



Les États généraux de la médecine scolaire

La participation au programme de dépistage du cancer du sein

Le mois dernier, nous avons répercuté largement l'actualité 'mammotest', avec l'évaluation encourageante de la nouvelle campagne de communication de la Communauté française, et l'évaluation (un peu moins euphorique) de l'évolution de la couverture du programme dans les trois régions du pays après 3 tours complets.

Nous n'avons pas eu le loisir de rendre compte de la journée organisée par les Mutualités socialistes et les Femmes prévoyantes socialistes le 5 octobre. Réparons cette lacune.

Cet événement mobilisa plus de 120 personnes dans les locaux très confortables de l'Auditorium international (au centre de Bruxelles). La succession des exposés et les temps de questions-réponses furent confiés à **Karin Rondia** (rédactrice en chef du mensuel *Équilibre*), autant dire que la colloque était dès le départ sur de bons rails...

En début de journée, **Jean-Pascal Labille**, Secrétaire général de l'UNMS, assura le programme du soutien actif de son organisation, rappelant que « pour la Mutualité socialiste, la question de l'opportunité de développer le programme est tranchée ».

Sur cette lancée pleine de détermination, la Ministre **Fadila Laanan** put se féliciter de la bonne visibilité de la communication de la Communauté française autour du programme¹.

Ensuite, **Anne Vandenbroucke**, coordinatrice du Centre de référence pour le dépistage du cancer du sein en Communauté française, rappela avec sa conviction habituelle les vertus du screening de masse par rapport au dépistage individuel dit 'opportuniste', soulignant que près de la moitié des nouveaux cas sont détectés auprès de la population féminine de 50 à 69 ans, et aussi que la double lecture des clichés permet de récupérer bon nombre de cancers qui échappent au premier lecteur.



Elle précisa aussi que grâce à la numérisation du parc des appareils agréés, le délai de transmission du résultat au médecin référent (voie choisie du côté francophone) s'est fortement raccourci ces derniers mois.

Le directeur médical de Brumammo (Bruxelles), **Jean-Benoît Burrion**, décrit les caractéristiques propres à la population bruxelloise, qui justifient une approche spécifique : forte densité, forte mobilité (12 % des Bruxellois déménagent chaque année !), important cosmopolitisme, forte pauvreté. Il cita aussi (peut-être un peu rapidement en fonction des efforts consentis dans certaines communes ces dernières années) 'ce qui ne marche pas', et ce qui selon lui pourrait mieux fonctionner pour favoriser l'adhésion des Bruxelloises au programme.

Le **D^r Valérie Fabri** (Agence intermutualiste) aborda pour sa part deux aspects : l'évolution de la couverture au fil des ans depuis le démarrage du programme², et (après un lunch aussi convivial que délicieux) la campagne de feed-back des médecins dans le cadre du Conseil national de promotion de la qualité à l'INAMI, qui peut éclairer les praticiens quant à leurs résultats personnels comparés à ceux de leurs confrères.

Toujours à propos du rôle des médecins, le **D^r Myriam Provost** (Comité des médecins traitants au sein de la SSMG) décrit le rôle du généraliste dans le programme, au départ d'un cas clinique exemplaire de la complexité des paramètres à prendre en considération, même pour un 'simple' dépistage. Une façon aussi de rappeler que ce sont les femmes qui sont au centre du programme !

Le tour d'horizon médical n'aurait pas été complet sans la présentation du rôle du radiologue, assurée par le **D^r Luc Sergeant**.

Heureusement, la journée n'était pas finie, et l'engagement concret de la Mutualité et des Femmes prévoyantes nous fut présenté sous plusieurs facettes. D'abord, une étude FPS-CRIOC sur les attitudes des femmes par rapport au dépistage. Parmi les résultats, **Sarah Hibo** (FPS) cita le chiffre astronomique de 93 % des femmes affirmant avoir déjà fait un(e) mammotest/mammographie et une adhésion quasi double de la part des femmes ayant fait des études universitaires par rapport à celles qui n'ont pas dépassé le niveau fondamental. Autre constatation intéressante, parmi les motifs invoqués par celles qui ne se font pas dépister, viennent en tête le caractère supposé désagréable/douloureux de l'examen, le fait que ces femmes n'ont 'rien remarqué d'anormal', la crainte qu' 'on trouve quelque chose', le fait qu'on ne leur a jamais proposé le dépistage, l'absence d'unité agréée près de chez elles, et la volonté de 'ne pas savoir'... Interpellant.

Pierre Baldewyns (Service promotion santé UNMS), **Sylvie Pinchart** (Femmes prévoyantes) et **Alice Lamandé** (conseillère méthodologique) présentèrent enfin des pistes d'actions locales très concrètes pour les prochains mois et leur cadre théorique, pistes qui ont ceci d'original qu'elles pourront s'appuyer sur une analyse des données relatives aux affiliées récoltées au départ des quartiers statistiques, soit des petites unités relativement homogènes de 500 habitants, ainsi que le précisa le **D^r Michel Boutsen**, de la Direction études de l'UNMS. Comme quoi épidémiologie et animation locale peuvent parfois faire bon ménage !

Christian De Bock

¹ Voir l'article 'Les deux seins animés, ça marche ?' de Chantal Hoyois, Bernadette Taeymans et Patrick Trefois dans notre édition précédente.

² Voir l'article 'Résultats de 6 ans de dépistage organisé du cancer du sein' dans notre numéro précédent.

Les États généraux de la médecine scolaire

Lors des États généraux de la médecine scolaire, qui ont été organisés par l'Association professionnelle des médecins scolaires (APMS, voir l'encadré page suivante) en novembre 2009, ont eu lieu un certain nombre d'ateliers au cours desquels les médecins scolaires travaillant dans les services PSE et centre PMS de la Communauté française ont réfléchi à la place du médecin scolaire dans la Promotion de Santé à l'École. Cette initiative faisait suite à une enquête qui avait permis d'objectiver que le vécu professionnel de ces médecins était extrêmement divers. Il convenait d'analyser les causes et les conséquences de cette disparité et de tenter de proposer un certain nombre de recommandations. Cet important travail a pu être réalisé grâce au soutien de l'APES-ULg, Service communautaire de promotion de la santé attaché à l'École de santé publique de l'Université de Liège.

Mise en question des pratiques

Les propos échangés lors des ateliers laissent penser que, bien que les médecins scolaires revendiquent des spécificités professionnelles, ils n'arrivent pas tous à enrichir les pratiques liées aux compétences acquises au cours de leurs études de médecine pour devenir pleinement acteurs de santé publique. Il est vrai que les démarches classiques en médecine de santé publique et /ou communautaire sont passablement différentes de celles poursuivies en médecine curative.

Pour devenir un véritable acteur de santé publique, le médecin scolaire devrait opérer plusieurs transitions :

- placer la prévention médicalisée et organisée au centre de ses pratiques ;
- se préoccuper de la santé globale des élèves et de l'éducation pour la santé ;
- tenter d'agir sur les déterminants non sanitaires de l'état de santé ;
- prendre en charge la santé d'une communauté ou d'une population ;
- définir ses priorités d'intervention non seulement en fonction des observations cliniques mais surtout en fonction de données collectées et analysées au niveau local ou au niveau régional.

Manque de reconnaissance et d'attractivité

Nombre de médecins scolaires éprouvent des difficultés à rentrer dans la dynamique de projets collectifs ou de promotion de la santé ; certains n'ont pas encore « apprivoisé » la santé communautaire. Par ailleurs, le manque de reconnaissance juridique et morale des missions de santé publique ne contribue pas à une reconnaissance des spécificités de la fonction. D'autre part, la fonction elle-même semble relativement peu attractive à des médecins formés à l'art de guérir et à la pratique de gestes thérapeutiques ; le caractère modeste des rétributions par rapport à celles d'autres spécialités médicales ne fait que renforcer ce manque d'attractivité de la fonction.

■
Nombre de médecins scolaires éprouvent des difficultés à rentrer dans la dynamique de projets collectifs ou de promotion de la santé.
■

Toutefois, les médecins participant aux ateliers ont invoqué à maintes reprises une volonté d'implanter davantage de qualité dans la réalisation des missions de service, insistant sur le bien-fondé de la Promotion de la Santé à l'École comme vecteur de santé publique contribuant à la protection de l'enfance. Cet outil, gratuit, accessible à tous et permettant de lutter contre des inégalités sociales doit être maintenu et probablement amélioré.

Une question d'identité

C'est précisément dans cette perspective que les participants ont travaillé ensemble, avec un enthousiasme certain, à mieux définir leur identité professionnelle. Les médecins scolaires sont en recherche et ils doivent trouver leur juste place parmi la variété des partenaires susceptibles de contribuer à la santé des enfants et des jeunes.

Dans le cadre de ce processus identitaire en

construction, les médecins ont estimé pertinent d'analyser les facteurs structurels et organisationnels qui influencent leurs discours et pratiques et qui cristallisent leurs revendications et recommandations.

En termes structurels, ils se sont penchés sur les différences de statuts qui influencent la répartition des tâches au sein des équipes, sur le manque de temps qui entrave les processus de concertation et de communication, sur le manque de disponibilité qui influence la reconnaissance du médecin comme acteur de santé publique, sur les difficultés d'accéder aux formations complémentaires.

En termes de facteurs organisationnels, ils se sont penchés sur les paramètres qui influencent la qualité du travail ; ils ont aussi évoqué les conditions à mettre en place pour établir des partenariats stables. Les situations varient selon les pouvoirs organisateurs ; songeons à titre d'exemples, à la mise à disposition de moyens et de collaborateurs ou encore à la reconnaissance des missions accomplies.

D'une manière plus large, ces analyses et réflexions éclairent particulièrement la place que la société donne à la santé ; la scission entre les aspects curatif et préventif de la médecine est profonde, institutionnalisée, majorée par un déséquilibre des moyens affectés (tant en termes humains qu'en termes matériels) et par un manque, longtemps dénoncé, de formation des médecins dans les domaines de la prévention et de la santé publique. La diminution de la dotation dont ont souffert les services il y a plusieurs années, notamment par la suppression de l'expérience de rénovation, a vu croître le nombre de dysfonctionnements.

Une réelle plus-value

L'APMS tient à souligner la spécificité et la plus-value apportées par un médecin scolaire bien formé pour la Promotion de la Santé à l'École. Le médecin scolaire est alors le garant du respect des pratiques scientifiquement reconnues et de la rigueur des informations, mais aussi du bien-fondé des analyses de situations et des collectes de données, de la dé-

termination des priorités des actions et de la transmission des informations. Il se situe en tant qu'interlocuteur légitime, légal et déontologique à l'égard de ses confrères assumant la responsabilité des actes médicaux prestés. De plus, le médecin scolaire est à même d'utiliser des leviers professionnels en lien tant avec sa formation qu'avec sa qualité de médecin. Se basant sur ces constats, l'APMS fait des recommandations en termes de visibilité des missions de services, en termes d'explicitations de diverses fonctions qui ne doivent pas s'exclure mais se concevoir en cascade (médecin examinateur, médecin référent d'établissement, médecin coordinateur, médecin directeur), en termes de formations de base ou continuées.

L'APMS revendique le maintien et l'amélioration de la Promotion de la Santé à l'École car toutes ses missions se réalisent dans l'intérêt exclusif de ses bénéficiaires à savoir les élèves et étudiants ainsi que les établissements scolaires. Chaque enfant et étudiant scolarisé dans l'ensemble de la Communauté française doit pouvoir avoir accès et bénéficier, quel que soit le réseau d'enseignement qu'il fréquente, aux mêmes offres de services. Cela nécessite impérativement une revalorisation du secteur afin de rencontrer les revendications suivantes qui, toutes, doivent s'inscrire clairement dans des textes légaux :

Depuis 1989, l'Association professionnelle des médecins scolaires (APMS) regroupe les médecins ayant des missions de promotion de la santé à l'école dans l'ensemble des réseaux d'enseignement organisés (dans les CPMS de la Communauté française) ou subventionnés (dans les Services PSE communaux, provinciaux, libres), présents en Communauté française. Ses missions se centrent sur la promotion de la santé en milieu scolaire et la défense du rôle et du statut des médecins scolaires.

L'APMS assure la représentation des médecins scolaires dans différentes instances : Conseil supérieur de promotion de la santé, Commission PSE, Centres locaux de promotion de la santé, Comité de concertation intersectoriel vaccination, etc.

Association Professionnelle des Médecins Scolaires, rue d'Orbais 11, 1360 Perwez.

Site : www.apms.be.

Courriel : apms2005@hotmail.com

risation du secteur afin de rencontrer les revendications suivantes qui, toutes, doivent s'inscrire clairement dans des textes légaux :

- établir des normes d'encadrement afin de supprimer toute inéquité dans la prise en charge des élèves (1 heure 'médecin' par tranche de six élèves sous tutelle) et afin de permettre l'instauration d'un partenariat stable, gage d'efficacité ;
- établir des normes de fonctionnement afin de faire de la médecine scolaire un outil de santé professionnelle en lui ménageant des

conditions matérielles propices à la qualité des prestations ;

- établir des normes de rémunération attractives pour ces praticiens selon les statuts établis et pour toutes les fonctions prestées ;
- rendre obligatoire la fonction de médecin coordinateur afin de donner à la médecine scolaire la dynamique nécessaire pour œuvrer utilement dans les domaines de la santé publique et communautaire.

D'après les Actes publiés en juin 2010 suite aux États généraux de la médecine scolaire

Les médecins scolaires en quête d'une nouvelle identité professionnelle

Les États Généraux de la médecine scolaire organisés par l'Association professionnelle des médecins scolaires (APMS) ont fourni aux participants l'occasion de s'interroger collectivement sur leurs pratiques professionnelles. L'analyse des discussions tenues dans les différents ateliers met en évidence le souhait des médecins scolaires de trouver et d'afficher une identité professionnelle renouvelée et spécifique. Comment

comprendre la place que les médecins scolaires attribuent à l'identité dans leurs pratiques professionnelles ?

La théorie des luttes pour la reconnaissance semble particulièrement adéquate pour une interprétation sociétale de cette revendication identitaire professionnelle. Avant d'aborder ce point, un petit détour sur le concept même de l'identité professionnelle s'impose : qu'entend-on par identité professionnelle ? En existe-t-il une définition claire et précise ?

L'identité professionnelle : quelques repères

À la lecture synthétique des écrits de sociologues et psychosociologues¹, plusieurs points d'ancrage semblent émerger autour de l'identité professionnelle et de ses caractéristiques :

- l'identité professionnelle est en lien avec les autres identités configurant l'individu, autrement dit, elle est une des composantes qui participent de l'identité « globale » ;
- l'identité professionnelle, au même titre

¹ R. Sainsaulieu, 1977, *L'identité au travail*, 2^e édition 1985, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques ; P. Berger, T. Luckmann, 1966, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1986 ; Jean Marie Barbier, *L'analyse des pratiques : questions conceptuelles*, dans Claude Blanchard-Laville et Daniel Fablet (Éds), *L'analyse des pratiques professionnelles*, Paris, L'Harmattan, 1996a, pp. 27-49. Claude Dubar, *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, 3^e édition, Paris, Armand Colin, 2000 ; Christophe Dejours. *Vulnérabilité psychopathologique et nouvelles formes d'organisation du travail (approche étiologique)* L'Information psychiatrique 2007 ; 83 : 269-75.

que les autres composantes identitaires, est dynamique, c'est-à-dire qu'elle n'est pas figée une fois pour toute, elle évolue au fil de la vie ;

- l'identité professionnelle s'acquiert à l'intérieur d'un champ spécifique, en l'occurrence le monde du travail, par l'incorporation de pratiques spécialisées ;
- l'identité professionnelle prend donc corps à travers un vocabulaire et des procédures définis et construits en référence à un domaine précis d'activités.

