



Le plan national nutrition et santé belge en pages 2 à 9

Ne paraît pas en juillet • Bureau de dépôt : Bruxelles X - ISSN 0776-2623 • Numéro d'agrément : P401139

Editeur responsable : Edouard Descampe, chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40 - 1031 Bruxelles. Photo © Isopix

Le plan national nutrition et santé belge

Quelques années après la France, la Belgique vient de faire de l'alimentation saine et de l'activité physique des priorités de santé publique fortes pour les prochaines années.

Rien n'étant jamais simple dans notre petit pays, le ton est donné par le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, **Rudy Demotte**, alors que des leviers essentiels en la matière (tout ce qui tourne autour de l'école, par exemple) relèvent des compétences des Communautés. Cela n'est pas sans susciter des grincements de dents institutionnels, qui échappent largement au grand public.

Genèse du Plan

L'introduction du document fondateur du plan¹ rappelle que « l'espérance de vie belge croît grâce aux progrès des soins médicaux et à l'amélioration générale des conditions de vie. Certaines évolutions liées à notre mode de vie sont, néanmoins, propices à l'adoption d'habitudes alimentaires nuisibles et à la diminution de l'activité physique.

Ces facteurs de risque provoquent, à leur tour, une augmentation des cas de surcharge pondérale, d'obésité et d'un certain nombre d'affections chroniques liées (...).

Le PNNS-B entend s'attaquer à cette problématique et augmenter le niveau de santé de la population belge (...).

Le mode de travail adopté prône le consensus et la reconnaissance, par toutes les parties prenantes, de la responsabilité qu'elles doivent assumer dans une concertation constructive. (...)

Le projet ne traite pas seulement de la problématique de la nutrition et de la surcharge pondérale mais également des problèmes de dénutrition, de carences alimentaires sélectives et des problèmes liés à la communication et la publicité. »

Objectifs nutritionnels

Les résultats de la première enquête nationale de consommation alimentaire (ECA, voir article dans ce même numéro) réalisée dans notre pays depuis une vingtaine d'années témoignent de l'ampleur de la tâche. Certains objectifs repris ci-dessous sont moins ambitieux que les idéaux vers lesquels il faut tendre d'après les recommandations internationales. Cette modestie toute relative est probablement très lucide...

Bilan énergétique

Favoriser l'adéquation entre apports et dépenses énergétiques.

Augmenter le niveau d'activité physique (minimum 30 minutes de marche rapide ou d'une activité équivalente par jour).

L'obtention d'une balance énergétique équilibrée doit reposer à la fois sur la quantité d'énergie ingérée (à réduire lorsqu'elle est excessive) et sur une augmentation de la dépense énergétique. L'augmentation de l'activité physique pour atteindre un niveau souhaitable fait donc partie intégrante du Plan.

Fruits et légumes

Augmenter la consommation de fruits et légumes pour atteindre 400 g par jour.

Diminuer le nombre des 'petits mangeurs' de fruits et légumes, surtout chez les écoliers et les adolescents. La majoration de la consommation de fruits et légumes présente l'avantage d'être un message positif qui renforce l'objectif précédent, vu qu'il s'agit d'aliments de faible densité énergétique pour une densité nutritionnelle élevée. L'écart entre la consommation réelle et la consommation recommandée est particulièrement significatif. Ce n'est pas par hasard que le spot télé de lancement du programme est centré sur une vision dynamique et positive des fruits et légumes.

Lipides

Limiter l'apport en matières grasses en tendant vers moins de 35% de l'apport énergétique total recommandé.

Améliorer la composition de l'apport lipidique.

Il importe de tenir compte dans l'expression des recommandations concernant les lipides, de l'apport énergétique total, et pas uniquement du pourcentage d'énergie correspondant aux lipides. On peut très bien atteindre un pourcentage d'énergie lipidique proche des objectifs; mais si l'apport énergétique total est excessif, on ingère alors beaucoup trop de lipides!

Glucides et fibres alimentaires

Promouvoir la consommation de glucides vers minimum 50% de l'apport énergétique total recommandé, en accordant la préférence aux sources de glucides complexes comme des aliments pas ou peu raffinés (céréales complètes, légumineuses...).

Diminuer la consommation de glucides simples ajoutés (sucres).

Augmenter la consommation de fibres alimentaires. La qualité nutritionnelle des aliments riches en glucides complexes doit aussi être prise en compte. Le raffinage des céréales conduit à un



appauvrissement en fibres mais aussi en d'autres éléments protecteurs (acides gras essentiels, vitamine E, magnésium...).

Sel

Limiter la consommation et passer partiellement au sel iodé.

Cet objectif peut être atteint par un usage modéré de la salière dans la préparation des denrées et en incitant les producteurs à réduire la quantité de sel utilisée dans leurs processus de fabrication.

Minéraux, oligo-éléments, vitamines, autres substances

Diminuer les carences d'apports spécifiques (fer, folates, vitamine D, calcium) dans certains groupes de population (jeunes, femmes enceintes et allaitantes, personnes âgées).

Corriger la déficience en iode.

Favoriser une alimentation optimale.

Les mesures du Plan destinées à s'attaquer aux carences en certains micronutriments passent avant tout par l'optimisation de l'alimentation et la promotion d'une alimentation saine et équilibrée. Il ne s'agit donc pas de faire de promotion massive de produits alimentaires enrichis.

Eau

Encourager la consommation d'eau comme boisson, au moins 1,5 litre par jour.

Il est important que ce 'diluant calorique' soit mis en avant comme le premier choix de boisson, et ce dès le plus jeune âge.

Axes stratégiques

La population doit pouvoir bénéficier d'actions concrètes, visibles et concertées au niveau national permettant, en améliorant l'état nutritionnel, de réduire le risque de maladies et d'optimiser l'état de santé et la qualité de vie, à tous les âges

¹ Le texte scientifique du Plan national nutrition et santé (130 pages) est téléchargeable sur le site www.monplannutrition.be, pages 'infos pour professionnels'.

de l'existence. Cela se traduit par 7 axes stratégiques déclinés en une soixantaine d'actions concrètes en tout.

Axe 1 Information et communication

Ce n'est sans doute pas par hasard que cet aspect du Plan est en tête de liste. En effet, sensibiliser la population à l'importance d'adopter un style de vie et une alimentation sains 'afin d'entamer la lutte contre la surcharge pondérale, l'obésité et les facteurs de risque d'affections chroniques' a l'avantage de mettre le PNNS lui-même sur le devant de la scène.

Cela se traduit concrètement par :

- la mise au point d'un logo de communication (reproduit dans ce numéro), qui sera attribué, sur base de critères à définir, aux actions et initiatives qui voudront s'inscrire dans les objectifs de santé du Plan;
- une campagne médiatique (elle a démarré début avril), qui veillera à ne pas oublier les milieux socio-économiquement défavorisés;
- la création d'un site internet et d'une lettre d'information électronique, qui viseront en particulier à diffuser le matériel pédagogique du Plan;
- la réalisation et diffusion d'un guide alimentaire général de 64 pages, *Vivement recommandé pour jeunes et moins jeunes*, et de quatre guides alimentaires spécifiques de 12 pages (futurs mamans et parents avec enfants de 0 à 3 ans, enfants de 3 à 12 ans et leurs parents, garçons et filles entre 12 et 18 ans, et 'seniors au cœur jeune').

Axe 2 - Développement d'un cadre propice aux bonnes habitudes alimentaires et à l'activité physique au sein de la population et en particulier chez les jeunes

Cet axe mettra l'accent sur le milieu scolaire :

- intégration dans les programmes scolaires des dimensions alimentation et activité physique;
- directives sur les repas scolaires, dont la composition et la disponibilité devraient être améliorées;
- stimulation de la concertation dans le milieu scolaire.

En outre, le Plan cherchera à favoriser l'accès à la pratique régulière d'activités physiques et sportives par la réduction des problèmes liés aux facteurs environnementaux (trafic, insécurité,

infrastructures, etc.) et sociaux (inégalité socio-économique) ainsi qu'aux facteurs liés à la sédentarité (ordinateurs, TV, consoles de jeu, etc.) Les professionnels du secteur médico-social et d'autres milieux de vie ne seront pas oubliés. La bonne collaboration avec les entités fédérées sera évidemment déterminante pour cet axe-ci. Il semble que c'est loin d'être gagné, et que la Communauté flamande a d'ores et déjà décidé de se dissocier du Plan national...

Axe 3 - Engagement des acteurs du secteur privé

Toutes les parties prenantes doivent se sentir concernées par le PNNS. Il n'est donc pas pensable pour le Ministre Demotte d'ignorer le secteur agro-alimentaire, celui de la distribution et celui de la restauration. Cela se décline comme suit :

- stimuler la formation des professionnels de l'alimentation et de l'HORECA;
- orienter l'offre et la composition des produits alimentaires et des repas;
- améliorer l'étiquetage et en particulier les informations nutritionnelles;
- fonder scientifiquement les allégations de santé;
- appeler à un comportement éthique de la part des opérateurs commerciaux et du secteur de la publicité, avec évaluation des mesures proposées;
- entamer un dialogue avec les médias, qui sont invités 'à tenir compte le plus possible des principes du Plan dans l'élaboration de leurs programmes'.

Axe 4 - Mesures ciblant des situations spécifiques

Pour les nourrissons, la promotion de l'**allaite-ment maternel** sera à l'ordre du jour (choix de ce mode d'allaitement par les mères, pendant une période suffisamment longue).

Remplacer le sel de cuisine et de table par du **sel iodé**.

Sensibiliser les femmes enceintes aux apports en **fer et acide folique**.

Sensibiliser aux apports en **fer, calcium, vitamine D** chez les nourrissons, jeunes enfants et adolescents.

Sensibiliser aux apports en **calcium et vitamine D** chez les personnes âgées.

Axe 5 - Prévention et prise en charge de la dénutrition

(en hôpital, en maison de repos et au niveau des soins à domicile)

Quelques mesures concrètes sont proposées :

- nommer un responsable et un comité nutrition dans chaque hôpital;
- créer un Groupe national d'experts en dénutrition au niveau fédéral;
- élaborer une Charte alimentaire pour les maisons de repos et maisons de repos et de soins, à inclure dans les législations communautaires, régionales et fédérales;
- mettre au point une campagne de sensibilisation pour les prestataires de soins et les patients à domicile;
- favoriser l'accès notamment financier aux interventions diététiques;
- élaborer une formation de qualité en matière de nutrition pour les diverses professions de santé.

Axe 6 - Evaluation de la consommation alimentaire de la population

L'enquête nationale de consommation alimentaire (voir les résultats de la première édition dans ce numéro) sera reproduite sur une base périodique, avec adaptation, correction et extension de la méthodologie.

Le fonctionnement et les activités de l'asbl NUBEL seront soutenus. Pour rappel, cette asbl a pour objectifs d'assurer la composition, la gestion et la mise à jour d'une banque de données scientifiques concernant les nutriments présents dans les denrées alimentaires, et de mettre des éléments de cette base de données à la disposition de groupes-cibles spécifiques : personnel médical et paramédical, enseignement, secteur de la distribution, industrie alimentaire, établissements scientifiques, associations de patients et les consommateurs en général.

Axe 7 - Recherche scientifique

Cela concerne surtout l'enquête de consommation alimentaire, de façon à y intégrer des éléments d'évaluation des activités du PNNS.

Christian De Bock

Du pain sur la planche...

Une entreprise aussi ambitieuse que le Plan national nutrition santé excite beaucoup de curiosité, et pose aussi pas mal de questions quant à sa faisabilité

concrète, vu les nombreux objectifs et leurs multiples traductions en actions concrètes, le très grand nombre de parties prenantes à mobiliser sur un

projet partagé, et la nécessité d'une bonne collaboration des différents niveaux de pouvoir qui conditionne tout autant sa réussite.

Education Santé a interrogé une incontournable en la matière en Communauté française, **Cristine Deliens**, responsable de l'asbl Cordes.

Education Santé : Depuis de nombreuses années, vous vous passionnez pour tout ce qui tourne autour de l'alimentation des enfants et des jeunes¹, et vous avez développé plusieurs projets de promotion santé en Communauté française, notamment en partant d'une approche sensorielle et non prescriptive de la nourriture, et aussi d'une vision globale de la santé nutritionnelle et de la qualité de vie dans les cantines scolaires.

1 Voir entre autres :

'A table les cartables', évaluation d'un projet autour de l'alimentation des écoliers, C. Deliens, n° 190, mai 2004, p. 2 à 8.

Strasbourg et après ? Un colloque pour améliorer l'alimentation à l'école et les choix sains des enfants et des jeunes, C. Deliens, n° 195, novembre 2004, p. 4 à 7.

Le bilan des 'Midis à l'école', n° 201, mai 2005, p. 5 à 14.

La forme jaune en V ajoute le dynamisme au logo. Le V est symbole de la vitalité, donc de la volonté de bouger, de faire de l'exercice.

Le cœur rouge est un signe de bonne santé.

Le trait bleu représente l'eau, un autre besoin essentiel et boisson saine par excellence.

Le minois vert représente une pomme pour souligner que les fruits et les légumes font partie d'une alimentation saine.

Le sourire enfin témoigne qu'une alimentation saine ne doit pas être synonyme d'une ambiance tristounette mais peut être associée à la joie de vivre.



Le logo du Plan national nutrition et santé belge est composé des principaux éléments nécessaires à un mode de vie sain.



Cristine Deliens entre deux réunions du PNNS!

Notre pays se dote enfin d'un outil complet de promotion de l'alimentation saine. Vous devez être heureuse ?

Cristine Deliens : Heureuse je ne dirais pas mais en tous les cas curieuse de voir les résultats d'une initiative menée par le Gouvernement fédéral, qui rassemble des volontés politiques aux différents niveaux de compétence pour agir en faveur de la santé par la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique. Les recommandations de l'OMS et de l'Europe invitent en effet les pays à agir pour prévenir les problèmes de santé liés aux déséquilibres alimentaires et favoriser la santé nutritionnelle en général.

