



Tabagisme et inégalités socio-économiques 8 à 14

Les aidants proches cherchent de l'aide

Résultats d'une enquête et perspectives

Avec le vieillissement de la population et le coût important du placement en institution, le rôle des aidants de proximité devient crucial. Une journée d'étude organisée par l'UCP mouvement social des aînés, a présenté les résultats¹ d'une enquête identifiant les besoins des aidants proches ainsi que les réponses à apporter. Plusieurs associations se sont regroupées au sein d'une plate-forme² afin de mieux cerner leur réalité et de proposer une aide adéquate qui ne concerne pas que les personnes âgées, mais aussi les personnes touchées par la maladie, l'accident ou le handicap.

Qui sont les aidants proches ?

Ce sont celles et ceux qui apportent leur aide au moins une fois par semaine, en dehors de leur profession, à une ou des personne(s) à l'autonomie limitée de leur famille ou de leur entourage, à domicile ou en maison de repos. Agés en moyenne de 58 ans, ils représentent la « génération sandwich », devant se partager entre les parents, les enfants et petits-enfants. Près de 65 % sont des femmes. 36,5 % exercent encore aujourd'hui leur profession contre 55 % au début de l'aide. 44 % d'entre eux sont à l'heure actuelle pré-pensionnés ou pensionnés contre 25 % au début de l'aide.

Comment ça démarre ?

L'aide se met en route suite au décès du (de la) conjoint(e), à une maladie, à un handicap ou encore à l'hospitalisation d'une personne. Mais cette personne n'est évidemment pas sentimentalement étrangère à l'aidant. 65 % des aidants apportent leur aide dans le cercle familial. Qu'il soit familial ou non, le lien qui unit l'aidant et la personne en perte d'autonomie est, dans tous

les cas, très fort. Certains aidants parlent même de l'aide comme d'un acte d'amour envers la personne en perte d'autonomie. En effet, comment serait-il possible de surmonter toutes les difficultés inhérentes à l'aide pour une personne qui n'est pas chère à l'aidant ?

D'une manière générale, l'aide évolue au fil du temps et au rythme de la maladie ou du handicap de la personne aidée. D'une visite occasionnelle, les aidants passent vite à des visites régulières pour apporter les repas, les courses, les médicaments, etc. Évoluant d'une aide morale et légère à une aide physique plus lourde, les aidants n'ont souvent pas su « prendre la mesure » de ce qui les attendait et peuvent se sentir piégés.

L'aide volontaire cohabite avec l'aide professionnelle : médecin généraliste, infirmière, kinésithérapeute, logopède, aide familiale, garde à domicile, aide ménagère, service de repas à domicile, etc. sont une présence et un soutien fondamental à domicile. Alors qu'initialement, cette aide professionnelle est destinée à la personne en perte d'autonomie, elle joue également un rôle primordial pour l'aidant. En dispensant des informations, en assurant une présence, en prodiguant des soins... les aidants professionnels soulagent le travail de l'aidant bénévole. Ils peuvent être par ailleurs un soutien moral à l'aidant proche mais aussi un moyen de le rassurer quant au bien-être et au confort de la personne aidée.

Les répercussions de l'aide

Sur le plan professionnel d'abord, 13 % des aidants sondés réduisent leur temps de travail, d'autres, au contraire, souhaitent travailler davantage afin de faire appel à des services professionnels et ainsi de garantir une qualité de vie à la personne aidée.

L'aide peut également avoir un impact sur le revenu, cet impact étant très variable selon les cas : cela va du coût des déplacements pour rejoindre la personne aidée au paiement des services ou soins professionnels à domicile. 32 % des aidants sondés par questionnaire n'ont qu'un revenu net mensuel se situant entre 750 et 1500 € pour l'ensemble de leur ménage. Si le lien est matrimonial, cet impact est considérable. Pour ces aidants, il y a souvent une réduction du « train de vie » du couple mais aussi des activités qui s'organisent en fonction de la maladie ou du handicap. Le coût de la maladie (en terme de visites médicales, de médicaments, etc.) pèse alors fortement sur les revenus du couple.