Par ailleurs, la question de l'identité renvoie à une vision du monde définie par le passage du modèle de société industrielle (ou post industrielle, hypermoderne... les qualificatifs ne manquent pas) vers un modèle de société identitaire, avec, au centre de ce passage, la figure de l'individu posé comme acteur². La compréhension de ces processus identitaires s'intègre dans la reconnaissance de soi à travers autrui. Comment relier la construction de l'identité professionnelle avec la théorie des luttes pour la reconnaissance ?

■

Le déficit de reconnaissance morale du médecin scolaire comme acteur de santé publique pourrait s'expliquer par une image souvent dévalorisée renvoyée par les parents, par les confrères médecins, par les acteurs de la communauté éducative et par les autorités.

■

Cette théorie est le fruit des réflexions d'**Axel Honneth**, philosophe allemand, héritier de l'école critique de Frankfurt. Selon celui-ci, l'ensemble de nos rapports à autrui est traversé par des attentes de reconnaissance. En effet, l'image positive que nous pouvons avoir de nous-mêmes dépend du regard, des jugements et des comportements d'autrui à notre égard. C'est la raison pour laquelle nous restons toujours en attente de reconnaissance dans les interactions sociales.

Axel Honneth met en rapport trois formes de

reconnaissance (affective, juridique et morale) avec trois formes de rapport positif à soi, eux-mêmes distribués dans trois sphères sociales distinctes³.

Comment les trois formes de reconnaissance se déclinent-elles dans le discours des médecins scolaires sur leurs pratiques ?

La reconnaissance interpersonnelle de proximité

Il s'agit de la **reconnaissance affective** au sens de Axel Honneth. La première sphère est celle du relationnel qui rend possible la « confiance en soi », c'est-à-dire la conscience de la qualité de notre propre existence.

À plusieurs reprises, les médecins scolaires ont évoqué le souhait de plus d'interactions avec les parents, les élèves et les partenaires scolaires ou hors école. Cependant, leurs pratiques professionnelles restent trop souvent focalisées dans une relation individuelle. Ainsi, de nombreux participants aux ateliers ont mis en exergue l'importance que recouvre, dans leurs pratiques professionnelles, le colloque singulier médecin/élève.

Cela peut se traduire ainsi : « *Il y a un temps que l'on ne doit pas oublier, c'est le temps de l'écoute, c'est le seul moment où l'enfant est en tête à tête avec nous...* »

Quoique cette spécificité constitue une plus-value à leurs yeux, ils ne sentent pas que celle-ci soit perçue à sa juste valeur. En d'autres termes, les médecins scolaires signifient ici l'absence de reconnaissance interpersonnelle de proximité dont ils sont l'objet.



Photo © Isopix

Par ailleurs, le médecin scolaire dépend des autres professionnels pour mener à bien un certain nombre de prestations. Son identité professionnelle réside aussi dans le travail en équipe, le partenariat avec les éventuels partages de responsabilité et de délégation qui en découlent. Toutefois, les médecins scolaires envisagent davantage le partenariat dans une dynamique individuelle (entre eux-mêmes et des partenaires extérieurs) plutôt que dans une dynamique institutionnelle d'intervention (entre leurs équipes et des intervenants extérieurs). Les partenariats s'inscrivent donc dans une forte attente de reconnaissance interpersonnelle.

— Profil des participants aux États Généraux —

144 médecins participants (source APMS, 2008)	
soit 44,3 % des 325 médecins répertoriés par l'APMS	
soit 53,9 % des membres de l'APMS	
75 % des services PSE et centres PMS étaient représentés (proportion établie en tenant compte des affectations)	
SPSE subventionnés officiels	18/24
SPSE subventionnés libres	18/22
CPMS Communauté française	30/42

² Voir par exemple Guy Bajoit, *Le changement social. Approches sociologiques des sociétés occidentales contemporaines*, Paris, Armand Colin, 2003 ; Alain Touraine, *Un nouveau paradigme. Pour comprendre le monde aujourd'hui*, Paris, Fayard, 2005.

³ Axel Honneth, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Édition du Cerf, 2002. Par la suite, l'auteur revient sur sa théorie dans *La Société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique*, La Découverte, Paris, 2006. Pour une vision plus générale de cette théorie, voir Alain Caillé, *La quête de reconnaissance nouveau phénomène social total*, La Découverte, Paris, 2007

La reconnaissance juridique

La deuxième sphère publique (du droit et de la politique) porte sur les **relations juridiques**. La reconnaissance dépend alors des droits qui nous sont attribués ; ceux-ci donnent lieu au « respect de soi », à savoir la certitude de la valeur de notre liberté.

La santé publique et la promotion de la santé ne jouissent pas d'une reconnaissance juridique suffisamment affirmée. Trois raisons pourraient expliquer le déficit de la reconnaissance juridique de ces missions parmi les tâches du médecin scolaire :

- les mandats de santé publique et de promotion de la santé ne sont pas définis avec suffisamment de clarté et de précision ;
- le cadre légal valorise moins les missions de promotion de la santé et la santé publique⁴.
- enfin, les conditions de prestations et de statut des médecins scolaires limitent ceux-ci aux bilans de santé et aux vaccinations qui sont les principaux services rendus aux élèves, en termes de temps de travail et de couverture de la population scolaire⁵.

Pour le dire autrement, « *Le projet santé, ça*

demande plus de temps au médecin, beaucoup plus de temps... »

La reconnaissance morale

La dernière sphère concerne la contribution de nos activités individuelles au bien de la société, soit de la division du travail. Ce qui est recherché ici est l'« estime de soi », entendue comme la conviction de la fonction sociale de notre activité. Cette forme de **reconnaissance morale** permet ainsi à la personne de se rapporter positivement à ses qualités et à ses capacités concrètes.

Le déficit de reconnaissance morale du médecin scolaire comme acteur de santé publique pourrait s'expliquer par une image souvent dévalorisée renvoyée par les parents, par les confrères médecins, par les acteurs de la communauté éducative et par les autorités.

Le médecin scolaire ne se sent pas reconnu comme un acteur de santé publique qui détient des informations utiles à la description de l'état de santé de la population scolaire et à la détermination des politiques permettant de l'améliorer, qui est le garant de l'équité et

de l'universalité du service préventif auprès des enfants et des jeunes.

Comme l'exprime une participante : « *Les gens ont besoin de reconnaissance de leur travail et que quelqu'un dise que cette médecine-là est incontournable.* »

En guise de conclusion

L'objectif poursuivi dans cet article est d'illustrer en quoi le recours à une théorie sociale, située à l'intersection de diverses disciplines – philosophie, sociologie, psychologie sociale – permet d'approfondir l'interprétation de vécus professionnels et de les relier à des manières d'être, de penser, d'agir et de faire qui caractérisent notre contemporanéité.

N'est-ce pas là une porte d'entrée vers le décloisonnement des pratiques professionnelles et, partant, un levier pour jeter les bases propices aux dialogues multidisciplinaires, un des enjeux de taille au cœur même de la prévention et de la promotion de la santé ?

Patrick Govers et **Cetty Saglimbene**, SCPS APES-ULg

4 L'article 5 de l'Arrêté relatif aux modalités des bilans de santé, à leurs fréquences et contenus, stipule clairement que « *la durée minimum des prestations affectées au suivi médical des élèves est de 70 %*. La durée minimum des prestations affectées à la mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé est de 20 % ».

5 Ce déficit de reconnaissance juridique fait d'ailleurs l'objet d'une revendication spécifique de la part de l'APMS : « *rendre obligatoire la fonction de médecin coordinateur, afin de donner à la médecine scolaire la dynamique nécessaire pour œuvrer utilement dans les domaines de la santé publique et de la santé communautaire* ». Association professionnelle des médecins scolaires, *op. cit.*, p.80.

Sida : l'Afrique du Sud fait sa révolution

Une vaste campagne de prévention, de dépistage et de distribution d'antirétroviraux (ARV) y a débuté au mois d'avril. L'objectif : tester 15 millions de personnes d'ici 2011. Dans ce pays, un des plus infectés de la planète, le sida touche 5,7 millions de personnes – dont 280.000 enfants – sur 48,7 millions d'habitants. Selon les estimations, la maladie tue environ un millier de Sud-Africains chaque jour.

« *Il s'agit de la plus grande campagne de prévention et de dépistage dans toute l'histoire de la pandémie du sida* ». **Mark Heywood**, directeur de l'ONG Aids Law Project, est particulièrement enthousiaste. Selon lui, 2010 est

l'année de l'espoir pour la lutte contre le sida en Afrique du Sud.

« *Nous sommes prêts à prendre le taureau par les cornes* », a déclaré le ministre de la Santé, **Aaron Motsoaledi**.

En décembre 2009, à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, **Jacob Zuma** avait affiché sa volonté de combattre la pandémie. Afin d'encourager la population à faire de même, le président sud-africain a d'ailleurs effectué publiquement un test de dépistage, le 8 avril dernier. Un changement de politique radical par rapport au déni affiché pendant des années par son prédécesseur, Thabo Mbeki.

Traitement gratuit

« *Il y a clairement un changement d'attitude* », constate **Éric Goemaere**, coordinateur médical de Médecins Sans Frontières (MSF) en Afrique du Sud. « *Il fut un temps où le personnel de MSF était perçu ici comme une bande de racistes qui testait des médicaments toxiques, les antirétroviraux, sur la population. Alors, un plan comme celui-là, c'est une révolution !* ». Car outre le dépistage, le nouveau plan national prévoit aussi d'augmenter le nombre de personnes ayant accès aux ARV.

En février, lors de la présentation du budget annuel, le ministre des Finances, **Pravin Gordhan**, a annoncé que l'Afrique du Sud consacrerait

3 milliards de rands (300 millions d'euros) supplémentaires à la lutte contre la pandémie au cours des trois prochaines années. « Notre programme d'antirétroviraux subviendra aux besoins de 2,1 millions de personnes d'ici 2012/2013 » a-t-il déclaré. Actuellement, environ 900 000 personnes ont accès à un traitement gratuit (elles n'étaient que 483 000 en avril 2008).

« C'est en offrant un traitement que l'on peut encourager les gens à se faire tester et à accepter la maladie » constate Éric Goemaere. « Si on ne leur donne pas la possibilité de se soigner efficacement, beaucoup préfèrent ignorer leur statut » ajoute-t-il. En Afrique du Sud, les antirétroviraux n'ont été distribués à la population dans le secteur public qu'à partir de 2004 (quelques projets tests avaient eu lieu auparavant).

Depuis le 1^{er} avril, tous les bébés de moins d'un an porteurs du VIH peuvent désormais recevoir gratuitement des ARV dans les établissements publics, et les femmes enceintes sont traitées plus tôt pour prévenir la transmission du virus à leur nouveau-né. Selon l'Unicef, « avec un traitement ARV administré pendant la grossesse et l'allaitement, le taux de transmission de la mère à l'enfant est de moins de 3 %. Sans le traitement, il se situe entre 30 et 35 % ».

Également visées par ce plan : les personnes qui combinent infection au VIH et tuberculose. Cette dernière est la maladie opportuniste responsable du plus grand nombre de décès chez les patients séropositifs. Et environ 70 % des personnes tuberculeuses en Afrique du Sud sont également séropositives ou atteintes du sida. Jusqu'ici, les médicaments antirétroviraux ne leur étaient administrés que lorsque la maladie avait déjà significativement réduit leurs cellules immunitaires (200 cellules de type CD4¹ par millimètre cube de sang ; un taux qui passe désormais à 350 cellules/mm³).

Julia Dipuo, 36 ans, est une des premières personnes à bénéficier de ces nouvelles mesures. Assise au milieu de plusieurs dizaines d'autres patients qui attendent leur tour à l'hôpital Helen Joseph de Johannesburg, elle a rendez-vous avec un médecin qui doit lui prescrire au

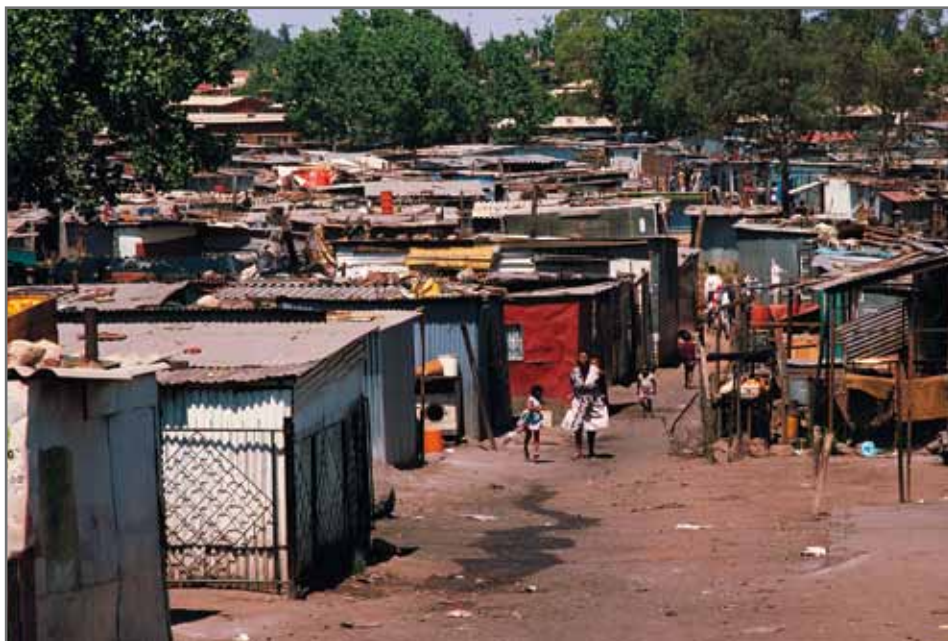


Photo © Isopix

jourd'hui, pour la première fois, des ARV. Un traitement dont sa survie dépend. Testée positive au VIH il y a 3 ans, souffrant également de tuberculose, Julia a déjà connu plusieurs complications sérieuses. Aujourd'hui, elle est néanmoins optimiste. « Quand j'ai appris que j'étais séropositive, j'étais effondrée » se souvient-elle. « À l'époque, je n'ai reçu aucun support. Aujourd'hui, on m'a expliqué comment j'allais devoir prendre mon traitement et quels étaient les éventuels effets secondaires. Je me sens enfin soutenue ».

■
Les États-Unis sont les premiers bailleurs de fonds en Afrique du Sud pour la lutte contre la pandémie. En 2009, le pays a reçu 385 millions d'euros d'aide américaine.
■

La clinique pour le VIH et le sida de l'hôpital public Helen Joseph est considérée comme une des meilleures du pays. Pourtant, avec seulement 3 médecins pour recevoir plus de 300 patients, Julia Dipuo sait qu'elle devra patienter toute la journée pour voir son tour arriver. « Nous sommes débordés », lance un médecin pressé qui passe dans le couloir. « Je ne sais pas comment on va pouvoir accueillir

des patients supplémentaires dans l'état actuel des choses ».