La Belgique a choisi de faire une sorte de plan cadre en la matière qui vise à la fois l'ensemble de la population et certains groupes spécifiques jugés prioritaires : les personnes âgées, les enfants et les jeunes, les femmes enceintes et les enfants de 0 à 3 ans. Et ça c'est intéressant car ces volontés politiques peuvent induire une certaine cohérence d'action entre les différents ministres et niveaux de pouvoir.

Comme pour tout projet, le temps à prendre pour le construire est sans doute l'ingrédient de base le plus important. Malheureusement, les agendas politiques ne sont pas toujours compatibles avec cette condition jugée nécessaire par bien des acteurs des secteurs concernés par la mise en place de ce plan national.

Car, bien évidemment l'élaboration d'un plan demande du temps à la fois pour analyser les besoins réels des différents groupes de population en Belgique, pour partir des expériences existantes, identifier ce sur quoi on va agir, planifier et suivre le changement, orchestrer les complémentarités, etc.

Des inégalités et des différences se manifestent au travers de l'acte de se nourrir, de pratiquer un

sport ou de l'exercice physique; les identifier, les comprendre, imaginer comment agir en impliquant les intervenants, les représentants des groupes concernés, cela demande une démarche de recherche et d'action qui ne se fait pas en deux coups de cuillère à pot! A mon avis, ce temps-là a manqué lors de l'élaboration du plan mais s'il s'agit d'un cadre fixant une politique publique à s'approprier au niveau des Communautés, alors tout est encore possible.

ES : Lors du lancement officiel du Plan par le Ministre Rudy Demotte, le 11 avril dernier, j'ai été frappé par le vif intérêt des médias présents à la conférence de presse. C'est plutôt encourageant, non ?

C.D.: Ce n'est pas récent en tous les cas pour l'aspect nutrition : tout le monde a en tête des exemples d'alerte, de scandale, de résultat d'enquête, de découverte, etc. en la matière. Le thème de l'alimentation a fait par le passé la une des journaux ou des magazines en Belgique, continue d'être abordé et le continuera : manger est quand même une des activités de base de tout être humain. En plus la santé est et a été de tout temps un souci majeur des Belges. Elle est devenue aussi un argument de vente! Combien de publicités n'utilisent pas actuellement des allégations de santé qui introduisent une certaine confusion dans les choix des consommateurs ?

Ceci dit, il est essentiel de travailler avec les médias pour toucher le maximum de publics et les informer de ce qu'une initiative politique existe pour mettre en place des mesures concrètes visant à améliorer la santé de tous et de chacun au départ de l'alimentation et de l'exercice physique. L'information et la communication autour du Plan national nutrition relayée par les médias sensibilisera les différents acteurs; mais cela pourra aussi contribuer à ce que chacun puisse exercer son rôle de citoyen et d'acteur collectif en exigeant par la suite des comptes sur ce qui a été fait à ce sujet. Un groupe de travail sur l'information et la communication mis en place en janvier 2005 dans le cadre de cette initiative a d'ailleurs fait des recommandations pour sensibiliser et responsabiliser les médias aux objectifs de santé et de communication du plan. Il a cependant bien insisté sur la nécessité de compléter la démarche de communication des autorités par d'autres champs d'action pour rendre possible l'adoption de comportements alimentaires et d'hygiène de vie favorables à la santé : par exemple, l'accès et la disponibilité des produits, la législation, la composition plus saine des produits manufacturés, la politique budgétaire pour soutenir une offre alimentaire saine dans les écoles (des fruits et légumes gratuits ou à prix réduits, des conseils gratuits de diététiciennes pour établir des cahiers de charges pour les cantines de collectivités, etc.).

ES : J'ai aussi pu constater ce jour-là que seul le ministre fédéral de la santé était présent, alors que la collaboration active des Communautés, compétentes en prévention santé et pour l'enseignement et le sport, est évidemment indispensable. Cela contrastait avec la présentation quelques semaines auparavant des résultats de l'Enquête de santé publique par interview, où presque tous les ministres associés à l'enquête étaient de la partie, à l'exception d'Inge Vervotte (Communauté flamande). Pur hasard, ou cela cache-t-il selon vous des difficultés dans la concertation entre niveau fédéral et entités fédérées ?

C.D.: Il n'est déjà pas évident de se concerter dans des structures relativement petites (je pense à une école par exemple!) alors au niveau des politiques de santé à définir entre ministres de différentes filiations, de différents niveaux de pouvoir, ayant des compétences définies mais qui doivent s'articuler pour viser des objectifs communs en matière de santé et nutrition, on peut imaginer que cela se complique encore davantage sans doute! Je crois cependant que si chacun respecte le cadre des compétences fixées et navigue dans les eaux qui lui correspondent en visant la complémentarité et la cohérence plutôt que la concurrence, des choses positives pourraient être aménagées. Un des ingrédients essentiels de la concertation, c'est par ailleurs, la représentation et l'écoute pour viser des décisions et des plans d'action plus cohérents et pertinents par rapport aux besoins et priorités.

Le Conseil supérieur de promotion de la santé de la Communauté française a fortement insisté dans un avis transmis à la Ministre Fonck sur le Plan national (un avis relayé par la suite au Fédéral) sur l'importance de la concertation – avant la mise en œuvre – avec les acteurs et institutions des secteurs publics et associatifs concernés par le plan et les futures mesures opérationnelles. Cela permettrait les ajustements de ce qui est prévu ou en cours sur base des besoins locaux et des différents groupes de population et sur base également des enseignements d'actions réalisées.

ES : Vous faites partie du comité directeur du Plan national. En quoi consiste exactement votre rôle ?

C.D.: Ce comité s'est mis en place fin 2004 et depuis janvier 2005, j'ai participé à quelques-unes de ses réunions en tant que représentante de la Communauté française comme expert en promotion de la santé. S'y retrouvent à la fois des représentants politiques du fédéral, des communautés et des régions (cabinets ministériels) et quelques experts en diététique, en santé publique, en hygiène alimentaire, en nutrition appartenant au secteur public, universitaire ou privé ainsi que des consultants du ministère fédéral (le Vlaamse Instituut voor Gezondheids promotie, qui est l'organe institutionnel de la Communauté flamande en matière de promotion santé, s'est retiré récemment du Comité directeur).

Si l'on en juge par les textes, ce Comité devrait tenir une multitude de rôles allant de l'approbation du plan à la validation des outils de communication, en passant par l'organisation et l'animation des groupes de travail, la définition de démarches, le suivi du plan, les communications du plan national à l'extérieur, etc.

Dans la réalité, il s'agit surtout d'un organe qui joue actuellement un rôle consultatif bien plus qu'un rôle décisionnel. Il est vrai que les cabinets ministériels impliqués au niveau communautaire et fédéral se réunissent pour accorder leurs politiques et préparer les conférences interministérielles (juin et décembre) où l'avancement de l'initiative est un des points à l'ordre du jour. Pour clarifier la situation, un organigramme précisant les responsabilités et fonctions des différents niveaux de pouvoir et des organes institués en lien avec le plan et sa gestion devrait être dressé car il est difficile de s'y retrouver même pour quelqu'un du dit Comité directeur...

ES : Le Plan 2005-2010 est le résultat de près de deux années de préparation, et Rudy Demotte soulignait que plus de 200 experts ont été consultés à un moment ou à un autre du processus, qui a impliqué aussi la tenue de 10 groupes de travail à un rythme soutenu. Vous retrouvez-vous dans le résultat final, ou plus exactement dans les priorités retenues pour des actions qui ne font que commencer ?

C.D.: Partiellement, car le Plan a été amendé sans qu'il soit possible de visualiser les changements (relire 5 fois 160 pages, je passe mon tour!). En fait, le processus d'élaboration du Plan national nutrition a démarré par un document martyr réalisé par deux experts, qui a été commenté et amendé en partie par le Comité directeur pour être ensuite proposé comme base de travail aux groupes de travail établis par thématique ou par public (alimentation des 0-3 ans, dénutrition, étiquetage, jeunes, communication, etc.).

Les groupes de travail ont fonctionné à géométrie et à rythme variables pour établir chacun finalement un document de synthèse selon une grille préétablie avec des éléments problèmes, des facteurs déterminants selon les participants au groupe, la fixation d'objectifs et l'élaboration de recommandations pour les atteindre.

Ces documents de consensus (souvent produits par un petit groupe) remis en juin 2005, ont ensuite en principe servi à des reformulations du plan (accepté en décembre 2005). Ils ont aussi – en principe toujours – servi à formuler des mesures pour le plan opérationnel qui devrait, lui, être mis en œuvre par les différentes instances (fédéral, communautaire, régional...).

Ce que je souhaite, c'est que ce plan opérationnel, défini principalement entre les instances fédérales et ministérielles, intègre réellement les propositions des groupes de travail et que ce

soit ensuite de la responsabilité des Communautés et Régions de soumettre les actions de leur compétence à concertation pour les ajuster aux besoins, aux publics et aux réalités avec des acteurs et des représentants des publics et des secteurs concernés.

ES : A côté de deux axes très importants de communication au grand public, et de développement d'un cadre propice aux bonnes habitudes alimentaires et à l'activité physique chez les enfants et adolescents, le Plan prévoit un 'engagement' des acteurs du secteur privé.

Rudy Demotte soulignait que le PNNS français (qui a inspiré en partie le nôtre) avait fait l'impasse au départ sur cet acteur essentiel, et qu'il avait dû corriger le tir ensuite, étant donné l'impossibilité d'atteindre les objectifs nutritionnels sans l'apport 'citoyen' du secteur agro-alimentaire, de la distribution et de la restauration.

On a pu constater en effet une présence très active du secteur privé dans la préparation du Plan. Y voyez-vous un gage de réussite ? Craignez-vous au contraire que cela brouille les messages, et que les intérêts sectoriels soient incompatibles avec les objectifs de santé du Plan ?

C.D.: Je ne doute pas que le secteur privé puisse contribuer à la réussite du Plan mais j'insiste sur le fait qu'on mette plus clairement sur la table les différences d'enjeu de chacun : dans le secteur des services, un éducateur, un médecin, un journaliste, etc. ont chacun des objectifs et des

modes d'action différenciés avec leur enjeu propre au service de la collectivité (éducation, soins, information...). Il en est de même pour un commercial, un producteur de l'industrie alimentaire ou d'équipement sportif qui ont eux pour enjeu commun de vendre.

Ces mêmes différences d'objectifs se retrouvent au niveau des modes d'action en soutien de la réussite du Plan et des actions qui seront mises en place. Chacun peut certes y contribuer mais dans sa spécificité : l'industrie alimentaire ne doit pas se convertir en acteur de l'éducation mais agir sur son propre terrain, à savoir la production de produits plus favorables à la santé, par exemple moins sucrés, moins gras, accessibles au plus grand nombre en terme de prix, respectant les principes de développement durable, etc.

De leur côté, les acteurs de promotion de la santé ne doivent pas se transformer en prescripteurs de comportements de santé mais favoriser l'expression, la prise en compte des besoins et la participation dans une dynamique de changement vers des habitudes de vie plus favorables à la santé.

Mais il y a à faire pour chacun sans aucun doute! L'important est de ne pas faire l'impasse sur cette spécificité. L'objectif premier de chaque secteur est un fait à reconnaître pour pouvoir agir si possible sur des terrains différents mais complémentaires pour contribuer à plus de

santé pour tous et chacun par l'alimentation et l'exercice physique. De même pour chaque niveau de pouvoir et de compétence. C'est une concrétisation – à mon sens – du principe de subsidiarité cher à la promotion de la santé.

ES : Une dernière question. Votre équipe développera-t-elle un projet spécifique dans le cadre du Plan ?

C.D.: C'est notre intention en effet. Le soutien à la politique de la Communauté française pour promouvoir des attitudes saines en matière d'alimentation et d'activités physiques est tout à fait dans la ligne du travail de notre asbl depuis de nombreuses années. Nous planchons d'ores et déjà sur une sélection d'outils porteurs de démarches en faveur de la santé nutritionnelle et de l'activité physique. L'idée, au départ de réalisations comme les nôtres et celles de nombreux autres opérateurs francophones, est de soutenir le mieux possible les acteurs de la promotion de la santé à l'école dans une approche multifacettes du « manger-bouger » qui visera à susciter des démarches participatives.

Un fameux défi pour tous... et nous en premier lieu!

Propos recueillis par **Christian De Bock**
Cordes, *Coordination Education & Santé*,
chaussée d'Alseberg 284, 1190 Bruxelles.
Tél. et fax : 02 538 23 73. Courriel :
cordes@beon.be

Où va notre alimentation ?

Concernant cette question fondamentale, on pourrait penser qu'il existe une réflexion politique approfondie. Il n'en est rien, le fonctionnement de la chaîne alimentaire est en pleine dérive, ce qui signifie que ni le monde agricole, ni le secteur agro-alimentaire, ni les consommateurs n'ont la moindre certitude concernant l'alimentation de demain.

Quel est le principal problème ? Une industrialisation mal conçue de l'alimentation a provoqué une épidémie d'obésité, l'Amérique a exporté son modèle de « mal bouffe » dans le monde entier, si bien que dans certains pays du Sud, les deux types de malnutrition par carence ou par excès calorique se côtoient dans les mêmes familles ou quartiers défavorisés.

Les Français, un peu naïfs, se sont crus protégés contre les excès de la civilisation américaine par la force de leur tradition culinaire. Les pouvoirs publics et les organisations professionnelles ont adhéré sans réserve au développement de l'in-

dustrie agro-alimentaire, générant un nouvel eldorado économique, notre pétrole vert. Le développement et la mise en valeur de produits industriels tout prêts, emballés, préparés, très bien marketés ont suffi pour induire chez nous aussi une montée remarquable de l'obésité des jeunes qui a toutes les chances de se prolonger à l'état adulte, si bien que dans vingt ans, selon une estimation moyenne et si rien ne change, 25 % de la population la plus jeune pourrait être obèse avec le cortège de souffrances et de pathologies qu'il est facile d'imaginer. Bravo les politiques, bravo les économistes et tous les acteurs de l'alimentation et de la santé!

Comment en sommes-nous venus à cette situation ?