S'ajoutent aussi des difficultés physiques et psychologiques. Pour 60 % des aidants sondés, l'aide peut sembler difficile physiquement. Cette fatigue physique s'accompagne d'une fatigue morale et renforce cette dernière. L'aide apportée laisse 31 % des aidants fatigués ou très fatigués. Outre la difficulté physique, la plupart des aidants reconnaissent négliger leur vie sociale, culturelle et familiale. Ainsi, ne pas s'oublier peut relever du défi pour l'aidant.

Par ailleurs, 46 % des aidants sondés admettent que l'aide est parfois difficile à vivre sur le plan psychologique. Au total, ils sont 68 % à rencontrer des difficultés de ce point de vue. Les témoignages récoltés en entretien collectif mettent en avant la détresse psychologique que vivent bon nombre d'aidants.

Signal important : les aidants estiment ne pas avoir la possibilité de refuser de venir en aide. Ils ne le disent pas explicitement, l'analyse met pourtant en évidence le fait que ceux-ci se sentent redevables vis-à-vis de la personne à aider. L'aide est alors le « juste retour des choses ». Ce qui peut donc *a priori* passer pour un choix délibéré est en réalité une « décision contrainte et contraignante ». L'aide est vécue comme une obligation morale. Les aidants ne se situent donc pas dans une logique du choix où la raison guide la pensée mais dans une « logique » de l'affect.

Si, en apportant cette aide, les aidants répondent au sentiment du devoir accompli, ils éprouvent en retour de l'anxiété, de la révolte ou encore de la déprime. L'aide ne peut laisser place qu'à un seul et unique sentiment. Les sentiments de révolte, de bonheur, de tristesse et d'anxiété n'apparaissent finalement pas comme des antonymes mais représentent la réalité psychologique des aidants. L'aide comme acte d'amour, comme source d'anxiété, comme obligation morale, etc. sont autant de représentations qui reflètent la réalité complexe que vivent les aidants.

Les besoins prioritaires des aidants

45 % d'aidants réclament un soutien. Les trois besoins prioritaires cités sont respectivement « quelqu'un pour me remplacer » (51 %), « des informations sur des services d'associations de bénévoles » (42,5 %) et enfin « des informations sur des services professionnels disponibles » (38 %). Ensuite, près de 20 % citent comme besoin « un lieu pour échanger, rencontrer des personnes qui vivent une situation similaire ». Ajoutons que les femmes sollicitent

1 Une enquête quantitative a été menée sur base de questionnaires afin d'établir objectivement le profil général des aidants proches. Dans un second temps, des entretiens collectifs ont été organisés sous forme de groupes focalisés. La dernière étape consistait à conjuguer ces deux approches en vue d'obtenir une analyse rigoureuse et complète d'une réalité complexe, tantôt crue, tantôt empreinte de tendresse. Les résultats de l'enquête ont été présentés le 18 septembre 2007 lors d'une journée d'étude organisée par l'UCP et sont disponibles sur www.ucp.mc.be

2 La Croix-Rouge Institution d'utilité publique, la Fédération de l'aide et des soins à domicile asbl, la Mutualité chrétienne, Permanence Soins à Domicile asbl, les Pensionnés Pré-pensionnés Chômeurs Agés/CSC, l'UCP mouvement social des aînés asbl.

davantage que les hommes un soutien (49 % des femmes contre 39 % des hommes).

En réponse à leur fatigue physique et morale, à leur solitude... **le besoin d'être remplacé** (afin de retrouver du temps pour soi, de souffler, de partir une semaine, de s'occuper des petits-enfants...) est souvent répété en entretien. Si cette demande est récurrente chez les aidants, certains se sentent coincés par la personne aidée qui souhaite la présence et l'aide uniquement de son aidant proche et pas d'un autre.