Opération de grande envergure

« Imaginez la situation dans les campagnes, où les gens doivent souvent parcourir plus de 50 km pour recevoir leurs ARV », fait remarquer Éric Goemaere. L'autre grand objectif du plan national de lutte contre le sida est justement de rendre ces traitements plus accessibles. « Dans notre province, nous avons déjà fait passer le nombre de cliniques où les antirétroviraux peuvent être prescrits de 70 à 110 » explique **Qedani Mahlangu**, en charge de la Santé au gouvernement de la province de Gauteng (où se situent Johannesburg et Pretoria, ndr). « Cela permet aux patients d'avoir plus facilement accès à leur traitement et de se faire soigner au même endroit pour leurs différents problèmes de santé, notamment le VIH/sida et la tuberculose » ajoute-t-il. Actuellement, environ 450 centres de santé à travers le pays sont accrédités pour distribuer des ARV. L'objectif annoncé est de multiplier ce chiffre par dix d'ici un an. « Un projet ambitieux, mais peu réaliste », affirme-t-on cependant chez MSF. « Il faudra un certain temps avant que ce plan puisse s'appliquer à l'ensemble du pays », confirme le docteur **Pappie Majuba**, de l'ONG Right to Care. « De nombreuses cliniques, par-

¹ Les cellules CD4, ou lymphocytes T, sont des globules blancs qui organisent la réponse du système immunitaire contre certains micro-organismes tels que les bactéries, les virus et les infections fongiques.

ticulièrement en zones rurales, souffrent d'un énorme manque de moyens et de personnel de santé correctement formé. On ne pourra pas résoudre tous ces problèmes en un an ».

« Il est important de former plus d'infirmières au cours des années à venir » reconnaît Qedani Mahlangu. « Nous avons déjà augmenté la capacité de certains collèges et nous travaillons aussi en partenariat avec des ONG pour enseigner les compétences spécifiques à la distribution d'ARV au personnel déjà diplômé ».

Le ministre de la Santé a par ailleurs annoncé qu'il avait envoyé plusieurs milliers de lettres pour demander aux médecins et infirmier(e)s retraités de revenir au travail pour aider à la mise en place de la campagne.

Mais, selon la coordinatrice du service VIH de l'hôpital Helen Joseph, **Sue Roberts**, il faudra aussi changer les mentalités. « Le problème, c'est que beaucoup de personnes ne se rendent à l'hôpital qu'une fois qu'elles sont très malades, déplore-t-elle. Souvent, elles ne savent même pas qu'elles sont séropositives. Maintenant la politique de l'hôpital sera de proposer systématiquement un test aux patients. Si la personne accepte, celui-ci sera effectué immédiatement. Par ailleurs, il y aura un stand qui sera installé dans le hall d'entrée de l'établissement, où les gens pourront recevoir des informations et des préservatifs. C'est par là qu'il faut commencer si on veut limiter le nombre de nouvelles infections ».

Le rôle essentiel de l'aide américaine

L'Afrique du Sud, première puissance économique du continent africain, est généralement très réticente à recevoir de l'aide des pays occidentaux. Sur la question du sida, néanmoins, le pays n'a guère le choix.

Les États-Unis sont ainsi les premiers bailleurs de fonds en Afrique du Sud pour la lutte contre la pandémie. En 2009, le pays a reçu 385 millions d'euros d'aide américaine. Un montant grâce auquel 650.000 personnes bénéficient d'un traitement antirétroviral et 600.000 orphelins sont pris en charge. Mais de vives inquiétudes pèsent actuellement sur le financement de la lutte contre le sida. La crise ne favorise pas la générosité... Or, selon **Michel Sidibé**, directeur d'Onusida, en cette période charnière, une stabilisation ou une diminution des investissements serait particulièrement dommageable. « Les donateurs ne doivent pas réduire leurs investissements à un moment où la riposte commence à enregistrer des résultats », a-t-il déclaré. « Nous avons besoin de 10 milliards de dollars supplémentaires chaque année pour financer les soins dans le monde ». Car le nombre de malades ne cesse d'augmenter : quand deux personnes sont mises sous traitement sur la planète, cinq autres contractent le VIH.

En 2003, le président George Bush avait mis en place un vaste programme d'aide d'urgence à

l'Afrique : Pefar (President's Emergency Plan for Aids Relief). Doté à l'origine d'un budget de 15 milliards de dollars américains répartis sur une période de cinq ans, celui-ci a été au final de 18,8 milliards de dollars. Cet argent a permis de financer le traitement de plus de 2 millions de personnes infectées par le VIH et d'apporter des soins à 10 millions d'autres personnes touchées par le virus dans le monde, y compris les orphelins. Mais Pefar a aussi été critiqué pour son approche de la prévention, conforme à l'idéologie de certains groupes chrétiens américains. « Pour obtenir des financements, de nombreuses ONG ont été tenues de rédiger leurs programmes en respectant les vues des groupes religieux », explique **Thomas Wheeler**, de l'Institut sud-africain des affaires internationales. « Les travailleurs sociaux devaient ainsi encourager l'abstinence et la fidélité plutôt que l'usage du préservatif ». Mais la situation a grandement évolué depuis la mise en place de l'administration Obama et le remplacement de Mark Dybul, le très controversé coordinateur de Pefar. Cependant, selon Thomas Wheeler, « quand une aide vient d'un pays étranger, celui-ci attend toujours une forme de compensation. Ainsi, de nombreux programmes financés par Pefar utilisent des médicaments issus des firmes américaines, plus chers que les génériques ».

Patricia Huon, Infosud Belgique

Le temps passe, pas le sida

Le sida, aujourd'hui, ne fait plus la une de l'actualité. Pourtant, chaque jour, trois nouvelles personnes sont contaminées par le VIH en Belgique, soit plus qu'en 1992, lorsque tout le monde parlait du sida et le craignait.

Comme le sida fait moins peur, les comportements de prévention se relâchent, les prises de risque augmentent. En témoigne notamment la recrudescence des infections sexuellement transmissibles.

La meilleure parade : informer, encore et toujours.

Pourquoi l'information est-elle plus que jamais indispensable ?

Parce que même si le sida ne fait plus beaucoup parler de lui, le risque de contamination est inchangé : plus de 1.000 nouveaux cas par an en Belgique, soit plus qu'il y a 20 ans. Parce que les comportements à risque sont en augmentation, y compris au sein des groupes les plus exposés et chez les jeunes. Le sida ne fait plus peur et l'usage du préservatif n'est plus systématique alors qu'un seul rapport non protégé peut entraîner la contamination.

Parce que beaucoup d'idées fausses circulent, tant sur les modes de transmission que sur les risques et les moyens de prévention. Ce qui, notamment, continue à générer des comportements discriminatoires à l'égard des personnes séropositives.

Une nouvelle campagne d'information : dix infos essentielles sur le sida

L'information étant toujours prioritaire, il importe de faciliter sa diffusion et son accès au maximum. L'objectif de cette cam-

pagne est donc d'aller à la rencontre des gens avec dix fiches d'information qui, chaque fois, proposent un texte informatif court sur les thèmes essentiels du sida à partir d'un visuel et d'un slogan exprimant un message concret. Une pochette regroupant les dix fiches est également prévue. Chaque texte conclut systématiquement à la nécessité de s'informer davantage : ceux qui le désirent sont invités à demander la brochure d'information plus complète en s'adressant à la Plate-forme prévention sida.

Parmi les dix accroches développées :

« En Belgique, il y a trois nouvelles infections au VIH par jour. »

« Le dépistage, parce que c'est important de savoir. »

« La seule chose qu'on peut attraper en travaillant avec une personne séropositive, c'est un fou rire de temps en temps. »

Ces dix fiches d'information sont disponibles sur simple demande à la Plate-forme et largement diffusées par l'ensemble des partenaires de l'association. Elles sont aussi diffusées sous format électronique via le site www.preventionsida.org.

LE DÉPISTAGE, PARCE QUE C'EST IMPORTANT DE SAVOIR.

JE M'INFORME. JE ME PROTÈGE. JE SUIS SOLIDAIRE. LE TEMPS PASSE. PAS LE SIDA. www.preventionsida.org

Leur diffusion est soutenue par une campagne reprenant les visuels et les slogans des fiches sous forme d'annonces presse, d'affiches et de cartes Boomerang
 Pour plus d'informations :
 Plate-forme prévention sida,

rue Jourdan 151, 1060 Bruxelles.

Tél. : 02 733 72 99.

Fax : 02 646 89 68.

Courriel : info@preventionsida.org.

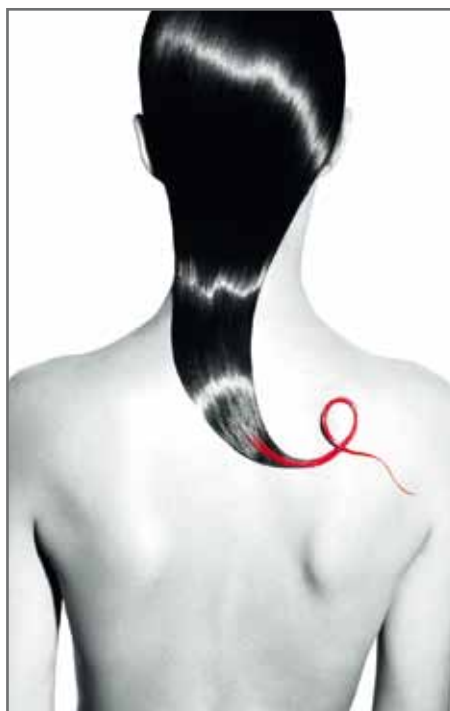
Internet : <http://www.preventionsida.org>.

Un nouvel acteur de poids pour la prévention sida en Belgique

Le géant du cosmétique L'Oréal a lancé en Afrique du Sud en 2001 le projet 'Hairdressers against aids', qui vise à faire des réseaux de salons de coiffure des acteurs de la sensibilisation du grand public lors de l'annuelle journée mondiale du sida. L'UNESCO a ensuite aidé le groupe à étendre son programme à une trentaine de pays. La Belgique et le Grand-duché de Luxembourg rejoignent le projet cette année.

L'idée est de permettre aux coiffeurs, qui sont en contact quotidien avec un grand nombre d'hommes et de femmes, d'exploiter la relation de confiance qu'ils ont avec leurs clients pour faire passer un message de prévention.

Pour ce faire, la firme consacre quelques minutes à la problématique du sida lors



des formations de coiffeurs, et leur offre un matériel de sensibilisation. Ce sont pas moins de 100 salons et 500 coiffeurs qui se mobilisent pour cette 'première' en Belgique.

Que pensent les acteurs de la prévention de cette initiative ? Nous avons posé la question à **Thierry Martin**, directeur de la Plate-forme prévention sida. Selon lui, « c'est une stratégie de prévention complémentaire au travail déjà réalisé par les associations et qui permettra de toucher également un autre public, peut-être moins sensibilisé au départ à ces questions. De plus, le contact privilégié des coiffeurs avec leur clientèle peut avoir un impact positif dans la mémorisation des informations sur la prévention et la solidarité avec les malades. »

Prévention du suicide chez les jeunes

À l'initiative de la Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des chances, Fadila Laanan, une table ronde d'une demi-journée consacrée à la prévention du suicide chez les jeunes s'est déroulée au siège de la Présidence de la Communauté française le 22 octobre 2010.

Cette matinée, modérée par **Chantal Leva** (Présidente du Conseil supérieur de promotion de la santé) clôturait les travaux d'un groupe d'experts francophones sur la question, animé par **Martine Bantuelle**, Directrice de l'asbl Éduca Santé, spécialisée dans la prévention des traumatismes.

Fait inhabituel, les interventions des spécialistes se sont déroulées en présence de **SAR le Prince Philippe**, très sensible à cette problématique, qu'il évoqua brièvement en début de réunion.

Dans un premier temps, chacun des experts avait une dizaine de minutes pour partager avec les nombreux participants son regard sur le suicide, sa 'prévention', sa 'postvention' aussi. Réel défi, bien tenu par la plupart des intervenants¹, et qui avait le mérite d'offrir à des acteurs de terrain une belle tribune.

Le **Prof. Alain Levêque** (École de Santé publique de l'ULB) brossa en quelques traits un tableau épidémiologique de l'ampleur du phénomène suicidaire, soulignant au passage le mauvais 'classement' de la Belgique, ainsi que la sous-estimation certaine dans les statistiques du nombre réel de suicides.

La situation particulière du suicide parmi les jeunes homosexuel(les) fit l'objet d'une présentation prudente de **Vladimir Martens** (Observatoire du sida et des sexualités), témoignant d'une plus grande vulnérabilité chez les garçons homosexuels que chez les filles, tout en précisant que la focalisation sur cette question présente des risques de victimisation ou de stigmatisation.

La complexité de la problématique fut mise en évidence par les exposés d'**Axel Geeraerts**



Photo © Fotolia

(Centre de prévention du suicide) et **Florence Ringlet** (Centre 'Un pass dans l'impasse'²). Le premier nous rappela entre autres que questionner l'intentionnalité du suicide revient aussi à nous interroger sur notre propre rapport à la mort, et nous invita à méditer le paradoxe qu'un geste décisif qui ôte la vie permet au suicidaire de reprendre à cet instant le contrôle de son existence au terme de beaucoup de souffrance. La seconde exprima nombre de questions que se posent les intervenants : comment faire de la prévention, où la situer, l'école est-elle un lieu favorable pour en faire ?

Le **D^r Denis Hirsch**, psychiatre d'adolescents au Service de santé mentale de la Ville de Bruxelles, replaça le thème du jour dans le cadre plus large des conduites à risque, qui, au-delà de leurs spécificités, ont des caractéristiques communes (mise en danger de soi, quête de sensations fortes, risque de dépendance, recherche d'un sentiment d'exister, appel masqué aux parents et aux adultes) dont il importe d'être conscient quand on travaille à leur 'prévention'.

Les 4 interventions suivantes apportèrent une dimension encore plus concrète, non dénuée d'émotion, à la matinée, puisqu'elles émanaient d'acteurs en contact direct avec des jeunes en souffrance : **Anne Englert**, psychothérapeute au Service de santé mentale de l'ULB, le **D^r Xavier Gernay**, psychiatre au Centre Patrick Dewaere (Province de Liège), **Denis Hirsch** encore, sur la question de la mise en réseau des acteurs cette fois, et **G. De Bunder** (PMS Centre scolaire Sacré cœur de Jette) à propos de la mise en place récente (deux ans de recul) d'une Cellule bien-être au sein de son établissement scolaire.

Martine Bantuelle présenta ensuite les recommandations du groupe d'experts pour une approche globale considérant à la fois la promotion des facteurs de protection, la prévention des facteurs de risque, l'identification et l'accompagnement des personnes à risque. Plus concrètement pour la Communauté française, elle insista sur le besoin d'améliorer nos connaissances, de sensibiliser les adultes proches des jeunes, de multiplier les interventions de qualité, et de faire prendre conscience aux médias de leur responsabilité importante en la matière.