Les effets pervers de la PAC

L'histoire récente de ce nouveau monde alimentaire débute avec l'essor du productivisme agricole lié à la PAC (politique agricole commune de l'Union Européenne). Cette politique a cantonné l'agriculture dans un rôle de pourvoyeuse

de matières premières qu'il convenait de produire avec des prix de revient les plus modérés possible, à la fois pour faciliter l'essor du secteur agro-alimentaire mais aussi pour être concurrentiel sur le plan des exportations. En perdant sa finalité nourricière directe, l'agriculture a perdu son âme, sa rentabilité économique et tout contrôle en aval sur la qualité de l'alimentation humaine. Cet éloignement du monde agricole vis-à-vis des consommateurs a contribué à la survenue du « meilleur des mondes alimentaires », un monde de produits transformés avec une identité souvent bien obscure.

Il faut dire que le secteur agro-alimentaire a pu formuler à loisir la composition de ses aliments sans quasiment aucune contrainte de qualité nutritionnelle (en dehors des exigences de sécurité toxicologique). Sans cadre réglementaire contraignant, ce secteur a utilisé à loisir tous les ingrédients les plus avantageux (les sucres, les matières grasses, l'amidon et ses dérivés, les produits du soja, les farines raffinées, les dérivés du lait) et a recouru à tous les artifices

possibles pour exhausser et standardiser les goûts en particulier par un usage immodéré d'arômes, de sucre, de sel et d'autres excipients.

Dans de nombreux cas, ce laisser-faire a abouti à la mise sur le marché d'aliments et de boissons dépourvus de tout intérêt. Or si le flux des aliments et des boissons qui entrent dans un supermarché est fondamentalement déséquilibré, il est facile de comprendre que cela puisse avoir des conséquences sur l'état de santé de l'ensemble des consommateurs en bout de chaîne.

Le défi d'une information de qualité et de mesures de régulation du marché

Pour stimuler la consommation de nouveaux aliments, les arguments santé sont omniprésents. De nouveaux produits dopés par quelques éléments très ponctuels (pré ou probiotiques, phytostérols, oméga-3) deviennent malgré la pauvreté de leur composition d'ensemble des vecteurs de santé remarquables au dire des industriels, et le consommateur a bien du mal à discerner le vrai du faux dans toutes ces allégations. Pour les nutritionnistes, les relations entre alimentation et santé reposent sur des bases bien différentes, d'une part sur la préservation de la complexité des aliments et d'autre part sur la complémentarité des aliments dans un régime équilibré riche en produits végétaux avec un apport modéré de produits animaux, à l'instar du régime méditerranéen.

Oui, mais comment mettre en pratique une telle recommandation si les produits sous emballage exercent une concurrence déloyale sur l'utilisation de fruits et légumes (dont l'image santé est facilement récupérée par des emballages ou des arômes appropriés) et qui semblent moins chers et tellement plus pratiques à utiliser ?

Malgré la difficulté de la situation actuelle, il est nécessaire d'agir, d'informer les consommateurs, d'essayer de corriger les erreurs les plus flagrantes, cependant il ne sera pas possible de faire l'économie d'une réforme en profondeur de la chaîne alimentaire. Comment agir au plus vite ? Certainement par l'information nutritionnelle et par l'amélioration de la qualité de l'offre alimentaire. Ces deux leviers sont indispensables mais bien difficiles à manipuler. La France a mis en place un Programme National Nutrition Santé (La santé vient en mangeant), mais il y a une disproportion de moyens considérable entre la force de frappe publicitaire des industriels et la modestie des financements dont dispose le Ministère de la Santé pour ce programme. De plus, sans une nouvelle politique alimentaire très volontariste, comment corriger les défauts les plus patents de l'offre alimentaire actuelle, comment réduire la part des « calories vides » sans l'adoption de mesures contraignantes ?

Pour disposer d'une chaîne alimentaire équilibrée,



Morgan Spurlock en pleine 'enquête' pour 'Supersize me': il ne gardera pas tout le temps le sourire!

il conviendrait de s'appuyer sur le développement d'une agriculture durable et nourricière, capable d'approvisionner les circuits de proximité en produits frais (viandes, fruits et légumes) et en aliments de base indispensables à l'équilibre alimentaire.

L'agriculture biologique est un des modèles (mais pas le seul) de ce type d'agriculture avec des circuits de distribution appropriés. Une des bases d'une politique agricole nouvelle serait de soutenir le développement de circuits courts pour assurer une offre alimentaire plus saine en produits de base avec des prix incitatifs. Il s'agirait en fait de redéployer une partie de l'agriculture productiviste vers la satisfaction la plus directe possible des besoins des consommateurs, quitte à prendre en charge des transformations élémentaires (production d'huiles, de yaourts, de pain ou de fromages...) et d'organiser des structures de distributions appropriées (que l'on pourrait qualifier d'agromarchés). Il serait nécessaire également que le secteur agro-alimentaire adopte de bonnes pratiques nutritionnelles avec le soutien actif des pouvoirs publics pour réduire la production des calories vides ou cesser de manipuler le goût par des arômes artificiels. La richesse en micronutriments de nombreux aliments pourrait être ainsi mieux assurée, par exemple celle du pain par l'utilisation de farines moins blanches et la des-

cription des types de farines utilisées. Chaque aliment pourrait bénéficier d'un descriptif précis sur son intérêt nutritionnel et sa composition globale devrait pouvoir être facilement perçue (en particulier en sucres ou en matières grasses ajoutées). Cette démarche pourtant bien logique et élémentaire est loin d'avoir été suivie. Alors qu'il est somme toute facile de bien se nourrir, la forêt des produits transformés avec des informations bien partielles a fini par troubler la vision du consommateur.

Certes il est normal que les citoyens exigent d'être bien nourris mais la passivité des consommateurs a joué un rôle déterminant dans la dégradation de notre chaîne alimentaire. Finalement, l'avenir de notre alimentation nécessitera un engagement politique nouveau mais encore faut-il que les citoyens en débattent sérieusement et soient conscients de leur responsabilité.

Christian Rémésy, Nutritionniste et Directeur de Recherche à l'INRA de Clermont-Ferrand.

Il est aussi l'auteur du livre « Que mangerons-nous demain ? » aux Editions Odile Jacob en 2005.

Texte communiqué par la Faculté universitaire des Sciences agronomiques de Gembloux

Les consommateurs ont des perceptions très différentes de l'alimentation

Le consommateur moyen n'existe pas. Pour preuve, la nouvelle étude du CRIOC qui sonde les attentes, attitudes et habitudes des consommateurs par rapport à l'alimentation.

Les résultats, étonnants, montrent que les tendances de consommation évoluent et que le consommateur choisit ses produits alimentaires selon 6 logiques différentes. Si la majorité d'entre eux s'inscrivent largement dans une logique, certains n'hésitent pas à conjuguer plusieurs éléments pour choisir leurs produits alimentaires.

Six profils de consommation

Sur base de 600 interviews réalisées en novembre – décembre 2005, différents profils de consommateurs ont été déterminés.

Convivialité. 50 % des consommateurs considèrent la nourriture et les repas comme un outil de cohésion sociale, un moyen de se faire plaisir et surtout de faire plaisir aux autres. Manger est un prétexte à se réunir, les produits alimentaires choisis pour ce faire ne sont pas nécessairement sophistiqués, il s'agit plutôt de valeurs sûres, qui plaisent à tous comme le barbecue, les croquettes ou les frites. Ces consommateurs sont le plus souvent des femmes, mères de famille, principales responsables des achats du ménage, habitant

Un site nutrition-santé interactif

Manger mieux, bouger plus : facile à dire, mais comment faire ? Le CRIOC a réalisé un site Internet déclinant les grandes lignes d'une alimentation équilibrée, et permettant à tout un chacun de trouver des conseils pratiques à appliquer à chaque stade du cycle de la consommation : au moment du choix, de l'achat, de l'utilisation... Ce site s'inscrit dans le cadre du Plan national nutrition santé.

Une saine nutrition commence par un choix judicieux : dans la rubrique "je choisis mes aliments", le CRIOC propose une visite virtuelle des rayons fruits et légumes, boulangerie, boucherie-charcuterie, crèmerie, poissonnerie, boissons, féculents, "petit déjeuner", sauces, épices et traiteur.

Ensuite, le site se penche sur le contenu du caddie : achetez-vous des aliments préemballés, en vrac, à la découpe ? Avez-vous lu

les informations qui se trouvent sur les étiquettes ? Savez-vous les décoder ?

A la maison, vous n'êtes pas non plus livré à vous-même pour envisager le stockage des aliments et leur préparation. Au fourneau, la nutrition passe aussi par le mode de cuisson. Vous trouverez aussi des recettes en ligne.

Voici enfin le plat de consistance : quels sont vos besoins nutritionnels ? De quoi doivent se composer vos repas et comment sont-ils répartis sur la journée ? Où mangez-vous ? Comment s'alimenter sainement à la cantine ou au bureau ?

Après le réconfort, l'effort ! Parce qu'une saine nutrition ne peut s'envisager sans exercice physique, les visiteurs du site www.nutrition-sante.be se verront encouragés à se mettre en mouvement.

Bruxelles ou la Wallonie, âgées de 30 à 49 ans et appartenant aux groupes sociaux moyens.

Énergie. 21 % des consommateurs considèrent

la nourriture comme une source d'énergie, ils recherchent surtout des aliments de base et ont un programme alimentaire sain et efficace qui

Représentations de l'alimentation et de l'obésité chez les parents et les enfants

Dans le contexte de l'épidémie de surpoids et d'obésité chez l'enfant et l'adolescent au niveau mondial et européen, et devant l'initiation du Programme National Nutrition Santé (PNNS) en Belgique, ce dossier technique veut mettre en évidence la place et le rôle des parents dans l'apprentissage et le choix de comportements alimentaires sains chez l'enfant et l'adolescent.

Les parents représentent un élément clé influençant les comportements de santé, notamment alimentaires, de leurs enfants, en fournissant un environnement alimentaire à domicile (disponibilité des aliments, repas,...) et en leur apprenant des comportements de santé propres à leur identité mais liés au "style parental d'apprentissage".

Cependant, pour assumer leur rôle de parent dans la prévention ou le traitement de l'obésité de leur enfant, les parents doivent savoir quoi faire et être conscients de son statut pondéral et des risques futurs. Plusieurs facteurs influencent les comportements des parents,

notamment leurs représentations de l'alimentation, du statut pondéral de leur enfant. Ces représentations sont elles-mêmes influencées par celles des différentes personnes gravitant autour de l'enfant et de sa famille (les professionnels de la santé, les enseignants, les pairs – adultes et enfants).

La revue de littérature apporte de nombreux éléments de réponses à ces différents questionnements. Nombreux sont les parents qui expriment des difficultés face à la gestion de l'alimentation de leurs enfants, notamment en matière de consommation de produits riches en calories. Parmi les parents d'enfants en surcharge pondérale et/ou obèses, le statut pondéral de celui-ci est rarement vu comme un problème de santé sur le moment (surtout chez les garçons), contrairement au risque d'obésité dans l'avenir.

Les représentations de l'entourage des parents et des enfants sont aussi multiples : les enfants obèses sont vus comme des personnes "socialement peu recommandables

et peu intelligentes"; les parents sont souvent désignés comme seuls responsables par les professionnels scolaires et de santé. L'alimentation sucrée, associée au fast food, est symbolique pour les enfants pour différencier leur monde de celui des adultes.

A partir de ces représentations multiples influençant les comportements alimentaires et d'accompagnement des enfants et de leur famille, quelques pistes de stratégies éducatives sont proposées au niveau des différents publics (parents, enfants, professionnels scolaires, professionnels de santé) afin d'améliorer la prise en charge de l'obésité chez l'enfant et d'enrayer cette épidémie.

PELICAND J., DOUMONT D., *Quelles sont les représentations de l'alimentation et de l'obésité chez les parents et les enfants ? Implication et influence dans les stratégies éducatives*, UCL RESO, Bruxelles, octobre 2005, (Série de dossiers techniques; réf.: 05-36), 34 pages.

ne leur prend pas beaucoup de temps comme les pâtes. Ces consommateurs sont le plus souvent des hommes, néerlandophones, âgés de 30 à 49 ans, de groupes sociaux supérieurs.

Se valoriser. Pour 11 % des consommateurs, la nourriture est un moyen de montrer qui ils sont, de se valoriser aux yeux des autres, d'être reconnu. La cuisine ne représente pas une activité valorisante, sauf s'ils la maîtrisent de manière professionnelle; les produits choisis sont de marque ou reconnus de qualité supérieure. Il s'agit le plus souvent d'hommes, néerlandophones, âgés de plus de 50 ans et de groupes sociaux inférieurs.

Surveiller. 10 % des consommateurs considèrent l'alimentation comme une obligation potentiellement risquée. Ils sont soucieux de leur santé et veulent se prémunir des risques

liés à l'alimentation; leur régime est assez strict et ils sont attentifs à tous les paramètres d'un produit alimentaire. Ce sont le plus souvent des femmes néerlandophones de 50 à 64 ans, des groupes sociaux inférieurs.

Facilité. 6 % des consommateurs recherchent la facilité, le "ready-to-eat". Manger est pour eux un plaisir mais ils rechignent à passer du temps à préparer les repas. Le plaisir de l'instant guide leurs choix, même si d'autres paramètres interviennent. Ce sont des adeptes des plats préparés. Il s'agit le plus souvent d'hommes, habitant la Wallonie ou la Flandre, entre 18 et 29 ans ou de plus de 65 ans, et de groupes sociaux moyens.

Équilibre. 2 % des consommateurs considèrent que "manger est une construction de soi". Ils ne poursuivent pas de régime particulier mais choisissent des produits sains, équilibrés et

variés. Ce sont le plus souvent des néerlandophones de groupes sociaux moyens.

Conclusions

Même à l'heure actuelle, une majorité de consommateurs prend encore du plaisir à se nourrir et y consacre du temps. Les repas jouent un rôle de cohésion sociale et les qualités nutritionnelles ne sont pas négligées. Par contre, le fait qu'une personne sur dix considère l'alimentation comme une obligation potentiellement risquée, est plus inquiétant : les crises alimentaires ont sans doute conditionné cette perception, alors que notre alimentation n'a jamais été autant contrôlée qu'aujourd'hui, selon des règles d'hygiène extrêmement précises.