Les aidants expriment leur besoin d'être correctement informés sur les services professionnels disponibles. Ils expriment l'idée d'une information centralisée car ils dépensent beaucoup d'énergie et de temps à trouver le bon interlocuteur et la bonne information. Outre le besoin d'**informations claires et centralisées** sur les services professionnels, ils mentionnent un manque de personnel dans ce secteur, un manque de formation et enfin, un accès encore trop onéreux à ces services pour certains aidants et aidés. Ainsi, les aidants réclament plus de personnel disponible, une bonne formation de celui-ci et enfin une diminution du coût de ces aides professionnelles.

Une autre manière d'aider les aidants dans leur tâche est de les **soutenir moralement** et donc de diminuer leur charge émotionnelle. Pour certains, un groupe de parole permettant de partager, d'évacuer le stress, de déculpabiliser apparaît comme la réponse à leurs difficultés psychologiques. D'autres privilégieraient davantage l'écoute individuelle et professionnelle d'un psychologue ou psychiatre au groupe de parole. Répondre à cette charge morale serait aussi de **reconnaître le rôle et les compétences** des aidants. En effet, le manque de reconnaissance de leur travail par l'extérieur, tant par la famille que par le corps médical, est mal vécu par les aidants.

Quelles perspectives d'aide aux aidants ?

La réalité des aidants recouvre une multitude de situations faite d'une grande hétérogénéité. Les appels à l'aide viennent de toutes parts : enfants malades, personnes dépendantes, accidentées, malades ou handicapées ou encore aux prises avec diverses assuétudes. Le vécu de l'aidant est également habité d'une grande ambivalence de sentiments. Dans tous les cas, on note une forte intensité du lien dans la relation, même si au départ la conscience de l'engagement est faible. La difficulté survient quand l'aidant se retrouve comme seul interlocuteur face aux exigences de la personne aidée. D'où l'importance pour les aidants de pouvoir exprimer leurs attentes et leurs besoins, d'échanger leurs expériences, mais aussi de pouvoir trouver le répit au bon moment et donc la personne disposée à les remplacer, ou l'accueil tempo-



Photo © Fotolia

raire de la personne aidée au sein d'un centre d'accueil de jour et de court séjour. L'accessibilité financière des aides professionnelles pose un gros problème à des ménages à faibles revenus n'ayant souvent d'autre solution que de faire appel à l'économie souterraine...

La Mutualité chrétienne, partenaire de la plateforme « Aidants proches », est d'avis que les réponses à apporter doivent avant tout viser le renforcement des services existants ainsi que des mesures de financement comparables à celles existant en Flandre dans le cadre du Budget d'aide personnalisée et de l'Assurance autonomie. Dans une optique de temps partagé, les politiques fédérales relatives à l'aménagement de la fin de carrière ainsi que celles visant à l'octroi du congé parental, du congé pour maladies graves ou aide d'un proche en fin de vie doivent être élargies.

Pour **Paul Magnette**, à l'époque Ministre wallon de la Santé, de l'action sociale et l'égalité des chances, les résultats de l'enquête décèlent une mutation de l'action sociale nécessitant d'infléchir le dispositif de soutien aux familles et aux personnes âgées. Un pas important sera franchi avec le nouveau décret organisant l'aide aux familles et visant à améliorer et à faciliter l'aide apportée par la personne en tant qu'aidant proche.

Il y est en effet prévu que l'aide à la vie quotidienne s'étende aux aidants proches du requérant. L'agrément des services professionnels de qualité sera renforcé en vue de faciliter leur accessibilité. D'une manière générale, il paraît indispensable au ministre d'accentuer, par des formations adaptées, la professionnalisation du secteur de l'aide aux familles. Cela devrait notamment permettre de rencontrer le besoin des aidants proches de groupes de paroles où échanger des expériences communes. Cela devrait également permettre une attention renforcée dans la détection de la maltraitance des personnes âgées compte tenu de la dominante familiale de cette sourde violence. Des formations spécifiques pourront y être consacrées dans le cadre d'un décret de lutte contre cette maltraitance qui sera déposé prochainement sur la table du Gouvernement.