Le public n'eut malheureusement guère le temps d'enrichir les propositions (mais il put le faire par écrit après la table ronde), deux personnes relevant néanmoins le peu de place occupé par les parents des jeunes suicidaires dans les présentations du jour.

Dans sa conclusion, la ministre assura le public présent qu'elle n'entendait pas refermer le dossier, au contraire, et que des actions concrètes seront précisées en concertation avec ses collègues **Marie-Dominique Simonet** (Enseignement) et **Évelyne Huytebroeck** (Aide à la Jeunesse).

Éducation Santé ne manquera pas d'y revenir dans le courant de l'année prochaine.

Christian De Bock

1 L'un d'entre eux déclara toutefois en amorce à son discours que l'exercice relevait pour lui de la gageure, et même de l'injure. Propos déplacé, insultant pour ses collègues, qui heureusement ne parvint pas à troubler la sérénité des débats.

2 Voir l'article 'Un pass dans l'impasse' de Xavier Malisoux, Éducation Santé n° 261, novembre 2010

Les groupes Balint dans un monde en évolution accélérée

Je fréquente les groupes Balint depuis peu d'années, et y retrouve avec intérêt des ressemblances et aussi des différences avec ce que j'ai vécu au GERM (Groupe d'Études pour une Réforme de la Médecine). Dans les maisons médicales imaginées par le GERM, le malade bénéficie d'une attention multidisciplinaire, apportée par l'éventail de généralistes, d'infirmières, de kinésithérapeutes, voire de psychologues. Chez les groupes Balint, l'accent est davantage mis sur le vécu psychologique du patient et du soignant lui-même. La distinction entre ces deux approches est à vrai dire artificielle, puisque certains membres d'un groupe Balint pratiquent dans une maison médicale.

Qui était Balint ?

Fils d'un médecin généraliste hongrois le docteur **Michael Balint** fit carrière en Angleterre où il devint psychanalyste et y développa le concept des groupes qui portent son nom. Parmi les nombreux textes qui exposent ses réflexions, je choisis, en traduction française, *Le médecin, son malade et la maladie*¹.

En voici quelques phrases clefs. « Le médicament le plus fréquent utilisé en médecine, c'est le médecin lui-même », et « Le patient peut ressortir d'une consultation médicale avec un résultat psychologique peu relié à la prescription de médicaments mise en poche ». Mais une autre idée clef ressort : « On se préoccupe moins de la retombée psychologique sur le médecin ». De cette philosophie, réduite ici à son essence, naîtront les Groupes Balint, où les soignants se réunissent pour discuter de leurs relations individuelles avec chaque soigné.

Les relations du praticien avec son patient

Au cours de l'entretien

Quelles sont, de façon générale, les situations psychologiques rencontrées par le médecin généraliste ? Pour le concevoir, je bénéficie

d'entretiens avec le docteur **Manoël Le Polain**. Il y a d'abord, dans la pratique médicale, une contrainte assez triviale, le « cadre thérapeutique » dont dispose le généraliste : celui-ci ne peut laisser s'accumuler les plaintes diverses d'une personne qui, parfois, recherche avant tout l'occasion de parler d'elle. Mais, plus fondamentalement, il y a la « distance thérapeutique » envers chaque patient. On ne demande pas que le praticien soit dépourvu de subjectivité. D'une part, consciemment ou non, il peut ressentir des forces attractives ou répulsives envers telle personne, mais il doit s'abstenir de juger l'autre, et traiter chacun avec le même respect. D'autre part, inconsciemment, se jouent entre un patient et son médecin des sympathies qui ne peuvent qu'être bénéfiques – à condition, pour le médecin, de ne pas verser dans la compassion car il ne peut porter la souffrance de tout le monde. Et ceci représente sans doute la raison d'être principale des Groupes Balint : la **bonne distance thérapeutique**.

Aller jusqu'à l'empathie ?

L'empathie, c'est quand on fait jouer ses *neuroles miroirs*. Depuis peu, les neurologues s'intéressent à ce phénomène : lorsqu'un singe, ou une personne humaine, exécute un mouvement devant un spectateur, celui-ci allume une même zone dans son propre cerveau. Cette activité cérébrale en miroir est illustrée de façon frappante par les techniques de l'imagerie médicale. Ainsi serait matérialisée l'empathie : la faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent. Les sujets les moins disposés à l'empathie, comme les autistes, présentent un déficit des *neuroles miroirs*, ce qui les empêche de se mettre dans la peau de l'autre. Bien plus, certains patients se plaignent d'avoir perdu contact avec eux-mêmes : « Je suis moins que tout seul. Je ne suis plus en compagnie de moi-même. » Mais jusqu'où le médecin doit-il allumer ses *neuroles en miroir* devant chaque patient ?

On imagine aisément l'état du cerveau du praticien, en fin de journée, après ce marathon des *neuroles en miroir*... Mais dans certains cas, l'empathie, se mettre dans la peau de l'autre, peut huiler la relation.

Jusqu'à la curiosité !

Le praticien, face aux diverses personnalités qui défilent devant lui, doit-il s'exercer à ranimer chaque fois sa curiosité, envers chaque patient, comme on s'entraîne à une performance sportive ? Ou bien, est-il vraiment répréhensible de se blinder contre la compassion pour éviter le *burn out* ?

Il y a une autre face à ce problème : jusqu'où le praticien peut-il se permettre une investigation psychologique chez son patient ? Le client n'est pas venu demander aide à un psychiatre. Quel dialogue personnel et discret échanger ? Jusqu'où le médecin doit-il se livrer un peu lui-même, pour amorcer la confiance ? Car le patient ne va pas dévoiler quelque détail nécessaire, s'il se trouve devant un sphinx. Et ce patient aime personnaliser celui qu'il appelle *mon* médecin. D'aucuns disent même : « il est préférable que ma femme et moi ne partagions pas le même médecin ». Aujourd'hui encore, où la technique prend tellement d'importance, le médecin n'est pas une pièce mécanique interchangeable.

Les activités Balint²

Les *groupes Balint* sont répartis géographiquement dans la Belgique francophone, et se réunissent une fois par mois, de septembre à juin, sous la responsabilité de deux animateurs : un médecin généraliste et si possible un psychanalyste. C'est alors qu'ils discutent de situations vécues. Là, assis en rond autour d'un animateur, l'un ou l'autre des soignants participants expose une situation clinique qui l'a mis lui-même dans l'embarras, dans un inconfort par rapport à sa relation au patient. Une fois par an, un *Printemps Balint* organise des séminaires à thème.

¹ Michael Balint *Le médecin, son malade et la maladie*, Éd. Payot, 1966

² Pour de plus amples informations, voir le site www.balint.be

À ceci viennent s'ajouter les *journées d'études* qui réunissent des conférenciers de grande valeur et d'appartenance intellectuelle variée : la liste de ces conférenciers vous ferait monter l'eau à la bouche. Quelle différence avec d'autres cycles de conférences ? Une participation très active du public aux discussions. L'après-midi, on se répartit en petits groupes d'une dizaine de soignants, qui choisissent de participer à l'un des 6 à 10 thèmes proposés. Les titres des derniers numéros de la revue Balint en disent long sur les préoccupations des groupes : *La relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie, Le rêve et l'imaginaire en médecine, Qui me soignera demain ?* Attardons nous à ce dernier. Son premier chapitre s'intitule *A-t-on vraiment besoin de médecins ?* Le médecin indien Raj Arol y déclare sans détour que les médecins ne sont pas la solution pour les pays les plus pauvres du monde. Lui-même réussit à assurer à sa région un certain niveau en formant des agents sanitaires recrutés parmi les villageois.

Mais, chez nous, les moyens sont très différents. Notre décor est planté dans le cabinet du médecin, avec un 'client' inquiet qui ressent des symptômes et en arrière-plan, hors scène, l'Internet, cette manne de données, avalée avidement, qui a déjà fait sourdre chez le patient quelques inquiétudes. Derrière le bureau du cabinet médical, le profil du médecin face à son ordinateur. Il récolte les chiffres de laboratoire concernant la personne en face de lui.

■
Aujourd'hui encore, où la technique prend tellement d'importance, le médecin n'est pas une pièce mécanique interchangeable.
■

Puis le film se déroule et voici le même médecin, vu de face. C'est maintenant une vraie personne, qui dialogue avec le patient. Et le flair clinique reprend son rôle.

Cet amalgame entre l'informatique et la relation humaine fonctionne plutôt bien. La maladie est souvent traquée – mais, chez la personne probablement guérie, une angoisse persiste parfois, implantée par l'omniscient Google.

Comment 'personnaliser' son patient dans l'esprit balintien ?

Un autre numéro de la revue Balint a pour titre, un peu énigmatique, *Soigner au-delà des preuves*. Certes, « l'attitude Balint » accepte que, devant un patient qui pose une certaine énigme diagnostique ou thérapeutique, il faille aller puiser dans les enquêtes scientifiques qui ont porté, dans le monde entier, sur un nombre important de cas semblables – mais ce doit être comme ressource pour les mettre en comparaison avec le cas particulier de votre patient, pour lequel vous avez l'occasion d'approfondir la situation. Car, pour repérer une corrélation statistiquement significative entre des symptômes et un trai-

Mon expérience dans un groupe Balint en mars 2010

On aura deviné à la lecture de ce qui précède que la présence d'une virologue dans un groupe peut intriguer. Gentiment, l'animateur de 'mon' groupe souligna que la participation d'un membre de l'ancien GERM était justifiée. Mais j'écris le présent texte avec une expérience très ponctuelle et limitée, et peut-être la relation qui suit donnera-t-elle une idée de ma naïveté. Lors de ma première participation, j'ai choisi le groupe qui discutera de la question : *jusqu'où peut-on assumer la souffrance de l'autre ?* Nous nous présentons brièvement ; il y a là plusieurs types de praticiens : celui de quartiers urbains pauvres ou privilégiés – et même, encore, des médecins de campagne. Mais aussi une infirmière, un kinésithérapeute. Je me sens un peu ridicule, avec ma spécialité qui consiste à psychanalyser des virus ! Et je tente de me raccrocher au groupe en rappelant que mon intérêt pour les groupes Balint remonte aux réflexions du GERM.

Puis, après un silence un peu timide, l'un d'entre nous annonce qu'il est prêt à tenter d'analyser un problème qu'il a vécu. L'animateur fait un appel pour que le sujet soit traité par une deuxième personne. Silence prolongé. Je finis par me lancer pour proposer l'histoire d'une jeune infirmière qui, au service des maladies infectieuses, où se mouraient les sidéens, sans traitements efficaces à l'époque, assumait tellement les problèmes de chacun d'eux qu'elle en dépérit. L'animateur me répond que je n'ai pas le droit de parler à sa place. Qu'elle vienne... « Mais elle s'est suicidée ». Alors ma proposition est refusée. On m'explique que le processus de ces rencontres, c'est de tenter d'amener le narrateur vers un autre point de vue – par exemple, dans le cas présent, l'aider à accepter « l'injustice » qui accable ces malades. Il faut toujours que le héros de l'histoire soit présent dans le groupe. On ne peut modifier quelqu'un à son insu... a fortiori si ce quelqu'un est mort. J'acquiesce, évidemment.

Puis, sagement, pour retenir la quintessence de ce qui va se passer, je sors un bout de papier et un stylo pour prendre quelques notes. On me regarde gentiment, mais avec un peu de gêne, comme si je venais de sortir un outil étrange. « On ne prend pas de notes car il est bon de se regarder l'un l'autre. » Effectivement, c'est mieux ainsi. J'observe donc la narratrice qui commence par esquisser le profil psychologique du sujet qu'elle soignait. Mais l'un d'entre nous interrompt et demande « Comment est-il physiquement, votre cas ? On a besoin de le voir pour supputer par quel côté il faudrait le prendre ». Toutefois, ce n'est pas l'essentiel, car notre centre d'intérêt se dirige vers celle qui raconte. Pourquoi donc, a-t-elle ressenti un étrange malaise dans cette situation particulière là ? Le groupe tente d'analyser, ose questionner : « Te sentais-tu sous l'emprise d'une réaction psychologique de retrait, de répulsion, ou... d'attrait, envers ce patient ? »
LT

tement efficace, on publie des méta-analyses dans lesquelles on est obligé de ne retenir que les points communs entre les diverses populations comparées. On néglige ainsi certains aspects des problèmes individuels. L'attitude des groupes Balint, c'est de fonder le comportement médical vis-à-vis d'un cas donné, en faisant une sorte d'intégration entre trois paramètres : les données de la littérature, le contexte clinique particulier à ce cas-ci, et les attitudes psychologiques particulières de cette personne (par exemple ses préférences pour telle action particulière face au problème.) Ce qui peut se résumer ainsi : le patient amène au généraliste son contexte, ses symptômes, le médecin intègre ces données spécifiques à celles de la littérature scientifique, le patient apporte en outre ses préférences pour une action, qui sont à leur tour intégrées pour l'intervention du généraliste.

Le portrait du patient

Sa mémoire implicite

Face au médecin, se trouve une personne qui fut progressivement formée par les souvenirs accumulés dans la mémoire de base appelée mémoire implicite. Elle est tissée par les traces des émotions accumulées dans notre corps. Cette mémoire, si personnelle, ne peut se caractériser par des chiffres et ne peut donc figurer dans les rapports de l'ordinateur, aux côtés des taux de cholestérols. Les psychologues nous disent que certains passages à l'acte, certaines crises de désespoir *sine materiae*, trouvent leur fondement dans cette mémoire et ne relèvent pas de la folie. Il s'agirait d'un cerveau sain malchanceux qui a accumulé des souvenirs néfastes.

Sa résilience

Le praticien qui reçoit de l'hôpital un rapport sur l'un de ses malades verra-t-il un jour figurer une estimation quantitative de la résilience du patient ? En physique, la résilience d'un matériau mesure sa résistance au choc. Chez l'homme, il s'agit d'une attitude qui permet de faire face aux mauvaises fortunes. Aux groupes Balint, on se demande si les résiliences aux traumatismes physiques et aux

blessures morales sont liées. Un être humain peut-il résister à un coup de bâton, comme le fait un socle de marbre, mais vibrer dange-reusement à une peine sentimentale ? Les artistes qui expriment beaucoup de sensibilité seraient-ils peu résilients ?

Sa souffrance interne

Se distinguant du Moi cérébral, entre en jeu un troisième personnage : le corps même du malade. Lui seul connaît la douleur ressentie. Le corps s'approprie même la maladie : « Et voilà ma migraine qui vient me revisiter. » Au lieu d'observer seulement le corps du malade, il faut donner sa place au visage, lequel peut refléter ce que les battements cardiaques ne font pas. Le métier de médecin consiste aussi à dépister la souffrance, et à tenter d'éviter la dérive vers la dépression. Pour ce faire, il faut essayer d'induire le malade à prendre son sort en main, à devenir l'acteur de sa vie.