D'après un communiqué du CRIOC

La prévention chez les enfants précarisés

Les campagnes de sensibilisation et d'éducation pour la santé touchant les enfants sont légion, aussi bien dans les médias que chez les professionnels, voire à l'école. Mais tous les enfants ne sont pas logés à la même enseigne, selon leur appartenance socio-économique. Ces campagnes ont-elles dès lors le même impact sur tous les enfants ?

L'importance d'une éducation pour la santé n'est plus à démontrer, et ce dès la plus tendre enfance. Néanmoins, certains facteurs viendront influencer la capacité à intégrer les informations données ou à les mettre en pratique. « En termes d'inégalités de santé entre les classes sociales, chez les jeunes et les enfants, il y a trois indicateurs importants qui vont être déterminants : la profession des parents, leur niveau d'éducation et leur niveau de revenus », explique **Perrine Humblet**, de l'École de Santé publique de l'ULB.

Dans la population plus pauvre du pays, le niveau d'éducation des parents est généralement modeste, de même que leur profession, ainsi que leurs revenus... « En 10 ans, entre 1990 et 2000, la proportion d'enfants vivant dans la pauvreté a quasiment doublé, passant de 3.8% à 7.7%, en valeur relative. Ces chiffres sont ceux de l'Unicef qui prend en considération les enfants qui vivent dans des ménages recevant 50% du revenu médian ajusté, en fonction de la composition de famille, des allocations sociales, etc. Ce chiffre n'est pas le plus mauvais d'Europe, loin de là. Notre pays est même connu pour son bon classement. Ce qui signifie que notre système social fonctionne bien, que les allocations sont de bons régulateurs de la pauvreté en Belgique. Mais ce qui inquiète, c'est l'augmentation. »

Dès lors, dans ces publics socio-économiquement et intellectuellement précarisés, quelle prévention possible ? C'est une question qu'elle s'est posée, notamment, dans une étude qu'elle a publiée en 2000, sur base des résultats de l'Enquête belge de santé de 1997. Elle a dès le départ constaté que les différences se marquent dès avant la naissance des enfants. « Des chiffres publiés par l'Institut de santé publique montrent l'impact du statut social sur différents problèmes. Dès la grossesse, les différences se marquent. Ainsi, le tabagisme pendant la grossesse, est jusqu'à 4 fois supérieur chez les femmes au diplôme primaire ou secondaire inférieur, par rapport à celles qui ont suivi des études supérieures.

Ce lien est également retrouvé si on examine ces femmes sur le plan socio-professionnel. Un tabagisme d'ailleurs deux fois plus élevé en Wallonie qu'en Flandre, ainsi que chez les femmes vivant seules, qui sont près de 4 fois et demi plus nombreuses à fumer durant leur grossesse que les femmes en couple. Mais ce lien n'est pas lié au revenu du ménage. »

Ces chiffres pourraient être mis en relation avec le suivi de la grossesse plus tardif dans certaines catégories de population, comme les femmes de nationalité étrangère ou les femmes isolées. Mais ici, c'est davantage l'activité de la mère qui prédomine : les inactives (femmes au foyer) ayant eu un suivi prénatal inadéquat étaient de 45 %, contre 31 % des femmes actives et 29 % des chômeuses.

A la naissance, d'autres différences sont mises en évidence. « Le faible poids du bébé est 1.5 fois plus fréquent chez les ouvriers et 1.6 fois chez les personnes sans profession que chez les employés ou les indépendants. Néanmoins, la différence est

davantage marquée en fonction de la structure familiale : les familles monoparentales et complexes sont davantage touchées. La mortalité infantile est aussi significativement plus élevée : elle est de 60% supérieure chez les ouvriers et de 70% chez les sans-emploi par rapport aux employés. » Une autre différence qui se marque en fonction du niveau socioprofessionnel est celle de l'allaitement. « L'allaitement à la naissance suit une courbe en U. Ainsi, on voit que ce sont les femmes aux revenus les moins importants et les plus importants qui allaitent le plus. Les classes intermédiaires allaitent moins. » Cette courbe en U se remarque également si l'on tient compte du niveau d'étude de la mère et de la catégorie socioprofessionnelle la plus élevée du ménage. Si l'on prend ensuite les bébés allaités à trois mois, on constate que les différences sociales se creusent. « 45 % des femmes cadre supérieur allaitent à trois mois pour une moyenne observée de 35 % dans l'échantillon, et c'est également le cas de 47 % des femmes ayant un niveau d'étude supérieur. »

Niveau socioprofessionnel prépondérant

Pour certains problèmes de santé ou comportements en termes de prévention, on constate que ce ne sont pas nécessairement les moyens financiers qui sont les facteurs les plus importants. « En ce qui concerne l'asthme, sur base de l'Enquête de santé de 1997, on constate que son apparition chez des enfants de 3 à 14 ans est, par rapport aux cadres, 2 fois plus fréquente chez les employés, de 2,85 fois chez les ouvriers qualifiés et 3,14 fois chez les ouvriers non qualifiés. » Etran-



Photo © Isopix

gement, ces associations ne sont pas mises en évidence pour ce qui est des revenus comme c'est le cas pour le statut socio-professionnel des parents. « Plusieurs déterminants sociaux ont une influence sur les inégalités sociales de santé : à côté du revenu, de l'emploi ou du niveau d'éducation, on retrouve également le logement, l'environnement et leurs effets sur les styles de vie », poursuit Perrine Humblet.

« De même, on a constaté que l'éducation à l'alimentation est surtout liée à la classe socioprofessionnelle des parents : la consommation quotidienne de produits laitiers se retrouve chez 93.6% des enfants de cadres supérieures contre 83.5% des enfants d'ouvriers non qualifiés. Pour le petit déjeuner, 78.9% des enfants d'ouvriers non qualifiés le consomment quotidiennement pour 91.9% chez les cadres supérieurs. Par contre, le fait d'avoir un médecin généraliste attiré, qui reflète la proximité et la continuité vraisemblable de la prise en charge familiale, est davantage lié au revenu : on voit que les enfants de familles classées comme pauvres ou précaires disposent significativement moins souvent d'un médecin attiré que les autres enfants, soit 8 sur 10 par rapport à 9 sur 10 chez les non précaires. Le recours aux spécialistes est pour sa part clairement associé aux classes socio-professionnelles plus élevées et aux revenus plus importants : l'utilisation de soins spécialisés est deux fois

moins fréquente dans les familles classées comme pauvres ou précaires par nos indicateurs. »

Un autre domaine est le suivi de la vaccination. « Les adolescents (14 à 18 ans) de classe sociale basse semblent être vaccinés dans une moindre mesure contre la polio, le tétanos et la rougeole. La chance de ne pas être vacciné en fonction du type de vaccin semble être 1.5 à 4 fois plus élevée pour les enfants issus de classe sociale basse en comparaison avec les enfants de classe sociale plus élevée. Presque un quart des adolescents de bas niveau social semble ne pas être correctement vacciné contre le tétanos et plus d'un tiers ne reçoivent pas la quatrième dose du vaccin de la polio. Le seul vaccin pour lequel on ne retrouve pas de gradient social est le vaccin contre la rubéole chez les jeunes filles : le fait que cette vaccination incombe au service de l'inspection médicale scolaire ne joue pas par hasard un rôle important. La vaccination scolaire semble donc être aussi une stratégie effective pour diminuer les différences socio-économiques dans la couverture vaccinale », explique **Nathalie Bossuyt**, de l'ISSP.

La prévention sans culpabilisation

Quand les enfants grandissent, ils sont confrontés à diverses campagnes de prévention et

d'éducation pour la santé, que ce soit en faveur d'une alimentation saine, de la pratique sportive ou d'une bonne hygiène bucco-dentaire. Or, pour certains messages, si le relais n'est pas pris à la maison, soit par manque de conviction pour la prévention, soit par manque d'information, soit encore par manque de moyens financiers, ils peuvent bien « tomber dans l'oreille d'un sourd ». Aussi, les messages « clé sur porte » dispensés dans des classes avec des enfants aux profils bien différents ne portent pas partout leurs... fruits.

Préserver la santé des enfants est néanmoins théoriquement possible, avec les structures actuelles dont notre pays dispose, et certaines mesures ont été prises, par exemple pour les soins dentaires. Encore faut-il que celles-ci bénéficient à ceux qui en ont le plus besoin... « Il ne suffit pas d'organiser des journées de sensibilisation dans les écoles, ni même des consultations gratuites pour réduire les inégalités en matière d'accès aux soins de santé. Car ici, on a l'habitude de parler de l'« inverse care law », à savoir que ce qui est mis à disposition, comme les soins gratuits, est utilisé le plus souvent par ceux qui ont déjà une démarche de prévention, qui peuvent recevoir l'information, sont capables de la digérer et de mettre en œuvre les démarches pour y accéder.

Attention, ceci ne signifie pas que ces mesures ne sont pas efficaces ! Elles répondent certainement à des besoins, mais si elles sont isolées et qu'elles sont prises dans le but de réduire les inégalités sociales, cela ne suffit généralement pas : il faut se donner les moyens de d'abord évaluer les tendances, afin de vérifier si la mise en place d'une telle mesure a entraîné une augmentation des consultations des personnes que l'on cherchait à toucher. Enfin, si tel n'est pas le cas, il faut envisager des mesures complémentaires via les réseaux sociaux pour faire connaître les aides existantes, les rendre plus accessibles. Cela peut passer par les professionnels de terrain, PSE, assistants sociaux, médecins généralistes, etc. »

Sur ce point elle est rejointe par des médecins travaillant sur le terrain avec les personnes plus ou moins défavorisées : « Les campagnes de prévention passent au-dessus de la tête des SDF ou des sans-papiers, les populations les plus démunies que nous rencontrons. Le plus souvent, il faut profiter d'un contact curatif pour donner des messages de prévention. Mais le problème reste : de quoi faut-il les informer ? Chez les SDF, comment dire de ne plus boire d'alcool, alors qu'il s'agit d'un réconfort, d'un moyen de supporter le quotidien ? », explique le D^r Emmanuel Condé, de Médecins du Monde. « Un professeur d'université anversoise a parlé de l'effet Matthieu : l'évangile selon Saint Matthieu dit 'A ceux qui n'ont rien on enlèvera ce qu'ils ont'. Les campagnes de prévention suppriment certains 'bonheurs' ou réconforts immédiats comme la cigarette, l'alcool. Elles améliorent la santé de ceux qui vont bien et sont les plus favorisés. De plus, elles peuvent être très culpabilisantes : les parents qui n'ont pas les moyens d'acheter des fruits et légumes tous les jours ou de payer des cours de sport pour les enfants peuvent se sentir coupables. Le premier moyen de lutter contre l'inégalité d'accès aux soins de santé est de limiter les discriminations, ce qui passe par l'aug-

mentation des logements sociaux, de l'emploi, une amélioration du statut des défavorisés. Et surtout, il faut améliorer leur estime d'eux-mêmes. Ces personnes ne sont pas attentives à leur existence, ne se projettent pas dans l'avenir parce qu'elles pensent bien souvent qu'elles n'en ont pas, ou qu'il sera noir... », poursuit le D^r Pierre Drielsma, de la Fédération des maisons médicales.

Rendre les aides accessibles

« Si ces campagnes grand public visent à réduire les inégalités, elles n'atteignent certainement pas leur but », renchérit Perrine Humblet. « Elles peuvent avoir un impact lorsqu'elles répondent à un besoin immédiat, présent sur le moment. Par exemple, les consultations prénatales chez la femme enceinte. Mais en règle générale, elles doivent jouer sur d'autres plans, sur une relation plus directe, de terrain. Le type de message : 'il faut manger des fruits et des légumes, faire du sport, se brosser les dents trois fois par jour' sont inutiles si l'offre n'est pas accessible !

Il faut dispenser l'information de manière adaptée : sans culpabiliser les parents ou les enfants qui ne seraient pas en mesure de respecter ces conseils, sans se limiter à l'information pure. Il faut donner des explications claires sur les moyens existants pour faciliter l'accès à ces mesures de prévention : comment avoir accès aux soins dentaires gratuits, où se renseigner pour obtenir des aides, etc. Les médecins PSE ont un rôle important de relais à jouer ».

Néanmoins, le rôle crucial de l'école pour dispenser des campagnes d'éducation pour la santé n'est pas mis en doute ; peut-être doit-il être quelque peu adapté, en tenant compte de la diversité des familles des enfants qui fréquentent nos écoles... Pour réduire les inégalités sociales de santé, qui ont un impact sur les jeunes enfants, il faudrait envisager différentes pistes : « Tout d'abord, il faudrait réduire les inégalités socio-économiques, ce qui

passerait par exemple par un meilleur accès au travail des mères. Il faut compenser les effets de la distribution sociale des risques en favorisant le travail des différents organismes tels que les consultations prénatales (CPN), les consultations enfants (CE), les équipes SOS Enfants ou les travailleurs médico-sociaux (TMS). Les CPN et CE pourraient également compenser les vulnérabilités 'biologiques' des enfants plus pauvres, et assurer un accès équitable aux services de santé. Enfin, il faut réduire les conséquences socialement différenciées de la maladie, par exemple en favorisant la révalidation ou la récupération avec l'aide des TMS. » Quant à la sensibilisation des mères, généralement garantes de la santé de la famille, il est essentiel de trouver des canaux de communication efficaces, avec des arguments adaptés à leur mode de pensée. Les messages « grand public » ne tiennent en effet pas suffisamment compte du niveau intellectuel d'une frange importante de la population...

De son côté, le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale a épinglé différents problèmes dans la prévention comme par exemple le paiement à la prestation qui ne favorise pas la consultation pour la prévention, qui est trop peu pratiquée lors des consultations curatives chez les médecins de première ligne. Une autre piste à explorer et qui mérite toute l'attention des pouvoirs publics...