Charlotte Royen, UCP mouvement social des aînés et **Bernard Van Tichelen**, Mutualité chrétienne

Si vous désirez en savoir plus, sachez que la revue 'Balises', journal des cadres de l'UCP mouvement social des aînés, a publié un numéro spécial de 44 pages consacré à cette problématique.

Contact : elisabeth.hubert@mc.be.

Infor Santé ou comment faire de la promotion de la santé de 1001 façons

Infor Santé est le service de promotion de la santé de la Mutualité chrétienne. Il possède une équipe 'centrale' au siège de l'Alliance nationale à Bruxelles¹, et des implantations sur tout le territoire de la Communauté française Wallonie-Bruxelles.

Il réalise des programmes de prévention et de sensibilisation autour de l'alimentation, des médicaments, de l'hôpital, de la sécurité routière (casque vélo)... pour un public d'adultes, d'enfants ou de professionnels. Dans ce cadre, des outils pédagogiques sont à la disposition de quiconque souhaite réaliser un projet santé dans une école, une association...

Il met aussi à disposition du grand public et des professionnels des dépliants et des brochures. Tous les sujets sont abordés : petit-déjeuner, médicaments moins chers, tabac, sommeil, cholestérol...

Enfin, Infor Santé propose des animations locales sur différents thèmes de santé dans toute la Communauté française à travers le réseau mutualiste chrétien. Celui-ci constitue un atout non négligeable quand on veut travailler au plus près des besoins du public.

Il y a huit entités régionales francophones à la Mutualité chrétienne². Ces huit mutualités ont chacune des réalités de terrain différentes et ont donc diverses façons d'exploiter tous ces contenus. *Education Santé* vous invite à un petit tour en Wallonie...

A Comblain-la-Tour, 'Gargouilli te souhaite bon appétit!'

De nos jours, beaucoup d'enfants se nourrissent « mal ». On sait qu'une alimentation déséquilibrée peut avoir des conséquences graves sur la santé, tant au niveau physique que psychique : diabète, maladies cardio-vasculaires, mal-être, piètre estime de soi... Au vu des chiffres alarmants diffusés dans les médias et de ses observations sur le terrain, la Mutualité chrétienne du Hainaut oriental a conçu un jeu coopératif sur l'alimentation, destiné aux enfants de 5 à 8 ans, « Gargouilli te souhaite bon appétit! »³. L'initiateur leur paraissant intéressante, toutes les fédé-



Photo © Dominique Comrte

rations francophones de la Mutualité chrétienne ont décidé d'embrancher et de diffuser le jeu dans leurs écoles.

Ainsi, **Françoise Delens**, responsable Infor Santé pour la région de Liège, et diététicienne de formation, visite depuis plusieurs mois les écoles de la province afin d'y présenter le jeu aux professeurs de la 1^e à la 3^e primaire.

30 mars 2007 - Après plus d'une demi-heure de route, il est environ 12h30 quand nous arrivons à la petite école de Comblain-la-Tour où nous retrouvons les instituteurs attablés dans la salle des profs du premier étage.

C'est le temps de midi, les enfants jouent. Pendant que les cris fusent dans la cour, la présentation commence avec l'histoire de Gargouilli, un petit bonhomme vivant dans le ventre d'un ogre affamé. Cet ogre, bien entendu, mange n'importe comment!

Françoise explique aux instituteurs que ce conte doit leur permettre d'introduire le jeu à leurs classes. Ensuite, elle leur montre comment l'utiliser : un plateau, deux puzzles, un disque des équivalences...

Les profs se prennent au jeu : ils veulent savoir combien de morceaux de sucre contient une pomme, si le jus d'orange pressé est moins calorique que le jus en boîte...

