 2003 de 9h à 16h.

Lieu : salle de la Ligue bruxelloise francophone de santé mentale, rue du Président 55, 1050 Bruxelles.

P.A.F.: 25 € par formation, 15 € pour les étudiants et les demandeurs d'emploi. Gratuit pour les boursiers. Uniquement sur réservation.

Renseignements : 02-502 08 61.

Internet : [www.lepelican.org](http://www.lepelican.org)

## Sida

### Bruxelles

#### Du 1<sup>er</sup> au 14 décembre 2003

Dans le cadre de la Journée mondiale du sida, la Plate-forme prévention sida organise une exposition intitulée *Le sida, et vous... qu'en pensez-vous ?* Elle se veut une invitation à la réflexion sur le sida par le biais de témoignages vidéos, de portraits, de mots et de jeux de couleurs. Cela se passera au Théâtre national (Boulevard Anspach à Bruxelles). Par ailleurs, comme chaque année, la Plate-forme organise une marche aux flambeaux à Bruxelles, le 1<sup>er</sup> décembre à 19h.

Pour tout renseignement :

Plate-forme prévention sida,

avenue E. de Béco, 1050 Bruxelles.

Tél.: 02-733 72 99. Fax : 02-646 89 68.

Courriel : [preventionsida@skynet.be](mailto:preventionsida@skynet.be)

Internet : [www.preventionsida.org](http://www.preventionsida.org)

## Assuétudes

### Bruxelles

#### 4 et 5 décembre 2003

Assises de la réduction des risques liés à l'usage de drogues, organisées par l'ASBL Modus Vivendi.

Les thèmes clés des Assises seront :

- la réduction des risques en milieu scolaire ;
- l'implantation des comptoirs d'échange de seringues et des 'shooting rooms' ;
- le sida et les hépatites ;
- la réduction des risques et la question de l'incitation, notamment autour de l'analyse de pilules d'ecstasy ('testing');

- la communication avec les médias et le grand public autour de la réduction des risques ;

- l'articulation entre prévention, réduction des risques et soins ;

- la place de l'usager de drogues dans la réduction des risques ;

- la réduction des risques pour les drogues licites.

La ratification d'une Charte de réduction des risques constituera un moment essentiel de cet événement.

Cela se passera au Centre culturel d'Auderghem, les 4 et 5 décembre. Modus Vivendi profitera également de l'occasion pour fêter ses 10 années d'existence.

Renseignements : Modus Vivendi,

rue de Haerne 51, 1040 Bruxelles ou

[maryse.degraen@modusvivendi-be.org](mailto:maryse.degraen@modusvivendi-be.org)

## Formation tabac

### Bruxelles

#### 4 et 5 décembre 2003

Le Service prévention tabac de la FARES organise des formations de deux jours à l'entretien motivant. Cette méthode originale, éprouvée notamment en Suède et au Royaume-Uni, permet de se centrer sur la personne. Elle vise à modifier le comportement en aidant les personnes à explorer et à résoudre leurs ambivalences face à une dépendance. Plus qu'un ensemble de techniques et de stratégies, l'entretien motivant est un style, un esprit, et par conséquent un climat.

Ces journées sont destinées à tout professionnel désirant acquérir de nouvelles pistes de communication pour aborder la problématique du tabac avec les femmes enceintes et/ou les jeunes parents qu'il rencontre dans sa pratique. Ces formations allient un minimum de théorie et de nombreux échanges d'expériences et mises en situation.

Formateur : Bérengère Janssen, psychologue et tabacologue. En collaboration avec une personne ressource 'tabac et maternité'.

Trois sessions sont prévues : jeudi 4 et vendredi 5 décembre 2003, jeudi 19 et vendredi 20 février 2004, jeudi 10 et vendredi 11 juin 2004, de 9h à 17h. Maximum 15 participants.

Lieu de la formation : Hôtel Sleepwell, rue du Damier 23, 1000 Bruxelles.