En conclusion, on peut donc considérer que si notre pays fait partie de ceux où les plus pauvres bénéficient d'une bonne couverture sociale, la Belgique est confrontée, comme tous les autres pays, à un défi : promouvoir la santé essentiellement dans des populations à risque parce que peu éduquées, peu sensibilisées et aux moyens limités. Un travail de terrain à mener de concert, avec tous les intervenants impliqués.

Carine Maillard

Help, pour une vie sans tabac

La campagne européenne

« **HELP-Pour une vie sans tabac** », initiée par le Commissaire européen Markos Kyprianou le 1^{er} mars 2005, s'adresse au public des adolescents (15-18 ans) et des jeunes adultes (18-30 ans).

Elle vise à venir en aide aux non-fumeurs tentés par le tabac ou qui le subissent et aux fumeurs désireux d'arrêter de fumer.

Cette campagne européenne s'étend sur une période de quatre ans.

Le bilan 2005

De mars à novembre 2005, plus de 25 conférences de presse réunissant plus de 400 journalistes ont été organisées à travers l'Union européenne. Des communiqués de presse consacrés à la problématique du tabac ont aussi fait l'objet d'une distribution régulière à la presse. Au total, le nombre d'articles de presse écrite, de passages TV et Radio collectés s'élèvent à environ 2500.

Sur la base des résultats obtenus dans les 25 Etats membres, un indice global Mediascore a été calculé par Euro Argus. Cet indice montre

que la campagne HELP, comparée à d'autres campagnes européennes, est un succès.

Un road show d'une durée de 136 jours a assuré la présence de HELP dans les 25 capitales des Etats membres de janvier à juillet 2005. Une structure gonflable, frappée du logo et du slogan de la campagne HELP, a été systématiquement installée en des endroits stratégiques des capitales européennes. Ce road show aura parcouru une distance de 37.265 kilomètres pendant lesquels près de 850.000 objets promotionnels auront été distribués.

Dans le cadre de la campagne télévisée, les trois clips de la campagne HELP ont été diffusés dans

les 25 pays membres de l'Union européenne, sur 70 chaînes nationales, 3 chaînes pan-européennes et sur internet. Près de 700 millions de contacts ont été réalisés sur les 15-34 ans lors de la diffusion de ces spots.

De septembre à octobre 2005, une enquête post-test de grande ampleur a été menée par IPSOS dans les 25 pays de l'UE à propos de cette campagne télévisée. Mille personnes par pays, âgées de 15 ans et plus, ont été interrogées par téléphone ou en face-à-face.

Il ressort de ce post-test que :

- 48 % des moins de 25 ans se souviennent avoir vu au moins un des trois spots télévisés;
- 83 % des moins de 25 ans apprécient la campagne;

- 81 % des personnes interrogées pensent que ces spots véhiculent le message souhaité par les concepteurs de la campagne, « Fumer est un acte absurde ».

Le site web de la campagne HELP (<http://www.help-eu.com>) a été visité par environ 300.000 personnes, dont un tiers aura effectué une visite approfondie du site.

En 2006, HELP repart de plus belle à travers toute l'Europe!

HELP est revenu sur les écrans TV pendant le mois de janvier, simultanément sur les écrans des 25 Etats membres. Les clips ont mis en exergue les numéros nationaux des centres d'information et d'aide.

En 2006, le site web sera agrémenté d'une nouvelle rubrique « absurde zone » (e-cards, SMS...) et les rubriques actuelles du site seront progressivement enrichies. Le site HELP sera aussi rendu plus interactif et attractif, notamment par la présence d'animations.

De nouveaux événements sont également prévus : la présence de HELP sera assurée auprès des jeunes dans le cadre d'événements sportifs et culturels. Des tests de mesure de CO dans l'organisme seront proposés aux jeunes. Ces tests permettront aux jeunes de se faire une idée des dangers du tabagisme et de ses effets sur l'organisme.

Informations communiquées par B&S.

La consommation de tabac se stabilise

Le CRIOC a mené son enquête annuelle sur le tabac. L'objectif était de mesurer le comportement des consommateurs en matière de consommation de tabac et d'estimer leur intention d'arrêter de fumer dans les prochains mois. Pour ce faire, 2574 interviews ont été réalisées auprès de Belges âgés de 15 ans et plus, entre le 15 novembre et le 15 décembre 2005.

Les résultats montrent que 24 % des Belges fument. Pour 4 % d'entre eux, la consommation de tabac est occasionnelle. Les 20 % restant sont des fumeurs réguliers. Par rapport aux autres années, ces chiffres restent relativement stables, après la diminution observée en 2004 (de 33 % vers 24 % de fumeurs).

Le nombre de fumeurs connaît une diminution régulière depuis 1982. Depuis 2004, ce nombre se stabilise aux alentours de 20 %. Ce pourcentage est identique tant en Flandre qu'en Wallonie. Les femmes fument moins que les hommes mais cette tendance tend à s'équilibrer car le nombre de fumeurs se rapproche petit à petit du nombre de fumeuses. Plus de la moitié des fumeurs déclarent vouloir arrêter dans un avenir proche, mais seuls 27 % semblent réellement décidés. Les plus nombreux à vouloir arrêter sont les jeunes adultes âgés de 18 à 29 ans.

Quant au taux de mortalité dû au cancer du poumon, on constate que le nombre de décès est en progression constante, tant chez

les hommes que chez les femmes, depuis près de cinquante ans.

Parmi les fumeurs, on constate également que la tranche des 50 à 64 ans est moins décidée à arrêter. Autre constat, en 2005, c'est dans cette tranche d'âge que se situent les personnes qui ont le plus souvent recommencé à fumer (+10 %).

En conclusion, le nombre de fumeurs en Belgique se stabilise et démontre que l'ensemble des actions prises pour lutter contre la consommation de tabac portent leurs fruits.

D'après un communiqué du CRIOC

Le Mali donne des leçons en matière de soins de santé primaires

Bamako – Grâce à l'introduction d'un système original de centres de santé primaires, le Mali peut se targuer d'avoir grandement amélioré le sort des plus démunis. Bien des pays ne peuvent en dire autant.

"Pas facile, pour un médecin qui vient de terminer l'université, de se faire gérer par des paysans." La boutade de **Mahamane Maïga**, chef du Centre de santé communautaire (CSCOM) de Bankoni, un quartier populaire de Bamako, n'implique nullement qu'il aimerait œuvrer ailleurs. En fait, c'est tout le contraire : *"L'originalité du centre, c'est l'engagement populaire"*, dit-il, enthousiaste.

Une ferveur devenue la norme dans beaucoup des 674 centres de santé communautaire du Mali. Il faut dire que ces établissements fournissent des soins de première ligne que de nombreux pays du Sud peuvent leur envier : obstétrique, pharmacie, dispensaire, laboratoire et activités de prévention (vaccination, hygiène, contraception, etc.). Sans être exempts de problèmes, ces centres connaissent un indéniable succès. Paysans et citadins s'y pressent pour s'y faire soigner à moindre coût.

Chaque CSCOM est géré localement par une Association de santé communautaire (Asaco), où l'on retrouve généralement les notables de la localité mais aussi des agriculteurs, des pêcheurs, des

ouvriers. *"La communauté s'implique dans l'association et en retour nous avons le devoir d'informer la communauté"*, dit **Issa Traoré**, président du conseil d'administration de l'Asaco de Bankoni. *Les membres du CA peuvent être sanctionnés par la population, au vu des résultats.* Fait rare, l'État ne se mêle aucunement de la gestion. Tout repose sur les membres; l'État ne fait qu'imposer certaines normes et offre médicaments et équipements, en plus de financer en partie la construction des immeubles abritant les centres.

L'exemple de Bankoni

Les origines de ce système original remontent à l'*Initiative de Bamako*, une stratégie de valo-

risation des soins de santé primaires adoptée par l'Organisation mondiale de la santé en 1987. La première Asaco a vu le jour en 1988 dans le quartier populaire de Bankoni et le premier CSCOM y a ouvert ses portes l'année suivante. Avant 1985, Bankoni ne comptait aucun médecin. Son CSCOM possède aujourd'hui un grand bâtiment où travaillent régulièrement 20 employés, dont trois médecins, quatre infirmières et deux sages-femmes. Autour de ce personnel permanent gravitent des étudiants en médecine qui assurent le fonctionnement presque 24 heures sur 24. Les apprentis-médecins viennent de loin. "Le CSCOM de Bankoni, c'est la crème du pays, dit

Les mutuelles et les centres de santé (CSCOM) : un partenariat efficace!

Depuis 2002, un partenariat a été mis en place entre la Mutualité chrétienne du Centre, de Charleroi et de Thudinie et la Mutualité Malienne de Ségou, 4^e région du Mali. Ce partenariat permet d'appuyer le développement des mutuelles de santé et l'amélioration des soins de santé par le conventionnement de CSCOM. Cette action a une double finalité : faciliter l'accès aux soins par la prise en charge de 75 % des coûts pour une cotisation mensuelle de 460 Fcfa (0,69 €) par personne, et proposer des soins de qualité et des actions de prévention.

Tous les centres de santé conventionnés signent une charte de qualité et s'engagent au respect de certains critères pour l'accueil, l'écoute et le traitement des patients. On tente ainsi de créer une relation de confiance qui une fois instaurée permet aux CSCOM de voir le nombre de patients augmenter de plus de 50 % en une année! Pour 2005, la région totalise 5.000 mutualistes dont plus de la moitié ont été pris en charge dans les CSCOM conventionnés avec la Mutualité malienne.

Depuis le début de ce partenariat, la région de Ségou a pu être dotée d'un laboratoire et d'un laborantin, de lits de maternité, de chauffe-eau solaires et de moustiquaires imprégnées.

Par des groupes de réflexion, la Mutualité chrétienne et la Mutualité malienne s'attaquent maintenant à un problème majeur de santé publique qu'est la tuberculose, car un Malien sur deux est porteur du bacille de cette maladie.

Pour plus d'infos voir les articles sur www.enmarche.be/cooperation



Les infirmières du CSCOM Dar Salam de Segou (2003)

Photo © Dominique Evrard

le D^r Pierre-Michel Roy, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, au Québec, qui a effectué quatre séjours au Mali avec ses étudiants. Il y a une structure bien organisée et une bonne qualité de soins."

On ne peut en dire autant de tous les CSCOM. "Certains centres n'ont pas de médecins, souligne le D^r Roy, qui en a visité plusieurs au nord du pays. L'inconvénient de la décentralisation, c'est que certains fonctionnent mal."

En effet, plusieurs établissements manquent cruellement de ressources, matérielles et professionnelles. Les cliniques privées et les hôpitaux d'État attirent plus facilement médecins et infirmières. "Travailler dans un CSCOM, c'est accepter d'être misérable, ajoute le D^r Maïga. Il faut être prêt à se sacrifier."

À Bankoni, comme partout au Mali, le paludisme trône sans surprise en tête de liste des affections. Second motif de consultation au CSCOM : les maladies sexuellement transmissibles. "Souvent, plusieurs familles vivent dans une seule concession, et la polygamie y règne", soupire Mahamane Maïga, inquiet aussi des ravages que font les infections pulmonaires, les maladies parasitaires et intestinales, le diabète ou l'hypertension.

Comme le CSCOM n'a pas le droit d'hospitaliser les malades, "on essaie de les récupérer en 24 heures", déclare le médecin-chef. Un accouchement – l'établissement en pratique une quinzaine par jour – est ainsi suivi d'une hospitalisation de 12 heures. Les patients gravement

atteints sont référés à un hôpital, public ou privé. Les tarifs en vigueur, variables d'un centre à l'autre, restent très abordables. Le CSCOM de Bankoni exige une adhésion annuelle de 500 Fcfa (environ 0,76 €) par famille, chaque consultation ne coûte ensuite que 300 Fcfa. Les non adhérents sont pris en charge, mais ils paient 500 Fcfa par consultation. "Une faible portion de la population paie sa cotisation, note Pierre-Michel Roy. Ce n'est pas encore ancré dans les habitudes. Les gens se disent que lorsqu'ils seront malades, ils paieront ce qu'il faudra."

Une référence

Malgré les pénuries, l'amélioration de l'accessibilité aux soins est notable : 72 % des Maliens vivent à moins de 15 km d'un CSCOM. Le taux de consultation prénatale est passé de 38 % en 1998 à 53 % en 2003, selon la Fédération nationale des Associations de santé communautaire. "Le système de santé communautaire est un résultat tangible, se félicite Oumou Bolly Diallo, secrétaire aux relations extérieures de la Fédération. C'est devenu une référence et beaucoup de pays environnants viennent prendre de l'expérience au Mali." Le modèle malien a d'ailleurs été apprécié lors de la 3^e Rencontre internationale sur la globalisation de la solidarité, un rassemblement de spécialistes de l'économie sociale qui s'est déroulé à Dakar l'automne dernier.

Jean-Sébastien Marsan, InfoSud -Syfia

N'avalons pas n'importe quoi!



Grâce à des progrès spectaculaires, les aliments de la nouvelle génération améliorent notre santé. Voici ce que prétendent les géants de l'agro-alimentaire : "Être mieux chaque jour" clame Danone! "Ensemble, mieux manger, mieux vivre", claironne Nestlé! Que cachent ces slogans alléchants ? Boire du lait enrichi en calcium ? Inutile si on ne souffre pas d'une maladie des os.

Rafler tous les produits étiquetés "vitamine C" en hiver ? Une alimentation normale couvre largement les besoins quotidiens en la matière. Prévenir les problèmes cardiaques en consommant de la margarine aux phytostérols ? Nul n'en connaît les effets à long terme. Faire confiance aux aliments allégés pour perdre une taille ? S'ils sont moins sucrés que les produits standard, ils sont aussi parfois plus gras, voire plus caloriques, et sûrement plus chers... On peut se demander si les fabricants d'allégés et d'autres produits enrichis en vitamines et minéraux ou bactéries valent mieux, en termes de santé alimentaire, que les spécialistes de la restauration rapide ou de la confiserie. Leurs profits ne passent-ils pas avant tout ? Pour mener son enquête, la journaliste **Fabiola Flex** s'est penchée sur les emballages de ce que nous mangeons chaque jour; elle a étudié les recommandations et les avis des experts en nutrition et, surtout, elle a écouté les responsables marketing des grandes entreprises de l'agro-alimentaire... Ayant travaillé elle-même au département des études de marché de Uni-

lever (Becel, Boursin, Calvé, Iglo, Lipton, Ola, Amora, entre autres!), elle sait de quoi ils parlent.