Après une heure passée à leurs côtés, ils nous paraissent convaincus, ils imaginent déjà comment ils vont pouvoir exploiter avec les enfants le livre de recettes mis à leur disposition. La séance d'info semble avoir atteint son objectif,

la chargée de projets peut continuer sa route vers d'autres écoles!

Infor Santé Liège, Place du XX Août 38, 4000 Liège. Tél.: 04 230 16 14.

Courriel : infor.sante.liege@mc.be

Les ateliers du dos de Charleroi

80 % de la population belge connaît un jour un problème de dos. Le grand responsable de ces maux est notre mode de vie! C'est pour cette raison que depuis 7 ans, la Mutualité chrétienne du Hainaut oriental organise des ateliers de prévention des maux de dos.

Concrètement, elle propose 5 séances de 2h30 et une séance d'évaluation durant lesquelles le public apprend à connaître son dos. Les thèmes abordés sont l'anatomie, les différentes douleurs et les traitements, et les principes de base de la manutention (voir encadré).

Ces ateliers sont animés par une équipe multidisciplinaire : kinés, médecin, psychologue, diététicienne. Des ateliers adaptés aux femmes enceintes et aux jeunes mamans sont également proposés. 19 avril 2007 - Il est 18h lorsque j'arrive dans les locaux de l'Institut Notre-Dame de Charleroi. Dans le réfectoire réaménagé pour l'occasion, la responsable Infor Santé de la Mutualité chrétienne du Hainaut oriental, **Dominique Serbruyns** et ses deux collègues **Julie Hayette** et **Anne-Catherine Loriaux**⁴ s'affairent : déballeage

⁴ La MC du Hainaut oriental est la seule du côté francophone à pouvoir compter sur une équipe aussi nombreuse...

¹ C'est cette équipe qui réalise également le mensuel *Education Santé* que vous êtes en train de lire.

² Bruxelles, Brabant wallon, Namur, Luxembourg, deux mutualités pour le Hainaut (Hainaut oriental et Hainaut-Picardie), et deux mutualités pour la province de Liège (Liège et Verviers, qui a aussi des affiliés germanophones).

³ Voir *Apprendre à manger en s'amusant*, Education Santé n°218, décembre 2006.

des ballons en mousse, déménagement des tables et des chaises, préparation des sandwiches pour la pause...

Peu de temps après, le public arrive, principalement des personnes âgées, mais aussi quelques jeunes. Lorsque tout le monde est installé, l'exposé commence par une présentation de l'équipe de professionnels qui l'accompagnera tout au long des ateliers.

L'un des kinés inaugurera la première séance : pendant presque 2 heures, il expliquera à son public ce qu'est le dos, comment il fonctionne pour nous permettre de nous baisser, de nous étirer... Puis il lui expliquera concrètement comment se baisser sans se faire mal, comment éviter de faire peser une charge trop lourde sur le dos... Une série de trucs et astuces bien utiles et directement applicables.

La séance se terminera par de bons sandwiches et une tasse de café qui donneront l'occasion aux participants d'échanger les premières impressions. Cinq autres séances du même type sont prévues dans les prochains mois.

Une bonne formule pour évoquer cette thématique : conviviale et proche des préoccupations quotidiennes!

Infor Santé Hainaut oriental, rue du Douaire 40, 6150 Anderlues. Tél.: 071 54 83 18.

Courriel : infor.sante.ho@mc.be

A Libramont, 'L'incontinence, en parler, mieux la gérer!'

L'incontinence est un problème beaucoup plus fréquent qu'on ne l'imagine. De nombreuses personnes, hommes et femmes, jeunes et moins jeunes, en sont les victimes. Pour elles, les conséquences sociales, psychologiques et financières peuvent être lourdes. Et le pas le plus difficile à franchir aujourd'hui reste... d'en parler. Pourtant, des solutions existent!