Par ailleurs, le médecin ne doit pas réduire son rôle à celui de prescripteur de médicaments, mais au contraire, jouer un rôle actif contre la médicalisation des problèmes sociaux. En 2008, le journal *Le Monde* émettait à ce propos un avis pessimiste : « Les psychotropes ont été détournés de leur usage premier (l'épisode dépressif majeur) pour soigner le mal-être et l'anxiété sociale et en devenir l'unique réponse. »

Son droit à la vérité

Ce corps joue évidemment un rôle dans le diagnostic global. S'il y a une atteinte organique précisée, le médecin doit-il la révéler dans sa sévérité ? Lorsque le patient affirme qu'il a droit à toute la vérité, le médecin doit-il s'y laisser prendre ? On peut avoir droit à une chose sans vraiment désirer l'avoir. Faut-il distiller progressivement une mauvaise nouvelle, ou bien la faire avaler d'une gorgée ? Le problème, avec la vérité, c'est qu'il est impossible de faire marche arrière. En tout cas, il ne faut pas laisser le patient partir à l'hôpital sans qu'il connaisse au moins la vérité contenue dans son dossier. Là bas, le cadre est peu propice aux nuances dans le dialogue. Et les longues nuits esseulées que passe le ma-

lade dans un lit d'hôpital sont tout aussi peu propices à l'optimisme.

La personnalisation génétique

Aujourd'hui, une nouvelle donne surgit : les progrès triomphalistes de la chimie dans le séquençage des nucléotides de notre génome. Selon cette tendance actuelle, la personnalité de chacun d'entre nous est entièrement écrite dans cette chaîne de molécules. Et pour quelques centaines de dollars, on va vous proposer ce séquençage.

Francis Collins, l'un des chercheurs les plus brillants dans ce domaine publie un livre³ dont le titre se traduit en français par *Le langage de la vie. L'ADN et la révolution dans la médecine personnalisée* (c'est moi qui souligne). Et sur la couverture, ce titre est surmonté d'une phrase de Barack Obama, véritable ode à Collins. Je la traduis : *Son travail fracassant a changé nos façons mêmes de considérer notre santé et d'examiner la maladie.*

Je lis donc avec avidité ce texte. À chaque chapitre, j'essaie de percevoir en quoi les résultats évoqués pourraient modifier la relation médecin – patient. Certes, chacun de nous recèle, dans son ADN, des petites variations de nucléotides, qui individualisent notre profil chimique. Mais je ne vois pas en quoi les connaître aurait aidé Freud.... En quoi ce paysage détaillé de notre ADN pourrait-il nous faire pencher pour une cause génétique, plutôt qu'environnementale, dans les problèmes dont se plaint celui qui se trouve devant le praticien ? Par exemple, dans notre cerveau, nos 20.000 gènes doivent gérer le fonctionnement de 50 à 100 milliards de neurones, avec l'aide de 38.000 protéines différentes. Mais l'éveil de ces fonctionnements dépend essentiellement de l'interaction de l'environnement avec le cerveau. Chacun sait que cet éveil dépend des stimuli affectifs que le jeune enfant va recevoir, et non de la simple présence de tel ou tel nucléotide. Sans intervention de signaux extérieurs, les nucléotides stagnent dans le retard mental.

Par ailleurs, Collins lui-même admet que toute la science des biochimistes de l'ADN ne parviendra sans doute jamais à déchiffrer les séquences de nucléotides qui seraient carac-

3 Francis Collins *The language of life. DNA and the revolution in the personalized medicine*. Profile books 2010.

téristiques de la schizophrénie, par exemple. Ce « désordre multiple de la personnalité » ne peut être réduit à des phrases chimiques sous un crâne. Alors, pourquoi parler du langage de la vie à propos de la séquence des

nucléotides dans nos chromosomes ? Pourra-t-on personnaliser la médecine à partir de ces déchiffrages ? Un beau sujet pour une journée Balint ?

Lise Thiry

Avec la collaboration de Manoël Le Polain, médecin généraliste et administrateur de la Société Balint belge

STRATÉGIE

Évaluation des dispositifs de santé en Communauté française

Près de trente ans après la communautarisation de certaines matières de santé, et conformément au décret de 1997, la déclaration de politique communautaire prévoyait une évaluation portant sur l'exercice des compétences qui relèvent de la Communauté française. Cette évaluation, plus large que ce que prescrit le décret, vise les dispositifs de santé et concerne les politiques, les programmes et les projets des services et organismes qui les appliquent. La Ministre a souhaité confier cette évaluation à un organisme indépendant du dispositif. Suite à un appel d'offres, le consortium constitué de 'Perspective Consulting' et 'Efficacités' a été retenu pour cette mission. Leur travail a débuté en septembre, et devra être terminé d'ici le printemps prochain.

L'évaluation portera sur :

- les programmes et plans communautaires quinquennaux et opérationnels ;
- les services agréés et les organismes subventionnés ;
- les dispositions décrétales et réglementaires.

Plus précisément, les équipes d'évaluation aborderont les six points suivants :

- cohérence des compétences en matière de santé ;
- transparence et lisibilité des dispositifs ;
- transversalité dans l'exercice des compétences ;
- organisation et structures ;
- pertinence des moyens opérationnels ;
- procédures d'accompagnement et d'évaluation.

Les recommandations qui résulteront de cet exercice devraient permettre à la Communauté française de clarifier ses compétences en matière de santé, d'en améliorer le fonctionnement, la cohérence, la lisibilité et la transparence, et de définir un mode de pilotage et de suivi permanent. La méthode de travail des évaluateurs prévoit trois temps forts :

- la réalisation d'un socle informationnel comprenant une synthèse historique de la politique de santé en Communauté française, une représentation stratégique de cette politique, une représentation structurelle et institutionnelle des dispositifs existants, ainsi que l'identification des acteurs, de

leurs missions, de leurs moyens et des interrelations entre eux ;

- le recueil et le traitement de données comprenant une large consultation des acteurs (par enquêtes, groupes focalisés, séminaires d'experts, dossiers, études de cas). Il est prévu de consulter le gouvernement, l'administration, les organismes consultatifs, les institutions subsidiées, en ce compris les acteurs dépendant d'autres niveaux de pouvoir ou à financement mixte, les centres de référence, les centres locaux de promotion de la santé, les services communautaires de promotion de la santé, les services de promotion de la santé à l'école, les acteurs de terrain (asbl et pouvoirs locaux), et les acteurs relais auprès des publics cibles (par exemple les enseignants) ;
- et bien entendu l'évaluation proprement dite et les recommandations en réponse aux six questions.

Informations fournies par le cabinet de la Ministre Fadila Laanan

OUTILS

Shalimar

Description de l'outil

Matériel

Plateaux de jeu (4)

Règles du jeu (feuilles cartonnées A4) (4)

Cartes personnages (220)

Cartes de présentation (20)

Cartes étapes/thèmes (140)

Cartes information (60)

Cartes oui/non (4)

Cartes épreuves/défi (36)

Fiches de présentation des personnages (10)

Feuille récapitulative des étapes (à photocopier, dans le guide pédagogique)

Guide pédagogique (63 pages)

Fiche d'(auto)évaluation

Carnet d'aide « Disposition des cartes pour l'animateur » (fichier ppt)

Concept

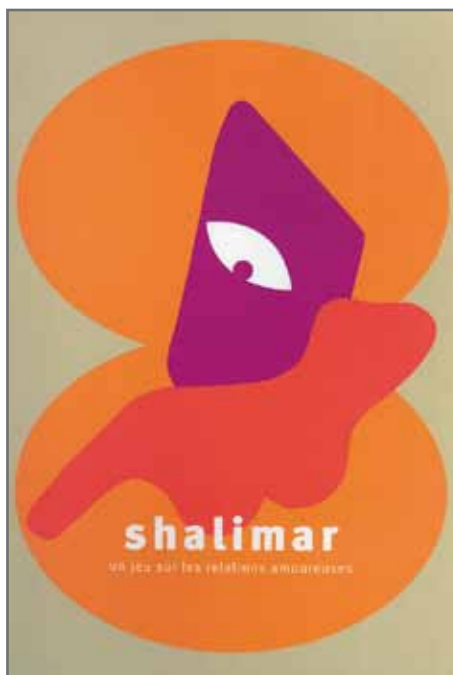
Répartis en équipes, les participants deviennent les **scénaristes de l'histoire d'un couple de personnages fictifs** (Shalimar propose 20 personnages, 10 garçons et 10 filles d'origine différente et de même âge, 14-16 ans). Le jeu leur propose de parcourir différentes étapes et thèmes relatifs à la vie amoureuse. À chaque étape, ils découvrent ce que leurs personnages pensent et/ou vivent et doivent décider si les deux personnages s'accordent suffisamment que pour entamer ou poursuivre une relation amoureuse.

Chaque équipe (de 4 à 6 jeunes) se réunit autour d'un plateau de jeu. Le parcours est composé de **2 étapes** (rencontre, sortir ensemble) et **5 thèmes** (parents, religion, fidélité, amis, relation sexuelle).

Chaque étape/thème suit un **schéma identique** : dans un premier temps, les jeunes **discutent entre eux** et décident si leurs personnages entament ou poursuivent une relation amoureuse. Dans un second temps, les jeunes **présentent à l'ensemble du groupe** la décision prise et les éléments qui ont déterminé ce choix. De petites épreuves (mimes et dessins) sont également proposées afin de permettre aux équipes de gagner des informations complémentaires sur leurs personnages.

Objectifs

Favoriser le dialogue entre jeunes autour des influences familiales, religieuses et culturelles liées à la vie relationnelle, affective et sexuelle. Permettre aux jeunes de prendre conscience de l'influence du contexte familial, culturel et religieux en matière de vie relationnelle, affective et sexuelle (VAS); reconnaître l'influence de son contexte familial, culturel et religieux dans l'expression de ses choix en matière de VAS; stimuler l'expression des représentations des jeunes sur différents thèmes liés à la vie affective et sexuelle; enfin, dans un cadre plus large, favoriser l'apprentissage citoyen de la diversité.



Utilisation

Public destinataire : groupes de jeunes de 14 à 16 ans (groupes de 4 à 24 jeunes). Enseignement secondaire, AMO, associations interculturelles...

Public utilisateur : animateur en vie relationnelle, affective et sexuelle, animateur en éducation interculturelle, professeur de morale/religion, formateur de jeunes animateurs... Shalimar a été conçu pour être utilisé dans une classe et permet de réunir jusqu'à 24 jeunes. La gestion de l'animation et les débats seront cependant favorisés dans des groupes de 10 à 14 jeunes, répartis en 2 équipes. La maîtrise de la lecture et de l'écriture par les jeunes est nécessaire afin de participer à Shalimar. Une utilisation alternative de l'outil est proposée afin de réduire le recours à la lecture.

Conseils

Pour animer Shalimar, l'animateur n'a pas besoin de connaissances liées au thème du jeu mais il est recommandé de posséder des compétences d'animation de groupe.

Pour faciliter le soutien aux discussions en équipes, les débats en groupe et la gestion du matériel, la présence de 2 animateurs est conseillée.

Le carnet d'aide « **Disposition des cartes pour l'animateur** » montre une bonne façon de disposer les cartes avant de commencer le jeu.

Il décrit les différents types de cartes, avec quelques conseils et des exemples.

La **fiche d'(auto)évaluation** permet à l'animateur d'évaluer chaque animation du jeu et de repérer si les objectifs sont atteints, de formaliser l'avis et de garder une trace de celui-ci.

Une **séance de découverte** du jeu peut être organisée sur demande.

Shalimar est disponible auprès du Service Promotion de la Santé de l'UNMS, rue St Jean 32-38, 1000 Bruxelles.

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

Courriel : promotion.sante@mutsoc.be.

Prix unitaire : 50 € + frais d'envoi (Belgique : 6,95 € - Luxembourg : 13 € - Europe : 26 € - Hors Europe : 52 €)

Les CLPS et Cultures et santé peuvent vous prêter cet outil.

Commentaire

Conçu et édité en néerlandais en 2007 par Sensoa, centre flamand de service et d'expertise pour la santé sexuelle et le VIH, l'outil a été adapté par le Service Promotion de la santé de la Mutualité socialiste en collaboration avec la Fédération des centres de planning familial des FPS et Latitude Jeunes asbl.

L'avis de la Cellule d'experts de PIPSa

La cellule d'experts de l'Outilthèque-santé gérée par le service Promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes, a octroyé la mention 'coup de cœur' à cet outil (octobre 2008).

Appréciation globale

Un thème original (lien entre vie affective et sexuelle et diversité culturelle), un processus psychopédagogique particulièrement interactif et participatif ainsi qu'un graphisme coloré constituent les trois atouts majeurs de cet outil.

La mécanique ludique, centrée sur l'implication individuelle et collective des jeunes, permet l'émergence de leurs représentations. Ce processus, rare dans les outils pédagogiques, renforce le dynamisme de l'outil.

L'animation suppose un cadre et un contexte sécurisants pour installer la confiance et per-

mettre l'expression de chacun. De plus, le temps étant une dimension nécessaire du changement, il vaut mieux inscrire l'utilisation de cet outil dans un projet global, permettant aux jeunes de faire évoluer leurs interrogations, questionnements, résistances. Le copieux guide d'accompagnement fournit de nombreuses pistes intéressantes d'exploitation pour les intervenants de terrain. Toutefois, l'investissement-temps nécessaire à son appropriation peut constituer un obstacle à l'utilisation de l'outil. Ceci est renforcé par une mise en forme trop complexe du jeu (nombreuses cartes différentes à gérer, nombreux symboles entraînant de la confusion).

Objectifs de l'outil

- Favoriser le dialogue entre jeunes autour de leurs représentations des influences familiales, religieuses et culturelles liées à la vie relationnelle, affective et sexuelle.
- Permettre aux jeunes de s'interroger sur l'influence du contexte familial, culturel et religieux en matière de vie relationnelle, affective et sexuelle.
- Favoriser le respect d'autrui, l'apprentissage du consensus et de la négociation.

Public cible

15-22 ans, en lien avec les premières expériences amoureuses et sexuelles.

Utilisation conseillée

Pour permettre l'évolution/construction des représentations, on évitera l'effet "one-shot" (utilisation unique) en inscrivant l'outil dans un projet global de promotion de la santé. Dans les groupes nombreux, la présence d'un animateur par équipe permettra de relancer et organiser le débat au sein du sous-groupe. Pré-tester le jeu en famille, avec des amis, etc. pour se familiariser avec la manipulation du matériel.

LU POUR VOUS

Tous dopés ?

Quelle éthique de la médecine d'amélioration ?

Quel plaisir que celui de redécouvrir les interventions des experts nationaux et internationaux conviés à stimuler notre réflexion éthique et philosophique concernant le dopage et la médecine d'amélioration ! Apports nourrissants, idées novatrices et propos parfois très décapants avaient élevé la réflexion bien au-dessus de la bouillie consensuelle et répétitive que nous servent quotidiennement les médias et les autorités publiques. Ce complexe survitaminé d'amélioration réflexive proposé par le Comité consultatif de bioéthique de Belgique à l'occasion de sa sixième conférence bi-annuelle en avril 2007 a fait l'objet d'une publication voici quelques mois¹. Ouvrage passionnant sur un thème qui touche de très près chacune et chacun d'entre nous et dont le lecteur trouvera ici une mise en bouche aux vertus que nous espérons alléchante et prosélyte.

Technologies d'amélioration et éthique de l'authenticité

Carl Elliott, MD PhD, du Centre de bioéthique de l'Université du Minnesota, a ouvert la matinée par une brillante et captivante communication².