Son constat : aujourd'hui nous risquons davantage d'être intoxiqués par les messages publicitaires que par ce que nous mangeons. Message mal reçu semble-t-il par les magazines féminins français, qui ont peu parlé de son ouvrage. Pour ne pas déplaire à leurs annonceurs ? Raison de plus pour lui faire ici une petite pub.

Suivez donc son conseil : "Venez vous promener avec moi dans les arrières-cuisines des géants de l'agro-alimentaire. C'est un bon exercice pour renforcer les défenses naturelles contre les dérives de leur discours publicitaire. Et c'est scientifiquement prouvé".

C.D.B.

Fabiola FLEX, N'avalons pas n'importe quoi! Comment l'industrie alimentaire s'engraisse en nous vendant de l'allégé, de l'enrichi, du sans-sucre, etc., Robert Laffont/Denoël, 2005, 180 pages, 19,95 euros (en Belgique).

Prévention des chutes des personnes âgées

Un premier référentiel francophone sur la prévention des chutes chez les personnes âgées a été élaboré par un groupe de travail composé d'intervenants et d'experts en santé publique et en gérontologie provenant de Belgique (Educa Santé)¹, de France (INPES), du Québec (Direction de la Santé publique) et de Suisse (Direction générale de la Santé de Genève), au terme d'une **analyse approfondie** de la littérature scientifique et d'une réflexion collective. Il s'agit d'un document destiné aux **professionnels** impliqués dans la prévention et la promotion de la santé, qui veut répondre aux besoins des **acteurs de terrain** auprès des personnes âgées (éducateurs physiques, kinésithérapeutes, médecins, gériatres, infirmiers, etc.), des **responsables** et des **formateurs** en programmes de santé publique. Il est donc naturellement orienté vers la **pratique**.

Les recommandations qui y sont proposées se fondent sur des **niveaux d'évidence scientifique** ou, pour les thématiques sur lesquelles les études manquent à ce jour, sur un **consensus** du groupe de travail précité. Afin de rendre l'ouvrage accessible au plus grand nombre, les données scientifiques abordées sont le plus souvent possible présentées sous forme de tableaux récapitulatifs et de résumés encadrés. L'objectif de cet ouvrage est d'aider à la **mise en œuvre** de programmes de prévention des chutes et d'interventions pertinentes.

En effet, la chute est un événement **multifactoriel** qui nécessite une approche globale de la personne âgée autour de trois groupes de facteurs :

- des facteurs individuels, c'est-à-dire liés à l'état de santé de la personne (troubles de l'équilibre, pathologies chroniques et aiguës, etc.);
- des facteurs comportementaux : prise de risque trop élevée, médication, nutrition, consommation d'alcool, etc.;
- des facteurs environnementaux : éclairage, qualité du sol, etc.

C'est pourquoi le référentiel présente et propose une **démarche en trois temps** et s'articule

autour d'un **arbre décisionnel** qui permet aux intervenants :

- de connaître les facteurs de risque des chutes;
- de repérer et d'identifier le risque de chute chez une personne âgée (dépistage d'un risque élevé, moyen ou faible ou son évaluation approfondie);
- de choisir les interventions les mieux adaptées pour prévenir les chutes.

Ainsi, selon le niveau de risque des personnes, **différents types d'intervention** sont-ils proposés :

- multifactorielle personnalisée pour des personnes âgées à risque élevé de chute;
- multifactorielle non personnalisée pour les personnes à risque modéré;
- spécifique en présence d'un facteur pathologique ou d'un danger repéré du domicile;
- promotion de la santé – prévention primaire des chutes- en présence d'un risque faible.

Le référentiel peut être commandé à partir du site www.inpes.sante.fr (rubrique le catalogue) pour un prix de 11,50 euros.

¹ Educa-Santé diffuse ce référentiel auprès de professionnels qui s'engagent avec l'asbl basée à Charleroi dans la démarche proposée, et qui bénéficient aussi de son encadrement. Il faut noter que cette démarche concerne le domicile, et n'est pas adaptée directement à la prévention des chutes en collectivités (MR, MRS, hôpitaux). Un élargissement n'est pas exclu.

L'enquête de consommation alimentaire en Belgique : enfin!



Photo © Isopix

La Belgique est un des rares pays européens à ne pas procéder à la collecte systématique des données de consommation alimentaire de l'ensemble de la population. La dernière étude sur le sujet date des années 80... Cependant, des informations sur les habitudes alimentaires sont indispensables dans le cadre de la planification et de la mise en œuvre d'un plan de santé, d'un plan nutritionnel et d'une politique alimentaire dignes de ce nom.

Méthode de récolte d'information

Pour l'enquête de consommation alimentaire (ECA) de 2004 on a utilisé un échantillon de 3200 personnes représentatif de la population âgée de 15 ans et plus, issu du registre national. Cela représente 8 groupes de 400 individus en fonction du sexe et de l'âge.

Les personnes sélectionnées ont été interviewées deux fois chez elles par des diététiciens expérimentés. Lors de la première visite, l'enquêteur a posé des questions générales sur la santé et les habitudes de vie du répondant. Les répondants ont également communiqué oralement leur taille et leur poids.

Le rappel de consommation alimentaire des dernières 24 h est la partie la plus importante de l'interview. La personne interviewée doit rapporter en détail tout ce qu'elle a bu et mangé depuis le lever du jour précédent jusqu'au lever du jour de l'interview. Comme ce n'est pas une tâche simple, les répondants étaient aidés par le diététicien enquêteur. Afin de pouvoir rationaliser et standardiser l'interview, le rappel de consommation des dernières 24 heures a été réalisé avec l'aide d'un ordinateur portable et d'un programme spécifique, le logiciel EPIC-SOFT.

Lors de la deuxième visite, 2 à 8 semaines plus tard, l'enquêteur a procédé à un deuxième rappel de consommation des dernières 24 heures. Dans l'intervalle, le répondant devait lui-même compléter un questionnaire écrit sur la fréquence de consommation de certains aliments et sur ses connaissances et son comportement face aux recommandations relatives à l'hygiène alimentaire.

La personne du ménage qui prépare les repas a également répondu à un questionnaire écrit sur la façon de traiter les aliments (entre autres : décongeler, conserver les restes, appliquer les directives en matière d'hygiène alimentaire,...). Le tour de taille du répondant, ainsi que la température du réfrigérateur et du congélateur ont

été mesurés lors des visites à domicile. La principale justification des deux visites est que la consommation alimentaire d'une personne varie d'un jour à l'autre. Une collecte des informations alimentaires répartie sur deux jours est nécessaire pour obtenir une évaluation correcte de la répartition de la consommation des aliments au sein de la population. Ceci permet dès lors une comparaison avec les recommandations nutritionnelles et permet également de déterminer des normes de sécurité alimentaire. Une analyse statistique permet d'extrapoler la consommation sur une période plus longue. Dans ce cas, seule la répartition entre personnes est importante et non pas les différences intra-individuelles jour après jour. Il s'agit donc bien d'une mesure de la consommation habituelle. Le présent rapport met l'accent sur la consommation habituelle dans l'ensemble de la population et non pas celle des consommateurs pris individuellement.

L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé sur la base du poids et de la taille déclarés par le répondant lui-même; les responsables de l'enquête sont bien conscients qu'une mesure basée sur la déclaration pourrait être une source d'erreur dans l'estimation de l'IMC réel. Des études ont démontré que les personnes avec surcharge pondérale sous-estiment plus sou-

vent leur poids corporel (et donc également l'IMC) que les personnes avec poids normal. Quant aux personnes avec un poids trop faible, elles ont plutôt tendance à surestimer leur poids.

Des résultats de poids

Malgré ce risque de sous-estimation des prévalences de l'obésité et de la surcharge pondérale, les données font apparaître qu'une partie importante de la population souffre de surcharge pondérale ou même d'obésité : 23,5 % et 11,6 % des femmes, 37,6 % et de 9,9 % des hommes.

La part de la population avec surcharge pondérale ou obésité augmente avec l'âge. Les personnes avec un niveau d'instruction plus faible ont plus souvent des problèmes de surcharge pondérale et d'obésité. L'obésité se rencontre aussi plus fréquemment chez les personnes sans activité physique.

Le tour de taille est réparti en 3 groupes (normal, limite, trop élevé) selon l'âge et le sexe. Chez les femmes, la répartition est respectivement de 40,1 %, 21,4 % et 38,4 %. Le tour de taille est « limite » ou « trop élevé » chez 26 % et 25 % des hommes. Un tour de taille trop élevé est plus fréquent dans les groupes plus âgés. Des personnes avec un niveau d'instruction plus faible ou des personnes inactives ont moins souvent un tour de taille normal et plus souvent un tour de taille trop élevé; le tour de taille augmente aussi en fonction du poids corporel.

On ne bouge plus, on mange trop et mal

Le niveau d'activité physique dans l'ensemble de la population est trop faible. Ainsi 45,1 % et 33,1 % des femmes n'ont respectivement « pas d'activité physique » ou une « activité physique minimale ». Chez les hommes, il s'agit respectivement de 36,8 % et de 29,2 %. Chez les femmes, le manque d'activité physique est déjà présent dans le groupe des 15-18 ans.

Les deux illustrations montrent dans quelle mesure la consommation habituelle d'aliments en Belgique s'écarte des recommandations de la pyramide alimentaire. Si la consommation alimentaire de notre population était adéquate, toutes les cases de la pyramide alimentaire réelle auraient la même surface que celles de la pyramide recommandée. Dans chaque case de la pyramide alimentaire réelle, des manques éventuels dans la consommation habituelle ont été relevés en laissant en blanc une partie de la surface totale. Lorsque la moitié de la case est en blanc, la consommation réelle atteint à peu près la moitié de la recommandation. Lorsque la consommation d'une famille d'aliments dépasse la recommandation, la partie colorée dépasse les limites de la pyramide. La surface en blanc est donc une mesure de la différence exprimée en pourcentage entre la consommation habituelle

d'une famille d'aliments et la recommandation. La comparaison est spectaculaire.

La base de la pyramide fait référence à l'importance de l'activité physique. Seul 27 % de la population a une activité physique suffisante.

La consommation habituelle de boissons (eau, café, thé et bouillon) dans l'ensemble de la population est de 1,2 litres soit 80 % de la recommandation de 1,5 litres par jour.

Le pain, les biscottes ou les petits déjeuners céréales ne sont pas suffisamment consommés (133 g/jour), étant donné qu'on n'atteint que 76 % de la recommandation (175-420 g/jour ou 5 à 12 tranches de pain). La consommation de 306 g de pommes de terre et/ou de pâtes par jour se situe dans les limites de la recommandation (210-350 g/jour ou 3 à 5 pommes de terre).

On devrait manger chaque jour 350 g de légumes (100 g crus et 200 g cuits (= 250 g de produit cru)). La consommation habituelle de légumes de 139 g/jour est très insuffisante, elle n'atteint même pas 40 % de la recommanda-

Manger conjugué

L'excellente revue trimestrielle de la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, *Santé conjuguée*, consacre dans sa livraison d'avril un dossier épais (et néanmoins digeste!) à des 'regards croisés sur l'alimentation et la santé'.

Sur une bonne centaine de pages, ce cahier aborde sept dimensions de la problématique nutritionnelle prise au sens large :

- des actions concrètes menées en maisons médicales;
- l'éducation des enfants à l'alimentation saine (théorie et pratiques);
- le plan national nutrition et santé pour la Belgique;
- une approche non médico-centrée de l'obésité;
- les dimensions sociales et culturelles de l'alimentation;
- alimentation et peur (sécurité alimentaire, OGM...);
- à côté des problèmes liés à l'abondance, les situations de 'manque'.

Une publication de référence, à laquelle *Education Santé* a d'ailleurs contribué avec grand plaisir.

Santé conjuguée n° 36, avril 2006. Prix : 8,68 euros. FMMCSF, Bd du Midi 25 / 5, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 514 40 14. Fax : 02 514 40 04. Courriel : fmmcsf@fmm.be. Internet : www.maisonmedicale.org.

tion. Il en va de même pour la consommation de fruits. La consommation habituelle de fruits n'est que de 118 g/jour alors que la limite inférieure de la recommandation est de 250 g ou 2 fruits.

Les produits laitiers, à l'exclusion des fromages, sont aussi trop peu consommés étant donné que la consommation habituelle de 159 g/jour ne représente que 35 % de la limite inférieure de la recommandation (450-600 g/jour ou 3 à 4 verres). La consommation habituelle de fromage est de 30 g/jour, ce qui reste dans les limites de la recommandation de 20-40 g/jour (1 à 2 tranches de fromage).

Pour la viande et les dérivés de viande, la consommation est par contre 1,6 fois trop élevée comparée à la limite supérieure de la recommandation (75-100 g/jour).

Pour les matières grasses, on peut uniquement comparer avec la recommandation pour les matières grasses tartinables (maximum 5 mg/tranche de pain). La consommation habituelle est de 21 g/jour, ce qui correspond à la consommation habituelle observée de pain.

Les aliments du groupe des superflus (boissons sucrées et alcoolisées, pâtisserie et biscuits...) ne sont pas nécessaires dans une alimentation équilibrée. La consommation habituelle montre que la réalité est très éloignée de cette recommandation étant donnée que la consommation est en moyenne de 481 g/jour si on ajoute les boissons alcoolisées au groupe des superflus et encore de 266 g/jour si l'on n'en tient pas compte!

A l'exception des matières grasses tartinables, aucune famille d'aliments n'atteint les recommandations dans la moitié de la population. Pour les fruits, les légumes, les produits laitiers et le groupe restant (alcool y compris), moins de 10 % de la population atteint la recommandation.