C'est sur cette réflexion que la Mutualité chrétienne de la Province de Luxembourg a choisi d'organiser une après-midi et une soirée d'information pour aborder ce sujet encore tabou. 26 avril 2007 - C'est au Centre culturel de Libramont, à quelques minutes seulement de la gare, que je retrouve Sylvie Reuter, responsable Infor Santé pour toute la province du Luxembourg, et organisatrice principale de la journée.

Dans le hall, tous les acteurs de la Mutualité chrétienne et ses partenaires sont présents : Infor Santé, le service social, le service diététique, les magasins Solival, Alteo⁵, la firme de protections Tena... Chacun est là pour informer dans son domaine d'action, les quelque 120 personnes présentes. Ainsi, Solival donne de précieux conseils concernant les chaises percées ou les protège-matelas, le service diété-

Les ateliers du dos en détail

Séance 1

- Rencontre avec les participants, présentation des intervenants
- Anatomie du dos
- Biomécanique : quelques notions théoriques sur la façon dont le corps et le dos fonctionnent « mécaniquement »
- Aspects médicaux

Séance 2

- Exercices posturaux
- Déséquilibre musculaire

Séance 3

- Exercices en lien avec les déséquilibres

Séance 4

- L'alimentation équilibrée : notions
- Le facteur stress dans les problèmes de dos : définitions et pistes de gestion du stress
- Présentation des techniques utiles dans la gestion du stress : sophrologie, massage, relaxation...

Séance 5

- Manutention : exercices avec des objets de la vie courante
- Mise en situation

Séance 6

- Evaluation des 5 soirées
- Demandes du public et suivi

tique fournit des conseils alimentaires adaptés aux personnes incontinentes.

L'incontinence étant parfois souvent synonyme de repli sur soi, l'UCP⁶ a également un rôle social important à jouer. Pour l'occasion, chacun a donc préparé son outil d'information en lien avec la thématique. Les différents stands seront accessibles toute l'après-midi.

A 14h, dans la grande salle, a lieu une conférence dirigée par le Prof. Opsomer, urologue aux Cliniques Saint-Luc à Bruxelles, M^{me} Bottin, Chef du service d'urologie au CHU de Liège et M^{me} Buttiens, infirmière à la Clinique St-Joseph de Liège.

Ces professionnels du secteur expliquent au public le mécanisme de l'incontinence et les traitements possibles. Silence absolu! La salle est comble mais très studieuse, le public écoute et observe attentivement les différents schémas présentés dans le diaporama.

Plus tard, 3 ateliers de démonstration sont proposés. L'un aborde les protections urinaires, l'autre la manutention de la personne incontinente « grabataire » et le dernier, les gestes préventifs au quotidien.

Le public a l'occasion de participer à chacun d'entre eux. Les gens semblent satisfaits et s'empressent, à la fin de la séance, d'aller poser quelques questions en toute discrétion aux intervenants. Les langues se délient, chacun

⁶ Mouvement social des aînés.



Carole Feulien, notre reporter (à gauche) aux côtés de Sylvie Reuter, la responsable promotion santé de la MC Luxembourg (à droite)

⁵ Mouvement social des personnes malades, valides et handicapées.

peut trouver une réponse à ses propres questions, l'objectif est parfaitement atteint!

La soirée est réservée aux professionnels : médecins, infirmières, gynécologues... Une centaine d'entre eux sont présents. Un badge, un dossier de presse et de la documentation les attend à l'entrée.

Au programme, une conférence est donnée par une équipe spécialisée des Cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles. Elle aborde l'actualité des traitements ainsi que le suivi d'un cas clinique. Enfin, la journée se clôture par un repas offert à tous au rez-de-chaussée du complexe. Il est l'occasion pour les professionnels d'échanger, et de rencontrer les organisateurs. Il faut souligner l'excellente organisation de cette journée : un coin eau a été installé, les toilettes sont facilement accessibles (!), les ateliers sont bien fléchés, des montages de fleurs ornent la salle... Bonne ambiance, beau cadre et thème

intéressant... Cet événement très réussi témoigne d'une excellente coordination entre les différents partenaires de la Mutualité chrétienne et d'une organisation sans faille, très professionnelle, à la hauteur de ses invités.