Coût : 40 € (guide méthodologique inclus).

Numéro de compte 310-0293678-48 avec en communication : EM/[votre nom/date choisie].

Inscriptions auprès de :

Fabienne De Vos - 02-512 29 36

[fabienne\\_devos@skynet.be](mailto:fabienne_devos@skynet.be)

## Santé publique

### Bruxelles

#### 5 et 6 décembre 2003

7<sup>e</sup> symposium de santé publique. Sessions sur les thèmes suivants :

- Epidémiologie de la santé mentale en Belgique.
- Epidémiologie de la santé au travail en Belgique
- Epidémiologie des maladies chroniques, du cancer et des maladies cardiovasculaires en Belgique
- Epidémiologie des maladies infectieuses en Belgique

Lieu : Ecole de Santé publique de l'ULB, Route de Lennik, 808, 1070 Bruxelles

Informations et inscriptions :

Madame Nathalie Bossuyt.

Tél.: 02/642 54 07. Fax : 02/642 54 10.

Courriel : [bvv.sym.@iph.fgov.be](mailto:bvv.sym.@iph.fgov.be)

## Nutrition

### Charleroi

#### 10 décembre 2003

Organisation de deux tables rondes sur les enjeux et les modalités concrètes de la promotion d'une alimentation de qualité. La première réunira les acteurs clés de la production et distribution alimentaire, ainsi que l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire et des représentants des consommateurs ; la seconde réunira des responsables politiques.

Ces tables rondes seront précédées d'une conférence du D<sup>r</sup> Serge Hercberg, responsable du Plan National Nutrition France.

Cela se passera au CEME de Charleroi, rue des Français 147 à Dampremy, de 13h30 à 18h.

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

Tél.: 065 - 87 96 00. Fax : 065 - 87 96 79.

Courriel : [observatoire.sante@hainaut.be](mailto:observatoire.sante@hainaut.be)

## Publication

Le RESOdoc UCL publie un nouveau recueil documentaire, en collaboration avec la Fares et le PMS-Cocof, sur le thème de l'asthme et des allergies respiratoires.

Renseignements : Université Catholique de Louvain, Unité RESO, Centre de Documentation RESOdoc. Tél.: 02-764 50 38. Site internet :

<http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso>

## Emploi - offre

L'ANMC recrute un collaborateur (m/f) mi-temps pour son service Infor Santé. Intégré à l'équipe chargée de la promotion de la santé au sein de la Mutualités chrétienne, il collaborera en tant que journaliste à la revue Education Santé. Le contrat est d'une durée de 12 mois avec possibilité de prolongation.

Profil :

- diplôme universitaire en journalisme ou équivalent par l'expérience ;
- une expérience en communication et/ou éducation pour la santé est un atout ;
- grande facilité de rédaction ;
- utilisation pratique de MS-Office ;
- connaissance passive du néerlandais et de l'anglais ;
- pouvoir travailler aussi bien en équipe que de façon autonome.

Candidature écrite, dûment motivée et avec CV détaillé, à envoyer avant le 20 novembre 2003 à

Valérie Cornez, Cellule Gestion des ressources humaines, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Courriel : [hr@mc.be](mailto:hr@mc.be)



## Dossier - Jeunes et activité physique : quelle place pour la santé ?

### Introduction

Donner un sens à l'activité physique chez les jeunes, *Claire Perrin, Bruno Housseau*

### Les pratiques physiques et sportives des jeunes : approche théorique et état des lieux

Relations sociales et sensations : des bonnes raisons de pratiquer pour les jeunes, *Anne-Laure Picot*

L'adolescence, période de bouleversement des pratiques sportives, *Marie Choquet*

Filles et garçons face au sport : que faire des différences ?, *Annick Davisse*

### L'éducation physique et sportive en milieu scolaire

Activités physiques et éducation pour la santé : un pont à consolider, *Claire Perrin*