Trop de graisses, assez de protéines, déficit en hydrates de carbone

L'apport énergétique habituel total dans la population âgée de 15 ans et plus est en moyenne de 2046 kcal. Chez les femmes, il s'agit de 1652 kcal, et chez les hommes de 2472 kcal. L'apport énergétique habituel diminue avec l'âge chez les hommes et les femmes.

Lorsqu'on compare l'apport énergétique individuel à un apport énergétique minimal ou au métabolisme basal, calculé sur la base du poids corporel, du sexe et de l'âge, l'apport énergétique rapporté est extrêmement faible chez 20 % des personnes. Plusieurs causes sont à la base de cette sous-déclaration notamment des problèmes méthodologiques comme par exemple des déclarations erronées, une sous-estimation de la valeur énergétique dans les

tableaux nutritionnels mais aussi le fait que les personnes suivaient un régime ou étaient malades le jour de l'interview. Si on exclut ces personnes, l'apport énergétique habituel est en moyenne de 2268 kcal, 1855 kcal chez les femmes et 2648 kcal chez les hommes. L'apport énergétique habituel chez les personnes avec surcharge pondérale ou obèses est plus faible que chez les personnes avec un poids « idéal » ou insuffisant. L'apport énergétique est aussi plus faible chez les personnes sans activité physique et les personnes avec une activité physique minimale. Les principales sources énergétiques de l'alimentation belge sont les céréales et les produits à base de céréales, principalement le pain, ensuite la viande, les pommes de terre, les gâteaux et la pâtisserie, le fromage, les margarines et les sauces.

Il existe quatre types différents de **macronutriments énergétiques** qui fournissent chacun une certaine quantité d'énergie : les lipides fournissent 9 kcal par gramme, les glucides et les protéines dispensent 4 kcal par gramme chacun et finalement l'alcool qui dispense 7 kcal par gramme. Les recommandations qui déterminent la contribution en pourcentage des nutriments comme les lipides, les glucides et les protéines dans l'apport énergétique total partent du principe que l'énergie fournie par l'alcool est égale à zéro. C'est pourquoi, l'apport énergétique de l'alcool (3,6 % chez les femmes et 6,2 % chez les hommes) est déduit de l'apport énergétique total afin de pouvoir établir une comparaison avec les recommandations du Conseil supérieur d'hygiène.

La contribution habituelle quotidienne en pourcentage des **lipides** dans l'apport énergétique total de la population âgée de 15 ans et plus, atteint en moyenne 37 % chez les femmes et 39 % chez les hommes. En d'autres termes, la recommandation selon laquelle la contribution quotidienne en pourcentage des lipides ne doit pas dépasser 30 % n'est atteinte que par 14 % environ des femmes et 7 % des hommes!

D'après la recommandation, l'apport des matières grasses saturées ne peut excéder 10 % de l'énergie absorbée. Moins de 5 % des hommes et des femmes répondent à cette recommandation.

L'apport de matières grasses mono-insaturées doit se situer entre 10 % et 7 %; la contribution des matières grasses poly-insaturées doit se situer entre 5,3 % et 10 % de l'énergie absorbée. Ces recommandations sont suivies respectivement par 62 % et 59 % des femmes et par 56,7 % et 65,5 % des hommes. Les matières grasses, principalement les margarines et le beurre, sont la principale source énergétique des lipides dans notre alimentation, suivies de la viande et des produits dérivés de viande, des produits laitiers, des gâteaux, des biscuits, de la pâtisserie, des puddings et des sauces.

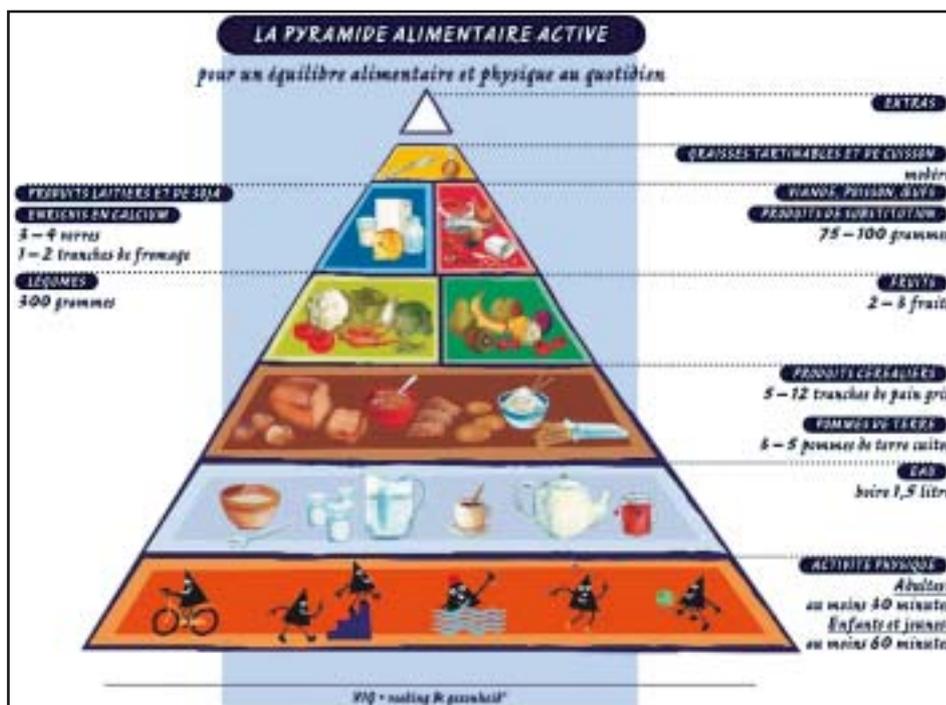


Figure 1 – Recommandations selon la pyramide alimentaire

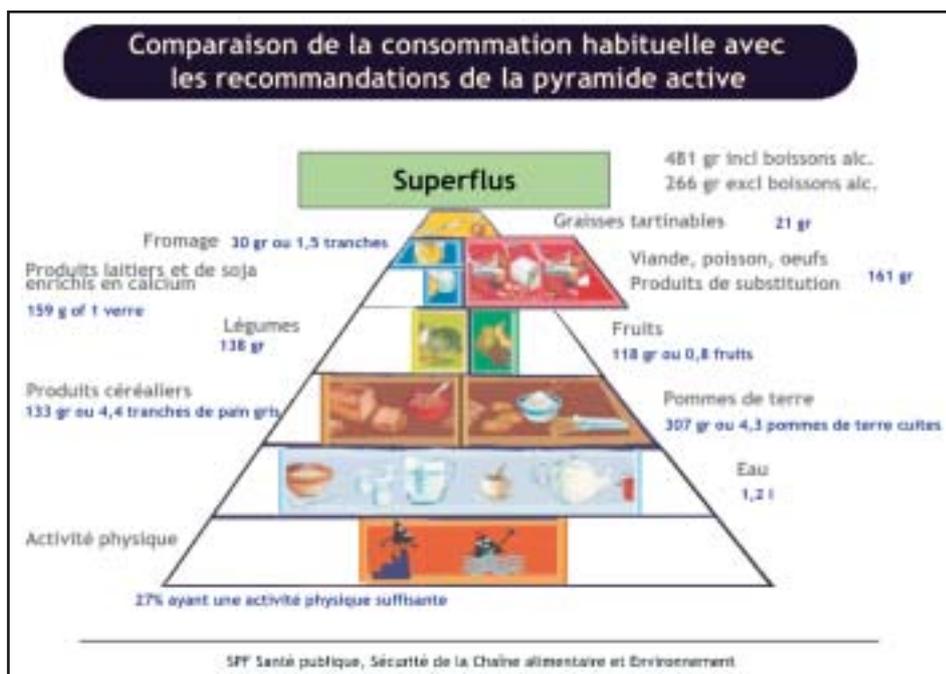


Figure 2 – Consommation observée de la population de 15 ans et plus. Enquête de consommation alimentaire (ECA), Belgique, 2004, ISSP

Tableau 1 - Consommation des macronutriments comparée aux recommandations du Conseil supérieur d'hygiène

Type de macronutriment	Recommandation (%)	Consommation habituelle (%)	% de la population répondant à la recommandation
Graisses	30 maximum	38	10,7
Graisses saturées	10	16	3
Graisses mono-insaturées	10 à 15	14	59,4
Graisses poly-insaturées	5 à 10	7	61,9
Glucides	55 minimum	46	7,5
Protéines	10 minimum	16,3	99

Enquête de consommation alimentaire (ECA), Belgique, 2004, ISSP

La contribution habituelle des **glucides** est en moyenne de 46,4 % chez les femmes et de 45 % chez les hommes. La proportion de la population qui atteint la recommandation de 55 % au moins en glucides est de seulement 9 % chez les femmes et de 5,7 % chez les hommes. La consommation habituelle de glucides diminue légèrement avec l'âge tant chez les femmes que chez les hommes. La consommation de sucres est trop élevée si on tient compte de la recommandation, alors que la consommation d'hydrates de carbone est beaucoup trop faible. Le pain est la principale source d'hydrates de carbone dans notre alimentation suivi des pommes de terre, des limonades, des fruits, des en-cas sucrés, des gâteaux, de la pâtisserie, des pâtes et du riz.

La contribution habituelle en pourcentage des **protéines** dans l'apport énergétique total dans l'ensemble de la population âgée de 15 ans et plus est de 16,5 % chez les femmes et de 16 % chez les hommes. Au total, 99 % des femmes et des hommes répondent à la recommandation minimale de 10 % de protéines. Globalement, on peut en conclure qu'il n'y a pratiquement pas de problème d'apport protéique insuffisant dans la population âgée de 15 ans et plus. Il y a peu de différences en fonction de l'âge en ce qui concerne l'apport protéique exprimé en pourcentage. La viande et les produits de viande sont les principales sources de protéines dans notre alimentation. L'apport énergétique des protéines provient également des céréales et des produits à base de céréales, des produits laitiers, du poisson et des crustacés.

Calcium, fer et vitamine C

La consommation de **trois micronutriments** a été évaluée. La consommation moyenne habituelle de vitamine C dans l'ensemble de la population dépasse la recommandation dans tous les groupes d'âge, tant chez les femmes que chez les hommes. La consommation moyenne de calcium est inférieure à la recommandation quotidienne liée à l'âge tant pour les femmes que pour les hommes dans tous les groupes d'âge. Alors que pour les hommes adultes la consommation quotidienne moyenne de fer dépasse les recommandations liées à l'âge, chez les femmes, la consommation quotidienne moyenne de fer est en deçà de la recommandation dans tous les groupes d'âge.

Sécurité alimentaire

Les aliments crus augmentent les risques d'infection et d'intolérance alimentaire. La fréquence de la consommation dépend fortement du type de produit. Ainsi, quelque 75 % des personnes ne mangent jamais d'huîtres crues, de moules crues ou de sushi. Les poissons fumés et les cre-

vettes sont consommés plus fréquemment, soit respectivement par 27 % et 39 % de la population. La viande hachée crue et les steaks tartare ne sont jamais consommés par près de la moitié de la population.

Nonante pour cent des personnes interrogées ne boivent jamais de lait cru. Un peu plus de la moitié (53,5 %) des répondants mangent des fromages à base de lait cru au moins une fois par mois alors que seulement 23 % des répondants ne mangent jamais de fromage à base de lait cru. Enfin, les connaissances, les attitudes et le comportement des consommateurs en matière d'hygiène alimentaire et de sécurité alimentaire à la maison ont également été étudiés.

Le pourcentage qui ne respecte pas la date de péremption est plus élevé chez les gens avec un niveau d'instruction plus élevé (47 %) que chez les personnes moins qualifiées (27 %). Les trois familles d'aliments qui sont le plus souvent consommées après la date de validité sont les yaourts, les fromages blancs, les produits secs et le fromage.

Dans la moitié des ménages environ, la viande, la volaille, le poisson et les crustacés sont décongelés dans des conditions de sécurité (dans le réfrigérateur ou au micro-ondes).

La plupart des personnes qui cuisinent (>60 %) laissent refroidir les plats chauds à température ambiante, alors qu'il importe de refroidir les aliments le plus rapidement possible et de les placer dans les deux heures dans le réfrigérateur ou le congélateur. La plupart des ménages (82 %) respectent la recommandation relative à la conservation des œufs (maximum 7 jours à température ambiante ou 21 jours au réfrigérateur).

Conclusion

Bien que dans cette première enquête de consommation, la méthodologie recommandée par le Groupe de travail européen (EFCOSUM) ait été suivie, il convient de constater la présence de certaines limites.

En tout premier lieu, aucune information n'a pu être rassemblée sur les habitudes alimentaires des jeunes de moins de 15 ans. Ensuite, les liens entre les données de rappels de consommation des dernières 24 heures et la table de composition alimentaire n'ont pas toujours été possibles en raison de l'absence de certaines données.

L'enquête confirme qu'une part importante de la population est confrontée à une surcharge pondérale ou même à de l'obésité. Le manque d'exercice physique peut être considéré comme un facteur important.

Il est frappant de constater le fossé énorme entre les recommandations relatives aux macronutriments et la consommation habituelle réelle. La part de la population atteignant la recommandation en matière d'apport énergétique des

macronutriments est inférieure à 15 % tant pour les lipides que pour les glucides.

Ce premier rapport général confirme des hypothèses classiques. Le principal défi pour l'avenir consiste à mieux comprendre les modèles de consommation des aliments et des nutriments en effectuant des analyses complémentaires des données. De cette façon, l'ECA deviendra un outil de travail efficace dans la gestion de la santé publique et de la sécurité alimentaire. Les points méthodologiques critiques de l'enquête doivent aussi être traités afin d'optimiser cet outil d'enquête de consommation alimentaire de façon à permettre sa répétition tel que prévu dans le Plan national nutrition santé.

D'après le résumé de l'enquête de consommation alimentaire (les titres sont de la rédaction).

Cette enquête a été commandée par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, et est le fruit d'une collaboration entre l'Institut scientifique de santé publique – Section Epidémiologie, l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire, le SPF Economie – Direction générale des statistiques et de l'information économique, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, l'Universiteit Gent – Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde et l'Université libre de Bruxelles – Ecole de santé publique

Référence : Enquête de consommation alimentaire belge 1 – 2004, Service d'Epidémiologie, 2006; Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique n° de dépôt : D/2006/2505/16, IPH/EPI REPORTS N° 2006 – 014. Equipe de recherche : Stephanie Devriese, Inge Huybrechts, Michel Moreau, Herman Van Oyen

Que fait la Communauté française ?