Infor Santé Province de Luxembourg, rue Netzer 23, 6700 Arlon. Tél.: 063 21 18 80. Courriel : infor.sante.lux@mc.be

A côté de ces initiatives fort intéressantes, d'autres régions mettent leur énergie dans l'organisation d'ateliers « cuisine sans gluten »⁷ (Hainaut-Picardie) ou encore de « rencontres allaitement »⁸ (Bruxelles Saint-Michel). La mutualité du Brabant wallon de son côté a mis récemment sur pied l'« Alicademy », un grand

7 Voir Brèves, Education n°226, septembre 2007.

8 Voir Nos premières fois ou comment naître parents par C. Feulien, Education Santé n°216, octobre 2006.

concours inter-écoles de cuisine°...

Vous l'aurez compris, Infor Santé ne manque pas de ressources et d'imagination pour aborder de 1001 façons la promotion de la santé! Education Santé ne manquera pas de vous tenir informés de ses initiatives futures.

Carole Feulien

Pour découvrir toutes les publications du service Infor Santé ou connaître toutes ses adresses en Wallonie et à Bruxelles, demandez son catalogue en appelant le 0800 10 9 8 7 (numéro gratuit), ou en écrivant à infor.sante@mc.be, ou à Mutualité chrétienne - Infor Santé, Chée de Haecht 579/40 à 1031 Bruxelles.

9 Voir 'Alicademy - Face à nos 200 petits chefs coqs, les restaurants du Brabant wallon n'ont qu'à bien se tenir...', par P. Squifflet, Education Santé n° 227, octobre 2007.

Illusoire tolérance zéro ?

Lutte antidopage : un point de vue qui décoiffe

Le Professeur Alexandre Mauron, biologiste et éthicien suisse, pense qu'il est illusoire de vouloir supprimer totalement le dopage. Selon lui, la solution ne réside pas dans une répression tous azimuts, mais dans un contrôle ciblé sur les pratiques dont la dangerosité est la plus certaine.

Invité par le Comité consultatif belge de bioéthique lors de la conférence « Tous dopés ? Ethique de la médecine d'amélioration », Alexandre Mauron, professeur à l'Université de Genève, a tenu un discours qui en aura étonné plus d'un. Le bioéthicien suisse se démarque clairement des fédérations et des grandes organisations sportives comme le Comité international olympique qui préconisent la « tolérance zéro » à l'égard du dopage. Certes, il ne va pas jusqu'à prôner une libéralisation complète mais, dans l'interview qu'il a accordée au mensuel Equilibre, il propose une stratégie de « réduction des risques », analogue à la politique adoptée par son pays à l'égard des drogues illicites. Equilibre : De nos jours, en matière de lutte antidopage, on se dirige vers une radicalisation croissante. Mais vous fustigez cette lutte que vous considérez comme totale hypocrisie ?

Alexandre Mauron : Je considère en effet que la lutte antidopage repose sur des bases éthiques fragiles et qu'elle empiète de plus en plus sur les libertés individuelles. Dans quelle autre situation peut-on contraindre une personne non

détenue à rendre compte à chaque instant de ses allées et venues, voire à uriner sous le regard d'autrui pour que le contrôle puisse s'assurer d'un échantillon authentique ? Au nom de la croisade symbolique que représente cette lutte antidopage, tous les coups semblent permis au sein de l'establishment sportif : surveillance invasive, mépris de la présomption d'innocence, tribunaux d'exception, procédure bâclées, etc. C'est le contrôle total de l'athlète qui est en quelque sorte visé. Un fantasme...