Remontant au 18^e siècle, Elliott rappelle que l'éthique de l'authenticité, cette nécessité d'être à l'écoute de ses sentiments afin de savoir quelle est la bonne chose à faire, « est bien vite devenue un idéal moral en soi pour mener la vie vraie et entière d'un être humain accompli »³. À travers différents phénomènes (le recours aux stéroïdes anabolisants des culturistes, à la fluoxétine (Prozac) ou à la paroxétine (Seroxat) traitant les troubles anxieux d'origine sociale, à la Rilatine consommée par les adultes, la transsexualité, l'amputation de membres sains, etc.), il montre que ces interventions et traitements modernes s'inscrivent dans cette recherche du moi réel, de l'acquisition de son identité véritable. « Sous Prozac, je suis enfin moi », « Sans mes deux jambes,

je vis enfin dans mon vrai corps ».

Traitant également de la chirurgie esthétique, la « psychiatrie au scalpel » (citant l'expression de **E. Haiken**, historienne), il rappelle que cette recherche de l'authenticité, du bien-être psychologique, était considérée comme relevant en partie du complexe d'infériorité (**A. Adler**, 1930). « Complexe » devenu depuis « stigmaté », entraînant le recours massif aux technologies médicales pour traiter les gens se sentant « stigmatisés » (les petits seins, la petite taille, la vieillesse, etc.).

Le besoin de s'accomplir transforme ainsi les techniques d'amélioration en traitements médicaux.

Mais, ce souci de l'identité est aussi « flexible ». Ainsi, **Stephen Hawking** (célèbre scientifique souffrant d'une affection neurologique évolutive) qui utilise un synthétiseur vocal pour s'exprimer, refuse de changer d'appareil tant il s'est identifié à la voix artificielle et robotique de son synthétiseur. « J'aurais l'impression de devenir une autre personne »⁴.

1 Stiennon Jeanine-Anne, Schotsmans Paul, *Tous dopés ? Éthique de la médecine d'amélioration*, Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, Bernard Gilson Éditeur, décembre 2008.

2 Elliott C., « Technologies d'amélioration et éthique de l'authenticité », in Stiennon J.-A., Schotsmans P., *Tous dopés ? Éthique de la médecine d'amélioration*, Bernard Gilson Éditeur, 2008, p. 22.

3 Elliott C. Ibid. p. 22.

4 Id. p. 25.

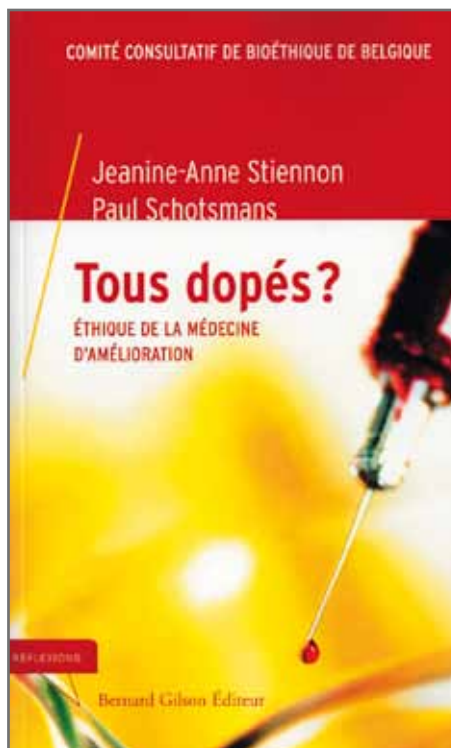
Enfin, Elliott souligne que le discours de l'identité produit des effets sur les maladies qu'il décrit. Une fois que des états psychologiques internes sont décrits (une part d'indétermination subsistant toujours d'un individu à l'autre), la maladie y associée se répand alors, parfois en un temps très court. Pour expliciter cela, l'orateur fait un détour passionnant par la philosophie en faisant référence à « la boîte à coléoptères » de **Wittgenstein**.

Mais, le marché n'est jamais loin et ces phénomènes sont aussi synonymes d'opérations juteuses (firmes pharmaceutiques, chirurgie esthétique, etc.) car ce souci de soi est exploité avec un art consommé par les stratèges du marketing et de la publicité. « Pour vendre le médicament, commencez par vendre la maladie »⁵ déclare Elliott, et de rappeler le cas de l'amytriptiline, médicament traitant la dépression clinique considérée comme rarissime dans les années 1960. En promouvant le diagnostic de la dépression auprès des médecins généralistes, la redoutable stratégie de Merck placera l'amytriptiline au hit-parade des ventes de médicaments.

Légaliser les substances ergogéniques dans le sport ? Une idée à creuser

Le propos d'**Alex Mauron**⁶ va lui s'adresser au dopage mais en l'abordant de façon peu conventionnelle. Pour cela, une grande partie de son exposé sera d'abord consacrée à dresser le contexte, à circonscrire le sujet : sport, dopage, mais encore ?

Un certain nombre de concepts et d'éléments sont passés en revue. Ainsi, la plupart des activités sportives renferment une dualité : le sport comme spectacle offrant des performances hors du commun d'un côté, et de l'autre, le sport en tant qu'épreuve vertueuse reflétant le mérite de l'athlète ou de l'équipe victorieuse tout en préservant le caractère imprévisible du résultat... Le « plaisir de l'attente et de l'anticipation » entretenant le suspense indispensable au spectacle et à un enjeu commercial considérable dans certains cas.



« Le sport doit être un spectacle vertueux »⁷, et plus. Mauron fait référence à la fonction cathartique du sport qui pourrait bien, par sa mise en scène, représenter une théâtralisation de la justice, à la manière du théâtre antique. À cet égard, il cite **Brohm**⁸, sociologue du sport, qui reprend la notion d'opium du peuple chère à Marx concernant la religion, en l'appliquant au sport : le sport en tant que théâtre de la justice offre une dimension de réparation, compensatoire, aux regards des injustices que vit le peuple au quotidien.

■
 La proposition d'**Alex Mauron** va à contre-courant de la lutte antidopage - légaliser certaines substances ergogéniques dans les sports - même s'il ne s'agit ni de libéralisation complète du dopage ni de déconstruction radicale du fondement éthique de la lutte antidopage.
 ■

Mais les choses ne sont pas aussi simples et une dichotomie existe depuis la naissance du sport moderne. Pour ceux qui sont en haut de l'échelle sociale mais aussi les sponsors et les journalistes sportifs, le dopage est un problème à combattre. Pour les sportifs et la population, c'est plus que relatif.

Mauron situe l'origine de cette opposition de cultures dans le sport au 19^e siècle, avec l'avènement de l'olympisme. Il nous rappelle que **de Coubertin** et son idéal olympique étaient imprégnés de moralisme et que le mouvement olympique sera « comme une réaction élitiste, moralisatrice et pédagogique contre la dégénérescence et l'immoralisme de la classe ouvrière »⁹. Cet idéal rejoindra les idéologies dominantes de la fin du 19^e siècle et d'une bonne partie du 20^e : le culte de l'effort, l'élitisme et l'eugénisme. Les états totalitaires utiliseront d'ailleurs le sport moralisé, et les Jeux de Berlin en 1936 en seront une parfaite illustration.

La chute du mur ramènera l'olympisme à davantage de valeurs démocratiques et la lutte antidopage va occuper une place centrale dans le sport. La morale encore et toujours... Mauron poursuit sur cette question de l'opprobre moral sévissant dans le sport en l'associant aux « croisades symboliques » et rappelle la croisade pour la tempérance et la lutte contre l'alcool aux États-Unis (début du 20^e siècle) et les enjeux de statut et de pouvoir sous-jacents à l'œuvre au sein de la société américaine et dans d'autres par la suite (travaux de **J. Gusfield**, 1963), mais aussi les croisades contre les nouvelles drogues, la lutte antidrogue, etc.

En matière de sport, constate-t-il, « les organisations telles que le Comité international olympique, l'Agence mondiale antidopage, les laboratoires de contrôles antidopage, la presse sportive représentent à cet égard un vivier inépuisable d'entrepreneurs moraux qui ont un intérêt à la fois idéologique et économique à développer leur influence »¹⁰. Comme pour les drogues, tous les coups sont permis. L'auteur souligne pourtant la difficulté de tra-

5 Id. p. 35.

6 Mauron, A. Pr., Institut d'éthique biomédicale, Faculté de Médecine, Université de Genève.

7 Id. p. 41.

8 Brohm Jean-Marie, *La tyrannie sportive : théorie critique d'un opium du peuple*. Beauchêne, 2006.

9 Id. p. 43.

10 Id. p. 47.

cer une frontière nette entre médecine curative (visant à restaurer des fonctions au niveau normal) et amélioratrice (visant à potentialiser les fonctions au-delà du niveau normal). Et de poser la question : « comment conceptualiser la « normalité » de l'athlète de haut niveau ? » S'il est « naturellement » champion, il se situe au-dessus de la moyenne et, même entre sportifs de haut niveau, certains sont par nature plus doués et dotés que d'autres, donc les athlètes sont « dès le départ » inégaux entre eux. Par ailleurs, un certain nombre de méthodes d'amélioration s'inscrivent dès lors en toute logique dans leur entraînement, le tout étant de dégager le bon grain de l'ivraie. Après avoir balisé le sujet à travers divers éléments (dont certains n'ont pas été rapportés ici), Mauron peut en venir à sa proposition (développée avec ses collègues **B. Kayser** et **A. Miah**). Celle-ci va bien sûr à contre-courant de la lutte antidopage – légaliser certaines substances ergogéniques dans les sports – même s'il ne s'agit ni de libéralisation complète du dopage ni de déconstruction radicale du fondement éthique de la lutte antidopage. Prenant l'exemple des toxicomanies, dont la politique du « tout répressif » montre son inefficacité et ses effets pervers¹¹, il prône une politique de réduction des risques, « attitude à la fois utilitariste et hippocratique », visant à légaliser les pratiques les moins dangereuses. L'objectif est de « ne garder de la lutte antidopage que les aspects justifiables en termes de responsabilité médicale et de 'non-malfaisance' »¹², afin de ne pas traiter les interventions ergogéniques dans le sport autrement que celles qui ont cours dans toutes sortes d'activités humaines à l'heure actuelle. Avec cette proposition, de beaux débats s'ouvrent qui devraient pour le moins concerner les acteurs de la santé.

Sport et éthique

Michel D'Hooghe, président de la Commission médicale de la FIFA¹³, dresse un historique du dopage tant au niveau des méthodes (en

remontant à l'Antiquité) que des faits et des enjeux financiers énormes (quatre milliards de dollars sont consacrés à la fabrication de l'EPO, utilisée à 80 % dans le monde sportif – la consommation annuelle totale de produits dopants étant estimée à huit milliards d'euros). D'emblée, l'auteur se déclare « un adversaire enragé de toute forme de dopage » et s'indigne autant de l'intérêt financier qui motive le dopage que de l'ambition humaine qui pousse à y recourir.

■
 La philosophe Florence Caeymaex pose la question : « comment permettre aux individus d'être performants ou de chercher leur bien-être, sans cependant mettre en danger leur santé ? Comment donc réguler la société de la performance ? »
 ■

Par cette intervention, l'auteur nous livre un exposé très convenu de l'idéologie antidopage qui gouverne le mode de pensée des nouveaux entrepreneurs moraux et illustre à merveille les propos de Mauron (intervenant précédent). Son exposé se clôture par une profession de foi : « la joie, le service et le rêve contre la corruption et le dopage ». Et bien voilà, nous avons la solution.

La pharmacie et ses usagers : perspectives éthiques

C'est une philosophe, **Florence Caeymaex**, chercheuse qualifiée du FNRS – Université de Liège, qui a clôturé cette matinée d'exposés. Partant du constat, évident, que nous vivons dans une société vouée à la recherche de la performance et du bien-être, la philosophe pose la question : « comment permettre aux individus d'être performants ou de chercher leur bien-être, sans cependant mettre en danger leur santé ? Comment donc réguler la société de la performance ? »¹⁴.

Toutefois, plutôt que d'y répondre, la philosophe propose de questionner le consensus implicite autour de la « société de la performance » et de s'interroger sur la nécessité de la réguler. Citant **Kant**, elle rappelle que l'homme au contraire de l'animal ne cesse de se transformer lui-même ainsi que ses conditions d'existence et ce, depuis l'âge des cavernes. Rien de bien neuf donc.

Ensuite, elle rappelle que la « course au bien-être » ne concerne qu'une partie de la population mondiale, privilégiée par rapport à l'état sanitaire du reste du monde et que même dans les sociétés riches, pour une bonne part de la population, la recherche du bien-être n'est en fait que celle d'aller moins mal face aux multiples pressions qui s'exercent sur elle. Enfin, selon de nombreux analystes, l'innovation dans le champ thérapeutique est en crise. Peu de résultats réellement nouveaux sont engrangés et, malgré leur succès commercial, l'efficacité de certains produits d'amélioration est à interroger.

Après cette interrogation du consensus précité, Caeymaex développe l'idée selon laquelle la société de la performance est aussi une société de normes. Et, toutes les problématiques relatives à la santé publique impliquent dès lors la formulation de normes, celles-ci étant non seulement descriptives mais aussi prescriptives. Elles définissent un état objectif (la santé) mais aussi un idéal auquel correspondre (le bien-être). Et de citer **Foucault** (la société de normalisation et son système de contraintes) et **Canguilhem**. Le corps est donc, lui aussi, un vecteur de contrôle de la société sur l'individu via le recours aux normes. Normes de santé se référant donc à l'état objectif du corps mais aussi à ce qui conditionne cet état dans la société moderne médicalisée, nos comportements et conduites. Enfin, la médecine évolue au gré des recherches et des découvertes, la norme de santé évolue, redéfinissant le normal et le pathologique, signe qu'il s'agit toujours d'une construction sociale et non d'une vérité objective.

¹¹ En faisant référence aux croisades morales et à leurs sbires, les entrepreneurs moraux, l'auteur en rappelle les conséquences inévitables : criminalisation (création d'une nouvelle criminalité) et empiètement sur les libertés individuelles, dérives mafieuses, excès policiers, ingérences politiques d'un pays dans l'autre, etc. Les mesures liberticides pratiquées à l'encontre des sportifs (« esclavagisme moderne ») pour atteindre un sport « propre » rejoignant le vœu tout aussi irréaliste de nombreux politiques voulant croire en une société « clean » c'est-à-dire sans consommation de drogues illicites.

¹² Id. p. 56.

¹³ Également, médecin et directeur du département Revalidation et médecine sportive, AZ Sint-Jan, Brugge.

¹⁴ Id. p. 76

Par ailleurs, la performance est peut-être une nouvelle norme venant s'ajouter à celle de santé : mais qu'est-ce que la performance ? Et, s'il s'agit de définir le bon usage des produits d'amélioration, ne serions-nous pas face à un nouveau système de normalisation ?