Pour parler aux adolescents, la santé doit s'inviter dans les programmes scolaires, *Daniel Motta*

Quand lutte et littérature sont associées à la prévention du sida, *Claire Perrin*

Prévention : dans le Nord, une classe fait front au tabac, *Thierry Tribalat*

Activité physique et santé en milieu scolaire : le débat est ouvert, *Ghislain Carlier, Jacques Mikulovic*

Médecins scolaires : accompagner les adolescents vers la reprise de l'activité physique, Entretien avec *Agnès Ducros et Michèle Tricoire*

F., 20 ans, ou comment une jeune fille dispensée d'éducation physique redevient actrice de sa santé, *Anne-Marie Domergue*

### Les pratiques de loisirs formelles et informelles

La promotion de la santé investit les centres de vacances, *Cécile Langeois*

Clubs de mise en forme : dis-moi ce que tu fais..., *Sophie Garnier*

L'escalade, porte de la prévention pour les jeunes des cités, *François Chobeaux*

Associations : priorité à l'alimentation et au sommeil, *Bruno Housseau*

Les formations

Éducation à la santé : l'insuffisante formation des enseignants, *Thierry Tribalat*

Les étudiants en Staps se penchent sur leur corps, *Annie-Claire Toutain*

Chez les futurs enseignants, replacer la santé au cœur de l'activité physique, *Daniel Lecharpentier*

### Sports intensifs : quels risques associés ?

Plus vite, plus haut, plus fort... À quel prix ?, *Olivier Middleton*

Produits psychoactifs et sport : tordre le cou aux idées reçues, *Sylvain Aquatias*

Pour en savoir plus, *Sandra Kerzanet*

### Editorial

Donner aux jeunes les moyens et l'envie de préserver leur santé, *Jean-Louis San Marco*

### Cinésanté

Les adolescents interpellés sur l'égalité garçons-filles, *Clara Beelen*

### Santé en chiffres

Vente de préservatifs : tendance globale à la hausse, *Judith Cytrynowicz*

### Lectures - outils,

*Anne Gareau, 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, 2 rue Auguste Comte, BP51, F-92174 Vanves cedex. Tél. 1 41 33 33 33. Fax 1 41 33 33 90. Internet : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)*

Mensuel (ne paraît pas en janvier et en juillet).

Abonnement : gratuit pour la Belgique, 25 € pour 10 numéros pour l'étranger.

Paiement uniquement par virement bancaire.

BIC : 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).

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, Astrid Grenson (02-246 48 51)

Site internet : Maryse Van Audenhaege (02-246 48 51).

Contact abonnés : Franca Tartamella (02-246 48 53).

Comité stratégique : Anne Avaux, Martine

Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Sophie Fiévet,

Véronique Janzyk, Roger Lonfils, André Lufin, Paul

Sonkes, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans,

Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal

Vandooorne, 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 : Els Demeyer.

Mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Tirage : 2.800 exemplaires.

Diffusion : 2.600 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.

Documentation consultable sur rendez-vous pris au 02-246 48 51.

### Pour tous renseignements complémentaires :

*Education Santé*, chée de Haecht 579/40,

1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 48 53.

Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Internet : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)

Courriel [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be)

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse :

[www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)

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

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

## SOMMAIRE

### Initiatives

Un programme alimentaire pour handicapés mentaux, par *Isabelle Lejeune* 2

Prévention des maladies cardiovasculaires en médecine générale, par *Nicole Maréchal* 5

Avez-vous fait le bilan de vos vaccinations ?, par *Christian De Bock* 8

### Réflexion

Santé et éducation, mamelles de la croissance, par *Marie-Agnès Leplaideur* 8

### Stratégie

Bilan du programme quinquennal de promotion de la santé 1998-2002 10

### Matériel

Médicaments génériques 17

Incinération déchets à domicile 17

Brèves 18