Elle n'est pas en reste par rapport à l'initiative fédérale du Plan national nutrition santé. En effet, la Communauté française lance ses jours-ci son propre plan de promotion des attitudes saines en matière d'alimentation et d'exercice physique pour les enfants et les adolescents, et ce en concertation avec les autorités fédérales (nous assure-t-on). Pas moins de trois ministres, Enseignement, Santé et Sport sont mobilisés pour donner un maximum d'efficacité à leur projet commun. Nous ne manquerons pas d'y revenir. Pour les plus curieux d'entre vous, n'hésitez pas à surfer dès maintenant sur www.mangerbouger.be.

Santé dentaire**Havré****15 juin 2006**

Dans le cadre de ses Midis Santé, l'Observatoire de la santé du Hainaut organise une conférence "La santé dentaire", par **Michel Devriese**, Vice-Président de la Société de Médecine Dentaire asbl – Fondation pour la Santé dentaire (voir le site <http://www.sourirepourtous.be>).

Lieu : Observatoire de la Santé du Hainaut, Espace Rencontres (2^e étage), rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré (de 12h00 à 14h00).

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

Personne âgée**Bertrix****16 juin 2006**

Le suicide des personnes âgées est de plus en plus courant mais se déroule sans bruit, sans déranger...

Vaut-il mieux se tuer pour ne pas mourir au regard de la société ? L'isolement est parfois tellement dramatique...

Les deuils à vivre sans limites et tristes... à en mourir.

Qu'est-ce que nous allons faire pour que le vieillissement soit cette dernière étape de vie vers l'acte ultime de la mort ? Est-ce que nous nous préoccupons de l'environnement social du vieillard ?

Est-ce que nous parlons du sens de la vie avec lui ?

Mourir âgé peut être une belle histoire d'amour !

Le colloque veut sensibiliser le public le plus large possible sur cette population trop souvent négligée.

Tant les points de vue philosophique, anthropologique, social, psychologique ou médical seront abordés.

Ce colloque ouvert à tous se déroule le vendredi 16 juin de 9h30 à 16h30 au CUP à Bertrix.

Le prix est de 10 € (y compris le repas) et 3 € (pour les étudiants et les plus de 60 ans).

Contact : tél.: 061 23 28 57, fax 061 23 28 59, courriel j.danhaive@province.luxembourg.be

Ecoles supérieures**Louvain-la-Neuve****16 juin 2006**

La promotion de la santé en milieu étudiant a ceci de spécifique qu'elle s'intéresse à de jeunes adultes responsables de leur santé. La dynamique à mettre en place nécessite cependant les mêmes leviers que pour tout projet de promotion de la santé à l'école : analyser les besoins, associer les partenaires de l'école, négocier un projet et le décliner dans un programme d'actions.

Une matinée d'échanges de pratiques est organisée au départ de la recherche-action 'Une dynamique de santé en milieu étudiant', menée dans trois écoles supérieures de la Communauté française par l'équipe PSE libre du Brabant wallon et l'asbl Univers Santé.

Elle aura lieu de 9 à 13 h, aux Auditorios Socrate, Place Cardinal Mercier, Louvain-la-Neuve

Renseignements : Univers Santé, Place Galilée 6, 1348 Louvain-la-Neuve. Tél.: 010 47 28 28.

Courriel : colloque@univers-sante.ucl.ac.be

Fédération des centres médico-sociaux libres du Brabant wallon, Montagne d'Aisemont 119, 1300 Wavre. Tél.: 010 22 45 51.

Homosexualité**Liège et Bruxelles****22 juin 2006**

La Fédération des centres pluralistes de planning familial s'associe à Magenta pour une formation intitulée 'Pour une nouvelle vision de l'homosexualité'. Elle se décompose en une journée de sensibilisation (le 22/6), suivie par trois journées spécifiques uniquement accessibles si on a suivi la première :

- la réalité des jeunes d'orientation homo ou bisexuelle ou des jeunes en questionnement, le 26/09 à Bruxelles;
- les adultes d'orientation homo ou bisexuelle, le 26/10 à Liège;
- les relations entre les sexes et les constructions de genre, le 24/11 à Bruxelles.

Participation libre à une, deux ou trois de ces journées. A Liège, cela se passe au Centre de planning familial Infor famille, En Féronstrée 129, et à Bruxelles au siège de la Fédération (voir ci-dessous).

Renseignement complémentaires : FCPPF, rue du Trône 127, 1050 Bruxelles. Tél et fax : 02 514 61 03.

Courriel : fcppf@liguedesfamilles.be.

Affirmation de soi**Liège****6 et 13 juillet ou 24 et 31 août 2006**

Le Planning familial le "37" organise deux journées de formation pratique ouvertes à tous "Et si on communiquait vrai ? Des outils pour une meilleure communication et une affirmation de soi plus adaptée".

PAF : 30 €.

Lieu : le "37", rue Saint Gilles 29, 1000 Bruxelles.

Renseignements et inscriptions : 04 223 77 89.

Promotion santé**Bruxelles et Liège**

Une formation de 4 jours de sensibilisation à la promotion de la santé, suivie de 6 ateliers mensuels (par demi-journées) d'échanges de pratiques. Elle s'adresse à tout acteur concerné par la promotion de la santé : équipes PSE, PMS, planning, éducateurs, acteurs sociaux, aides soignantes, soins à domicile, maisons médicales, acteurs de prévention, centres d'accueil...

A Bruxelles

Lieu : CLPS de Bruxelles, rue E. De Béco, 67, 1050 Bruxelles
Dates groupe 1 : 06/10, 20/10, 10/11, 24/11 – 22/12, 26/01/06, 23/02, 23/03, 27/04, 25/05

Dates groupe 2 : 19/01/06, 02/02, 16/02, 09/03 – 30/03, 20/04, 11/05, 07/06, 29/06, 07/09

Coût : 100 € par personne pour les 10 jours de formation.

A Liège

Lieu : Maison des sports de la Province de Liège, rue des Prémontrés 12, 4000 Liège

Dates : 19/01/06, 02/02, 16/02, 09/03 – 30/03, 20/04, 11/05, 07/06, 29/06, 07/09

Coût : 100 € par personne pour les 10 jours de formation.

Renseignements : asbl Repères, centre de formations en promotion de la santé, tél. et fax : 010 45 73 31 (fermé le lundi). Courriel : asbl.reperes@freebel.net.

Troubles du développement**appel à projets**

La Fondation Roi Baudouin lance un appel à projets destiné à soutenir des initiatives multidisciplinaires dans le domaine de la prévention ou de la prise en charge d'enfants ou d'adolescents en difficulté du fait de troubles dans leur développement (TDA/H, dyslexie, dysphasie, dyscalculie, autisme...).

Le jury sera attentif à ce que les projets constituent des partenariats entre des professionnels de la santé, de l'éducation et/ou des parents. Ces projets devront contribuer à améliorer l'information sur les troubles du développement, l'aide aux parents et le lien avec l'école.

L'aide financière accordée sera fonction de l'ampleur du projet, de son impact dans le public et des moyens dont dispose déjà le/la candidat(e). Elle s'échelonne de 500 à 15.000 €.

La sélection des dossiers aura lieu fin septembre 2006 et les résultats seront proclamés en octobre 2006.

L'ensemble des projets sélectionnés sera présenté sur le site de la Fondation Roi Baudouin www.kbs-frb.be.

Le dossier de candidature est téléchargeable sur le site www.kbs-frb.be. Il doit être complété et renvoyé avant le 10 juillet 2006, à la Fondation Roi Baudouin, de préférence par e-mail à l'adresse gnt@kbs-frb.be ou par courrier à l'adresse postale : Fondation Roi Baudouin, rue Brederode 21, 1000 Bruxelles.

Publication

Après la Mutualité chrétienne (voir le n° 210 d'Education Santé), c'est au tour de la Mutualité socialiste de mettre à jour son guide pratique 'Médicaments moins chers'. Il reprend plus de 2100 médicaments avec indication du coût par unité et par boîte, tant pour les assurés ordinaires que pour les bénéficiaires de l'intervention majorée. Disponible gratuitement dans tous les points de contact ou sur simple demande au 02 515 05 59. Une version interactive régulièrement actualisée avec moteur de recherche est consultable sur www.mutsoc.be.

Offre d'emploi

Le F.A.R.E.S. – Fonds des Affections Respiratoires – asbl engage :

1 infirmier(ère) spécialisé(e) en santé communautaire ou gradué(e) à temps plein. Contrat à durée indéterminée. Voiture indispensable. Activités à Bruxelles (essentiellement) et en Wallonie. Engagement 1^{er} août 2006.

1 infirmier(ère) spécialisé(e) en santé communautaire ou gradué(e) à temps plein. Contrat de remplacement d'environ 5 mois. Activités à Bruxelles. Engagement vers le 1^{er} août 2006.

Travail dans le domaine de la tuberculose et des affections respiratoires chroniques (dépistages, visites à domicile, consultations, collecte de données).

Les candidatures sont à envoyer pour le 7 juillet au plus tard, à Martine Spitaels, Responsable du Service des Affections Respiratoires, rue de la Concorde 56 à 1050 Bruxelles. Tél.: 02 512 29 36. Fax : 02 511 14 17.

Courriel : martine.spitaels@fares.be



**Dossier. Prévention du sida :
de multiples défis à relever**

Éditorial

Développer les solidarités, *Philippe Lamoureux*

Les nouveaux enjeux de la prévention

Le ciblage dans la prévention du sida : nouveaux enjeux, nouveaux défis, *Geneviève Paicheler*
Jeunes : l'éducation sexuelle, préalable à la prévention, *Nicole Athea, Antonio Ugidos*
Éduquer à la sexualité pendant les années collège, *Josette Morand*

**La communauté homosexuelle face au relâchement
de la prévention**

Prévention chez les homosexuels masculins : « tout reste à entreprendre », *France Lert*
Au Québec, un programme Internet de prévention du sida à destination des homosexuels, *Jean Dumas, Joanne Otis, Joseph Josy Lévy, Claude Cyr, René Lavoie*

Migrants : de l'accès aux droits à l'accès aux soins

La prévention du sida à l'épreuve des politiques de l'immigration, *Didier Fassin*
Le Comede, un centre de référence pour les exilés, *Arnaud Veisse*

Antilles et Guyane :

une prévention adaptée aux territoires les plus touchés

Martinique, Guadeloupe, Guyane : une stratégie pour les départements français les plus touchés, *Bruno Chautemps*
Saint-Martin se mobilise contre le sida, *François Bissuel*

Personnes prostituées :

les associations, premiers relais de la prévention

Un programme de réduction des risques pour les prostituées chinoises à Paris, *Entretien avec Marie Debrus et Nathalie Simonnot*
Cabiria et Grisélidis : solidarité avec les personnes prostituées, *Françoise Guillemat*

Milieu pénitentiaire :

le long chemin de la réduction des risques

Les prisons, lieu d'exercice difficile pour la prévention du sida, *Malvina Roussin*

Trois heures avec les détenues de Fleury, pour parler sida et sexualité, *Claude Giordanella*

Accompagner les personnes atteintes

Être séropositif et acteur de prévention, *Vincent Pelletier*
L'accompagnement des personnes atteintes ne peut être que global, *Thibaut Tenailleau et l'équipe du Point Solidarité*
Des coordinations régionales pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes, *Véronique Tirard-Fleury*
La prévention passe par la qualité de vie sexuelle et affective, *Thierry Troussier*
Pour en savoir plus, *Sandra Kerzanet, Anne Sizaret*

Rubriques

International

Tabac en Europe : les avertissements sanitaires au banc d'essai, *Karine Gallopel, Sylviane Ratte, Albert Hirsch*

Éducation du patient

EdDiaS' : un cédérom d'éducation du patient diabétique, *Isabelle Vincent*

La santé en chiffres

Le tabac, substance psychoactive la plus consommée par les jeunes, *François Beck, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka*

Lectures

Olivier Delmer, Sandra Kerzanet

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

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

Sommaire

Initiatives

Le Plan national nutrition et santé belge, par *Christian De Bock* 2

Du pain sur la planche, entretien avec *Cristine Deliens* 3

Où va notre alimentation ? par *Christian Rémésy* 6

Les consommateurs ont des perceptions très différentes de l'alimentation, par le *CRIOC* 8

La prévention chez les enfants précarisés, par *Carine Maillard* 9

Help, pour une vie sans tabac 11

Le Mali donne des leçons en matière de soins de santé primaires, par *Jean-Sébastien Marsan* 12

Lu pour vous

N'avalons pas n'importe quoi! 14

Prévention des chutes des personnes âgées 14

Données

L'enquête de consommation alimentaire en Belgique : enfin! 15

Brèves

19

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique, 50 € pour 22 numéros pour l'étranger. Paiement par virement bancaire sans frais. RIB : GKCCBEBB. IBAN : BE 60 7995 5245 0970. Si paiement par chèque, ajouter 20 € pour les frais bancaires.

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

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

Secrétaire de rédaction adjoint : Catherine Spièce (02-515 05 85, catherine.spiece@mutsoc.be).

Journalistes : Véronique Janzyk, Carine Maillard.

Rédaction : Maryse Van Audenhaege, Carole Feulien.

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

Site internet : Maryse Van Audenhaege.

Contact abonnés : Carole Feulien

(02 246 48 52, carole.feulien@mc.be)

Comité stratégique : Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Charlotte Lonfils, Roger Lonfils, Carine Maillard, Paul Sonkes, Catherine Spièce, Bernadette

Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorne, Christian Van Rompaey.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Véronique Janzyk, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.

Editeur responsable : Edouard Descampe, chassée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Tirage : 3.100 exemplaires.

Diffusion : 2.900 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Education Santé* n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction. La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans *Education Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires : Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 48 52. Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire). Internet : www.educationsante.be

Courriel : education.sante@mc.be

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

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

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