Se référant encore à Canguilhem, Caeymaex propose « une autre approche de la norme : la vie productrice de normes ». C'est-à-dire envisager une éthique à vocation libératrice qui ne délimite pas le bon et le mauvais, le bon usage et le mauvais usage, etc., mais une éthique qui prenne en compte la subjectivité de chaque individu. En considérant que le pathologique n'est plus l'anormal mais la « création » d'un autre mode de vie et, dès lors, une épreuve existentielle que traverse le sujet et qui est à prendre en compte. Plutôt que de traiter le pathologique pour un retour à la normalité, il s'agirait de considérer les écarts « pathologiques » d'un individu comme des expériences singulières qui le concernent. « Les médicaments de la performance ou du bien-être s'offrent à ceux qui les consomment comme une proposition d'expérimentation (...). (Les substances) ont tout à gagner d'une évaluation éthique des usages, qui prenne en compte, à côté du profil « objectif » de leur composition chimique et des effets qu'on leur prête, les modes et les normes d'existence subjective qu'elles rendent possible »¹⁵. Un bon usage de

la « pharmacie » moderne devrait s'apprécier en fonction de ce qu'il offre « comme possibilités nouvelles de vie et de santé mentale et physique, dans une existence singulière donnée »¹⁶. C'est peut-être le chemin difficile et complexe à emprunter « pour nous constituer comme sujets d'une existence, plutôt que comme objets d'une normalisation »¹⁷.

Seuls les exposés de la matinée ont été ici évoqués¹⁸. Néanmoins, le Comité a fait cadeau en annexe de l'ouvrage d'une étude passionnante réalisée par **Hans Vangrunderbeek** et **Jan Tolleneer** auprès des étudiants en éducation physique et sciences de la motricité de l'Université de Gand¹⁹.

L'étude a tenté de cerner les opinions et arguments avancés par les étudiants pour défendre leur point de vue en matière de dopage. Sur base de dossiers d'actualité constitués par les étudiants pendant huit années académiques successives, les points de vue et arguments ont été classés en trois catégories : la « tolérance zéro », la « tolérance » prônant une position nuancée fondée sur la définition de conditions régissant le recours au dopage et enfin la « neutralité » qui englobe ceux n'ayant pas développé de position personnelle. Les arguments avancés ont ensuite été classés en diverses catégories s'appuyant sur une question de départ : « qui/qu'est-ce qui est en cause lorsque l'on a recours au dopage ? ». Quatre catégo-

ries ont été définies ; le moi, l'autre, le jeu et le spectacle. Même si la représentativité de cette étude est limitée, elle est non seulement riche de façon intrinsèque, mais aussi d'enseignements. Comme en témoignent des interviews en profondeur menées auprès d'étudiants par la suite, il ressort que « les médias, l'enseignement et le milieu familial sont les institutions socialisantes les plus importantes en ce qui concerne la réflexion sur le dopage »²⁰.

Pour conclure

Beaucoup de partisans de l'interdiction du dopage et adeptes de la tolérance zéro appuient à juste titre leurs arguments sur le fait que le sport est un jeu, reposant de façon « naturelle » sur le fair-play et sur des règles connues de tous (donc sans déloyauté telle le dopage, encore qu'il faudrait définir ce qu'est l'honnêteté dans le domaine du sport !).

Mais, ce temps-là n'est-il pas depuis longtemps révolu ? « Si se doper n'est qu'un avatar de la « médecine de la performance » (médecine d'amélioration qui en tant que nouvelle médecine répond à une demande de transformation des seuils naturels, à côté de la médecine thérapeutique s'efforçant de rétablir l'homme sur le plan de sa santé), il vaudrait donc mieux envisager « une politique pragmatique de tolérance à l'égard de certaines formes d'amélioration des performances sous contrôle médical »²¹ ce qui résoudrait, du moins en partie, l'hypocrisie et la contradiction structurelle d'un système où il est demandé au sportif de se surpasser, tout en lui interdisant les moyens de modifications physiologiques qui le facilitent. **Michel Dupuis**²² rappelait que l'être humain est bien ce que **Sophocle** disait : le deinotaton, c'est-à-dire l'être le plus merveilleux et le plus effrayant à la fois. Demain déjà, indignations, effroi et passion nous sont promis avec le dopage génétique. Bonne lecture !

Philippe Bastin, Infor-Drogues

Pour prolonger la réflexion

Le numéro 53 de 'Prospective Jeunesse drogues santé prévention' traite de 'Sport et dépendances', une « *relation tantôt mortifère, tantôt vertueuse* » comme le souligne **Julien Nève** dans son éditorial, « *de quoi détourner le lecteur de la figure mythique de l'athlète, parangon de vertu, sans pour autant le dégoûter du sport consommé avec modération* ». Une belle

ligne de conduite, illustrée par d'excellents textes abordant des aspects aussi variés que le sport de haute compétition et la lutte antidopage, ou encore la dépendance à l'exercice physique.

En vente au prix de 7 euros chez Prospective Jeunesse, chaussée d'Ixelles 144, 1050 Bruxelles.

Courriel : revue@prospective-jeunesse.be

15 Id. p. 90

16 Id. p. 89

17 Id. p. 90

18 Le livre comprend également les rapports des ateliers, les conclusions et les réflexions finales, plaidoyer de Paul Schotsmans, Président du Comité.

19 Vangrunderbeek H., Tolleneer J., Annexe, vers une plus grande tolérance pour le dopage dans le sport ? in *Tous Dopés ?* id. pp 153-176.

20 Id. p. 175.

21 Missa Jean-Noël, Id. p. 98.

22 Dupuis M., Vice-président du Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, in *Tous Dopés ?* id. pp. 151-152.

Votre Éducation Santé, vous le prendrez 'papier' ou 'Internet' ?

Que pensent les lecteurs d'Éducation Santé du site de la revue ?

Cet été, à l'occasion d'une procédure de réabonnement, nous avons posé à nos lecteurs quelques questions relatives à **notre site www.educationsante.be**. En voici les résultats.

Très nombreux répondants

Dans la mesure où le but du jeu était avant tout pour nos abonnés de marquer leur souhait de continuer ou non à recevoir notre mensuel par courrier, nous nous attendions à recevoir une centaine de réponses au questionnaire, 200 tout au plus. Nous en avons reçu un millier (1001 à la date du 31/8/2010), soit presque autant que de réabonnements sur la même période ! **Le taux de réponse est de 34,5 %.**

Les résultats

Notoriété du site : 60,5 % des lecteurs le connaissent. En 2003, ils étaient 26,5 % et en 2007 41 %.

Fréquentation : 58 % des lecteurs ayant répondu à cette question le visitent de temps en temps, 25 % jamais, 14 % moins d'une fois par semaine mais plus d'une fois par mois, et 3 % plus d'une fois par semaine.

Motifs invoqués pour ne pas le visiter¹ : manque de temps pour 11,5 %, manque d'utilité pour 8 %, pas d'accès au net pour 1 %, autre raison pour 8 %.

L'appréciation d'ensemble pour toutes les dimensions mesurées est élevée, avec une petite réserve concernant la disponibilité de la revue en PDF et le rythme de mise à jour du site. Mais c'est peut-être dû à une certaine lassitude lors du remplissage de ces deux rubriques, qui étaient les deux dernières à compléter...

À noter, les trois items avec le score d'appréciation le plus élevé sont aussi ceux qui recueillent le plus d'avis négatifs (néanmoins peu nombreux). Ce très bon score ne nous a pas empêchés d'enregistrer certaines critiques ponctuelles très pertinentes, dont nous tiendrons compte dans la mesure du possible.



Les lecteurs 'papier' sont-ils intéressés par la **version électronique** d'Éducation Santé ? Non pour 56 % d'entre eux (ils étaient 72 % en 2007). 22,5 % ignorent l'existence de cette possibilité, 20,5 % sont preneurs, et, pour l'anecdote, 1 % ne connaissent pas la signification du PDF. La publication 'à l'ancienne' a donc encore de beaux jours devant elle, mais on assiste incontestablement à une poussée de l'électronique.

Health on the net (HON). Depuis un an et demi, Éducation Santé bénéficie de ce label de qualité international des sites consacrés à la santé². Cette reconnaissance est évidemment beaucoup plus visible sur le site que dans le magazine lui-même, qui l'évoque rarement. Par conséquent, le fait que 29 % des lecteurs ignorent ce que cela signifie et que 38 % ignorent qu'Éducation Santé a la certification ne constitue pas une surprise. On

se consolera avec les 29 % qui estiment que c'est une garantie de qualité et de sérieux.

Promosanté.net. Depuis la mi-2006, le site de la revue participe à la plate-forme des sites de promotion de la santé en Communauté française. Est-ce mieux connu que HON ? La réponse est affirmative : 24 % ignorent ce que c'est, 21 % ignorent qu'Éducation Santé en fait partie, mais 46 % se félicitent de cette initiative permettant d'identifier des sites adhérant à des valeurs communes.

Les **sites les plus consultés** par nos lecteurs sont par ordre décroissant ceux de l'Outilthèque santé, de Question Santé, de l'INPES, et de la 'Santé en Communauté française'.

Ils sont suivis par Doctissimo, Éducation Santé, le RESO UCL, l'OMS, 'Manger bouger' et le FARES.

Ce sont sensiblement les mêmes qu'en 2007, mais pas tout à fait dans le même ordre, Question Santé a un meilleur 'score' cette fois-ci, passant de la 9^e à la 2^e place.

Les lecteurs électroniques

Par ailleurs, le site lui-même a sa vie propre, alimentée par les très nombreuses consultations de gens qui ne sont pas abonnés à la version papier d'Éducation Santé.

L'évolution depuis les débuts est assez spectaculaire : une moyenne de **65 visiteurs par**

APPRÉCIATION DE DIVERS ASPECTS DU SITE (EN %)					
ITEM	TRÈS BIEN	BIEN	TOTAL	MAUVAIS	PAS D'AVIS
Page d'accueil (468 réponses)	27	63	90	6	4
Module de recherche (468 réponses)	27	61	88	4,5	7,5
Présentation des articles (471 réponses)	37,5	55	92,5	5	2,5
Impression des articles (462 réponses)	24,5	61	85,5	4	10,5
Lien vers autres sites (459 réponses)	29	57	86	3	11
Agenda (465 réponses)	33,5	49	82,5	3	14,5
Brèves (453 réponses)	30,5	51,5	82	4	14
Revue en PDF (453 réponses)	38	37	75	2,5	22,5
Rythme de mise à jour (459 réponses)	17,5	51	68,5	2,5	29

¹ Les personnes connaissant le site mais ne le visitant jamais ont répondu à cette question, mais aussi des lecteurs signalant le visiter parfois...

² Notre certification a été renouvelée cette année.

Les 30 mots-clés 'vedettes'

Il s'agit des mots-clés les plus fréquemment utilisés par les visiteurs du site à la recherche de textes sur un sujet précis. Nous avons regroupé les mots sémantiquement proches (ex. tabac, cigarette, tabagisme...). Voici la liste (par ordre décroissant) :	Alimentation	Tabac	Hygiène	Personnes âgées
		Alcool	Cancer	Grossesse
		Obésité	Prévention	Stress
		Sida	PSE	Vaccination
		Diabète	Promotion de la santé	Anorexie
		Allaitement maternel	Suicide	Éducation thérapeutique
		Éducation	École	Publicité
		Enfance	Contraception	Handicap
		Jeunes	Éducation pour la santé	Drogues
		Santé	Sexualité	

jour en 2004, 142 en 2005, 183 en 2006, 329 en 2007, 546 en 2008, 633 en 2009. La moyenne journalière est de **670 visiteurs pour les 8 premiers mois de 2010**.

D'autre part, nous avons aussi depuis cette année la possibilité de mesurer la 'popularité' de chaque article publié (il y en a actuellement plus de 1.300), puisque nous pouvons connaître le nombre de fois qu'un texte a été consulté par un internaute. Cela ne signifie pas pour autant que ces textes ont été lus attentivement, mais cela donne néanmoins une indication.

Limite de ce petit exercice, il va de soi que plus un article est ancien, plus il a de chances d'avoir été souvent consulté. Un texte publié cette année ne pourra pas en concurrencer un qui est en ligne depuis trois ou quatre ans, et qui aura été consulté par 2 ou 3.000 personnes ! À titre d'exemple, voici ce que cela donne pour les

5 articles les plus consultés du numéro 258 de janvier 2010 (statistique effectuée le 24/09/2010) :

- Une alimentation saine pour les publics précarisés, c'est possible ! (770 clics) ;
- Éduquer aux plaisirs (695) ;
- Comment sont définies les priorités de santé publique (426) ;
- Prévention tabagisme et promotion de la santé (365) ;
- Agir sur la qualité de l'environnement avec les habitants (322).

Des chiffres qui confirment que la base de données permanente que représente le site donne une 'seconde vie' aux articles publiés dans Éducation Santé.

L'avenir du projet

Les moyens que la Communauté française allouent à Éducation Santé sont jusqu'à présent

quasi exclusivement consacrés à l'édition du magazine mensuel imprimé. Une part modeste du budget, de l'ordre de 10 %, sert à héberger le site, à le mettre à jour toutes les semaines et à développer de nouvelles fonctionnalités. À court terme, cela ne changera pas fondamentalement, mais nous observons une évolution inéluctable : le nombre de visiteurs du site a été multiplié par 10 en 5 ans, pas mal de gens nous demandent à recevoir Éducation Santé par courriel, et, phénomène tout récent, quelques dizaines d'abonnés nous ont explicitement exprimé leur souhait de ne plus recevoir la revue par courrier, tout en ayant l'intention de continuer à la lire. On n'arrête pas le progrès !

Christian De Bock, avec l'aide de **Maryse Van Audenaeye** et **Hervé Avalosse**

Visitez notre site

Pour qui s'intéresse de près ou de loin à la promotion de la santé, il y a une bonne raison de jeter régulièrement un regard sur notre site www.educationsante.be. En effet, épousant le rythme de la publication, il vous propose chaque mois, onze fois par an, le contenu du numéro en cours sous la forme d'articles séparés et aussi sous la forme du magazine mis en page.

En outre, le site vous propose un agenda et des brèves mises à jour plus régulièrement que dans la version imprimée d'Éducation Santé, trois ou quatre fois par mois.

Autre atout essentiel, c'est évidemment l'archivage des textes publiés depuis maintenant une dizaine d'années par la revue (depuis le n° 155 de janvier 2001 pour être précis). Non seulement, cela offre à l'équipe une source précieuse pour l'élaboration de textes aujourd'hui, mais cela confère une 'seconde vie' longue à des informations forcément éphémères dans leur forme originelle. Pour certaines réflexions, ce n'est sans doute pas vital, avouons-le, mais pour d'autres c'est heureux, car elles proposent de solides balises au plai-

doyer toujours à recommencer pour un 'nouveau' paradigme de la prévention.

Revenons à du concret.

L'évaluation du site de la revue que nous avons réalisée cet été a incité un nombre important d'abonnés à nous demander de les informer par courrier électronique de la sortie de chaque nouveau numéro. À première vue, il n'y a là rien de bien compliqué. Sauf que pas mal d'adresses électroniques (écrites à la main) que nous avons reçues sont indéchiffrables, et que pas mal de systèmes informa-

tiques considèrent notre message mensuel comme un spam et ne le remettent donc pas à leur destinataire ! Et on vous épargne les problèmes d'affichage liés à la présence de plusieurs navigateurs sur le marché...

Alors, si vous avez émis le souhait de recevoir nos annonces et que vous ne les recevez pas, ne nous en voulez pas trop ! Ou, si vous avez plusieurs adresses, communiquez-nous en une susceptible de recevoir nos messages... Vous pouvez aussi bien sûr consulter le site une

ou plusieurs fois par mois, il y a forcément un moment où vous aurez l'occasion de lire ou télécharger le dernier numéro paru. À toutes fins utiles, voici le calendrier 2011 de mise en ligne de la revue :

263 - janvier - 23/12/2010

264 - février - 24/1/2011

265 - mars - 28/2

266 - avril - 28/3

267 - mai - 26/4

268 - juin - 30/5

269 - juillet-août - 27/6

270 - septembre - 29/8

271 - octobre - 26/9

272 - novembre - 3/11

273 - décembre - 28/11

Ces dates subiront peut-être l'une ou l'autre modification en cours d'année.

Au plaisir de vous retrouver, en ligne et/ou sur papier !

Christian De Bock

BRÈVES

Citation du mois

« Raisonner c'est bien, mais vouloir avoir raison c'est idiot. »

Charles Dantzig

Don d'organes et transplantation

Bruxelles

9 décembre 2010

Symposium destiné à faire le point sur la situation actuelle en la matière en Belgique. L'objectif est double : informer un large public sur la transplantation aujourd'hui, vérifier dans quelle mesure la pratique actuelle dans le domaine est compatible avec la 'Déclaration d'Istanbul', et proposer d'éventuelles adaptations législatives.

Il aura lieu de 14 heures à 19 heures au Palais des Académies, rue Ducale 1, 1000 Bruxelles.

Inscription : contact@armb.be

Santé mentale

Bruxelles

15 et 16 décembre 2010

3^e édition du Festival Images Mentales

L'asbl Psymages organise, en collaboration avec la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale et la Vénérie, le centre culturel de Watermael-Boitsfort, une troisième édition du Festival Images Mentales.

Lieu : Espace Delvaux, à Watermael-Boitsfort, Bruxelles

Au programme : projections, débats, rencontres autour d'images de la santé mentale.

En ouverture des festivités, la projection de « Mary and Max » de Adam Elliott, film vainqueur au Festival d'Annecy 2009, suivi d'un débat en présence du Dr Alain Bouvarel, pédopsychiatre, président du Festival Ciné Vidéo Psy de Lorquin.

Contact : LBFSM - 02 511 55 43 - 02 511 52 76 (fax) - lbfsm@skynet.be

Alimentation - activité physique

Avant le 13 janvier 2011

Le Fonds pour l'alimentation et le bien-être de la Fédération de l'industrie alimentaire (Fevia) lance un nouvel appel « Encourager des habitudes alimentaires saines et de l'exercice physique pris en suffisance ».

Contenu

L'appel se concentre sur des projets durables existants, qui promeuvent des habitudes alimentaires saines et suffisamment d'exercice physique, au sein d'un milieu délimité en Belgique (école, village...). Le projet susceptible d'être retenu présente des résultats de préférence mesurables et utilise des méthodes qui incitent au changement du comportement. Les enfants et/ou les jeunes sont concernés par l'initiative élaborée de préférence en partenariat avec diverses organisations.

Public cible

Une collaboration entre différentes organisations et personnes, telles qu'administration(s) communale(s), CPAS, école(s), médecin(s), club(s) sportif(s), association(s) de jeunes...

Critères de recevabilité

- l'introduction des candidatures ne peut intervenir que par le biais du dossier de candidature prévu à cette fin (pas de dossiers écrits à la main);
- la date ultime de réception des dossiers par courriel est fixée au 13/01/2011.

N'entrent pas en ligne de compte pour ce nouvel appel :

- les projets ayant obtenu un soutien financier par le Fonds en 2009 ou 2010;
- les organisations professionnelles de promotion de la santé.

Critères de sélection

- un projet débutant ou en cours, promouvant un style de vie sain aussi bien en matière

d'alimentation que d'exercice physique;

- dans une région bien définie de Belgique (par exemple, un(e) ou plusieurs commune(s), quartier(s), école(s), communauté(s) scolaire(s)...);
- pouvant soumettre des résultats concrets et de préférence mesurables;
- pouvant être multiplié, à savoir, être, moyennant quelques adaptations, repris ailleurs;
- faisant collaborer de préférence différentes organisations et personnes;
- impliquant jeunes et/ou enfants;
- pouvant être répété par le promoteur et durable;
- utilisant des méthodes qui stimulent un changement du comportement;
- préférence est donnée aux projets innovants.

Critères de soutien

- 50.000 euros sont disponibles pour cet appel;
- un projet reçoit un maximum de 5000 euros;
- les responsables de l'initiative sont prêts à afficher le logo du Plan national nutrition et santé;
- les responsables de l'initiative sont prêts à rédiger un rapport financier et d'évaluation, ainsi qu'à collaborer à la communication autour du projet;
- aucun autre sponsor de l'industrie alimentaire n'est impliqué dans le projet.

Comment introduire un dossier de candidature ?

Vous pouvez introduire un dossier de candidature en ligne sur <http://www.kbs-frb.be/content.aspx?id=254966&appld=90&callid=209716&LangType=2060>

Il vous est aussi possible de demander un dossier de candidature auprès du centre de contact de la Fondation Roi Baudouin (tél. : 070 233 065 ou courriel : proj@kbs-frb.be). Dans ce cas, vous pouvez renvoyer votre dossier de candidature dûment complété par la poste : Fondation Roi

Baudouin, Rue Bréderode 21, 1000 Bruxelles.

Pour vous soutenir dans le processus de préparation du projet, vous pouvez faire usage du Coach de projet Happy Body, un fil conducteur qui vous accompagne à travers les différentes étapes du développement de votre projet. L'information sur ce Coach de projet se trouve dans le document 'Happy Body Project Coach' sur www.happybodyprojectcoach.be.

Psoriasis

Namur

11 et 12 mars 2011

1^{er} Salon du psoriasis et de l'arthrite psoriasique, organisé par l'asbl Psoriasis-Contact à Namur Expo.

L'objectif est d'aborder la maladie dans sa globalité et d'offrir aux patients des pistes leur permettant de laisser le psoriasis au vestiaire.

Renseignements : Psoriasis-Contact ASBL,
Dieweg 45, 1180 Bruxelles. Tél. : 02 372 37 67.
Courriel : info@psoriasis-contact.be.
Site : www.psoriasis-contact.be.

Recrutement de volontaires

Médecins du Monde recrute des médecins (h/f) et psychologues cliniciens (h/f) bénévoles pour des consultations gratuites pour les exclus des soins (sans-abri, demandeurs d'asiles, sans papiers...) dans son Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) à Bruxelles. Les consultations ont lieu en journée par tranches de trois-quarts d'heure. Disponibilité souhaitée : minimum une fois tous les quinze jours. Par ailleurs, dans le cadre de son **Plan hiver**, Médecins du Monde intensifie le nombre de ses consultations médicales et paramédicales aux personnes les plus démunies, en partenariat avec le Samu social de Bruxelles. Cette action d'envergure et à durée déterminée ne peut évidemment se faire sans l'appui de personnel médical et paramédical bénévole, médecins (h/f) et infirmiers (h/f) bénévoles. Si vous pouvez vous libérer quelques heures par semaine (de 2 à 4 heures, n'importe quel soir de la semaine, de façon régulière ou irrégulière) pour venir en aide à ces personnes en grande précarité, rejoignez notre équipe!

Expérience professionnelle antérieure requise pour les médecins (inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins de Belgique) et infirmières ainsi que pour les psychologues (2 ans d'expérience minimum).
Contact : assistant.rh@medecinsdumonde.be ou 02 648 69 99 et sur notre site : <http://www.medecinsdumonde.be/-En-Belgique,167-.html>

Campagne



Le sommeil, c'est la santé

C'est sous ce slogan que Viasano décline sa nouvelle campagne dans 16 villes et communes belges, de septembre 2010 à janvier 2011. Un thème quelque peu inattendu, cette initiative privée de promotion d'un style de vie sain s'étant surtout focalisée jusqu'ici sur l'alimentation et l'activité physique.

Pourquoi le sommeil ?

Tant chez l'adulte que chez l'enfant le sommeil a des conséquences sur le comportement alimentaire et la prise de poids et peut donc jouer un rôle important dans la prévention de l'obésité. Apprendre à connaître ses besoins et respecter son rythme naturel, tout en mangeant sainement et en bougeant plus forment les messages clés de cette campagne.

Viasano

Pour rappel, Viasano a été lancé en Belgique en 2007 afin de lutter contre l'obésité et les maladies cardiovasculaires. L'objectif est de créer dans les villes et communes adhérant au projet un environnement plus sain, par des actions concrètes qui incitent les familles à modifier en profondeur et de manière durable leur mode de vie. Tous les acteurs locaux (politiciens, enseignants, médecins, associations, professionnels de la santé...) sont invités à se mobiliser pour lutter contre cette pandémie. Viasano met à leur disposition différents outils de communication pour des cibles précises ainsi que pour le grand public. Pour en savoir plus : www.viasano.be

Publications

Bon anniversaire, Renouer !

Ce périodique bimestriel des Mutualités socialistes destiné aux médecins, dentistes, pharmaciens et autres acteurs concernés par la politique de santé vient de franchir le cap du centième numéro. Lancée voici plus de 17 ans, cette publication ne s'appelle pas *Renouer* par hasard. Ce titre consensuel avait été choisi à dessein au sortir d'une page très conflictuelle des relations entre une partie du corps médical et les organismes assureurs.

L'objectif de *Renouer* était d'établir (de rétablir) un dialogue constructif avec les acteurs de terrain, en les invitant à un débat permanent sur les enjeux globaux de la politique de santé et de l'assurance maladie invalidité. Et cela pour permettre avant tout aux 'patients' des uns et aux 'affiliés' des autres de se sentir épaulés le mieux possible dans le système socio-sanitaire belge.

Pari gagné ? Ce n'est pas à nous de l'affirmer, mais cette belle idée méritait bien un petit coup de chapeau, à la fois pour sa pertinence et sa longévité !

Renouer, bimestriel édité par l'UNMS. Adresse : rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles. Tél. : 02 515 05 75. Fax : 02 515 18 78. Courriel : renouer@mutsoc.be

Prévention tabac

« Comment aborder la question du tabac avec les jeunes ? Repères pratiques de communication destinés aux professionnels relais auprès des jeunes »

Ce cahier est le résultat d'un travail d'équipe entrepris par le FARES asbl depuis plusieurs années. Il a été construit à partir des échanges réalisés lors des formations et de la mise en place de projets avec des professionnels relais, ainsi que lors d'animations avec des jeunes. Le lecteur y trouvera des repères et des illustrations pratiques pour aborder le thème du tabagisme avec les jeunes fumeurs, dans le cadre d'un entretien individuel ou d'une animation en groupe. Les principes et les stratégies de communication proposés sont issus de la promotion de la santé, du modèle de réduction des risques et de la méthode communicationnelle de l'entretien motivationnel. Il est accessible en ligne <http://www.fares.be/content/view/full/396/1/> ou en version papier sur demande à bibliotheque@fares.be

Présidence belge

Notre pays vit des moments difficiles sur le plan institutionnel comme socio-économique. Le nationalisme délétère qui triomphe au Nord risque de mettre sérieusement à mal un modèle de protection et cohésion sociales qui a largement fait ses preuves depuis la fin de la deuxième guerre mondiale.

Dans ce contexte assez sombre, il semble que la présidence belge de l'Union européenne soit plutôt une réussite. Voilà au moins de quoi nous reconforter pour un temps...

Justement, dans le cadre de cette présidence, un intéressant colloque international a eu lieu à Namur les 21 et 22 octobre à l'initiative de la Région wallonne (Direction générale des pouvoirs locaux, de l'action sociale et de la santé). Son thème était ambitieux, puisqu'il entendait croiser les préoccupations très actuelles en matière d'impact de l'environnement sur la santé et la question non moins cruciale des vulnérabilités sociales.

Avec une jolie réussite à la clé : public nombreux (et pas uniquement belge francophone !); courtes conférences plénières au cœur du sujet, même si le lien entre les deux thèmes était parfois difficile à établir; ateliers animés, donc aussi un rien frustrants au moment de produire au forceps des 'recommandations', exercice obligé de ce genre de manifestation, toujours délicat à négocier.

À souligner aussi, le fait que pour animer

certains de ses ateliers, le colloque a pu compter sur la collaboration d'experts flamands. Quand je vous disais que le présidence belge a du bon...

À côté des paroles de 'spécialistes', j'ai pour ma part apprécié cette intervention en atelier d'une participante hongroise, qui relevait l'effet pervers de normes réglementaires en matière de logement social, édictées pour le bon motif d'offrir au plus grand nombre des logements de qualité, et qui ont en réalité pour effet de laisser sur le carreau (sur le trottoir devrait-on plutôt écrire) bon nombre de bénéficiaires. Une vérification de plus de l'adage 'Le mieux est l'ennemi du bien'. En appui à l'Observatoire wallon de la santé, Éducation Santé vous informera de manière détaillée sur les enseignements de ces deux journées dans le courant de l'année prochaine.

Christian De Bock, rédacteur en chef

Vous trouverez encarté dans ce numéro le programme de la Première Université de printemps en santé publique, qui aura lieu à Bruxelles du 11 au 15 avril 2011. Une collaboration entre l'École de santé publique de l'ULB, Éduca Santé asbl (Charleroi) et l'Université d'été francophone en santé publique de Besançon. À ne pas manquer !

Initiatives

La participation au programme de dépistage du cancer du sein, par <i>Christian De Bock</i>	2
Les États généraux de la médecine scolaire	3
Les médecins scolaires en quête d'une nouvelle identité professionnelle, par <i>Patrick Govers</i> et <i>Cetty Saglimbene</i>	4
Sida : l'Afrique du Sud fait sa révolution, par <i>Patricia Huon</i>	6
Le temps passe, pas le sida	8
Prévention du suicide chez les jeunes, par <i>Christian De Bock</i>	10

Réflexions

Les groupes Balint dans un monde en évolution accélérée, par <i>Lise Thiry</i>	11
--	----

Stratégie

Évaluation des dispositifs de santé en Communauté française	14
---	----

Outils

Shalimar	14
----------	----

Lu pour vous

Tous dopés ? Quelle éthique de la médecine d'amélioration ?, par <i>Philippe Bastin</i>	16
---	----

Vu pour vous

Notre <i>Éducation Santé</i> , vous le prendrez 'papier' ou 'Internet' – que pensent les lecteurs d'Éducation Santé du site de la revue ? par <i>Christian De Bock</i> , <i>Maryse Van Audenhaege</i> et <i>Hervé Avalosse</i>	20
Visitez notre site	21

Brèves

22

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

Réalisation et diffusion : Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

Ont collaboré à ce numéro : Hervé Avalosse, Philippe Bastin, Patrick Govers, Patricia Huon, Cetty Saglimbene, Lise Thiry.

Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

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

Site internet : Jacques Henkinbrant (design), Maryse Van Audenhaege (animation).

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

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Marie-Noëlle Paris, Karin Rondia, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Carole Feulien, Jacques Henkinbrant, Tatiana Pereira, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.

Éditeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 1.700 exemplaires.

Diffusion : 1.500 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par Éducation 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 Éducation Santé peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Tél. : 02-246 48 51. Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Éducation Santé comme destinataire).

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

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

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

Les textes de ce numéro seront prochainement disponibles sur notre site www.educationsante.be (sous réserve

d'acceptation des auteurs).

Notre site est certifié HON (Health on the Net – 05/2010).

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

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



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