E. : L'objectif d'un sport « clean » comme l'évoque le discours public est-il donc irréaliste ?

A.M. : Ouvrez la page sportive de votre quotidien favori et vous verrez la réponse... De plus, c'est la définition même de « clean » qui pose problème, car la frontière entre les usages de la médecine à visée thérapeutique et à des fins d'amélioration des performances (finalité ergogénique) devient de plus en plus floue.

E. : Est-il vraiment illusoire de définir une « normalité » de l'athlète de haut niveau qui permettrait d'établir une sorte de frontière entre des pratiques qui seraient acceptables et d'autres qui ne le seraient pas ?

A.M. : L'athlète de compétition a un rapport à son propre corps qui est hors normes par définition ; il accepte des sollicitations physiologiques et des stress qui seraient clairement hors de la norme de santé applicable à vous et moi. Ceci dit, l'athlète de haut niveau n'est pas un « trans-humain ».

Il peut tomber malade, il peut subir des dommages graves à sa santé, que ce soit du fait d'un entraînement excessif ou mal conçu, de pratiques dopantes nocives, ou de la pratique excessive du sport lui-même.

La mission du médecin du sport est de protéger l'athlète contre ces atteintes à la santé. En ce sens, il a sa propre responsabilité éthique et ne doit pas être réduit au statut de simple exécutant des désirs ou des fantasmes de l'athlète et de son entraîneur.

E. : Qu'il s'agisse de sports ou d'autres types d'activités, certaines pratiques (usage de médicaments, psychotropes, produits dopants, drogues, etc.) ne mettent-elles pas en péril la santé humaine ? Notre société peut-elle tolérer que de tels risques soient encourus ?

A.M. : Notre société accepte très largement que les individus mettent en danger leur santé, dès lors que la valeur prépondérante est la productivité économique. Du point de vue épidémiologique, le simple fait d'être dans un emploi subalterne, stressant et peu rémunéré induit des dommages à la santé qui se traduisent par des années de vie perdues comparables à celles que perd un gros fumeur ou un obèse avec de multiples facteurs de risque cardiovasculaire. Ironiquement, le spectacle sportif ne réclame probablement pas autant de victimes que l'Horreur économique. Certes, on a le droit de remettre en question cet état de choses, mais la solution ne réside pas dans la lutte antidopage tous azi-

mut, mais dans un contrôle ciblé sur les pratiques dont la dangerosité est la plus certaine.

E.: Le dopage est également considéré comme contraire à l'éthique du sport, à l'« esprit sportif » et à ce titre condamnable. Est-ce aussi votre avis ?

A.M.: La notion d'esprit du sport est un cache-misère qui démontre, en dernière analyse, la vacuité du « théâtre moral » que nous joue l'establishment sportif. L'esprit du sport semble exprimer l'idée que dans le sport (sous-entendu, ailleurs ce n'est pas le cas), la victoire est vraiment méritée, ce qui exclut des aides « artificielles » à la performance.

Or la notion de mérite sportif inclut d'ores et déjà toutes sortes de composantes imméritées, depuis les prédispositions génétiques favorables jusqu'aux techniques diététiques sophistiquées de préparation à l'effort. Seule la pharmacologie à usage explicitement amélioratif est condamnée. En définitive, l'esprit du sport est essentiellement défini par une certaine conception du dopage et de la lutte antidopage, si bien qu'affirmer que le dopage est contre l'esprit du sport est un raisonnement circulaire.

E.: Y a-t-il donc lieu d'accorder une place aux substances ou techniques visant à améliorer nos aptitudes physiques ou mentales ?

A.M.: Oui, à mon sens, l'augmentation des performances par des méthodes scientifiques, qu'elles relèvent de la pharmacologie ou non, est légitime. Mais contrairement aux libertaires qui pensent que tout devrait être permis, j'estime que la dangerosité avérée d'une technique d'amélioration (pharmacologique ou non) est un motif d'interdiction. Je ne suis donc pas favorable à l'abolition pure et simple de la lutte antidopage.

E.: La « tolérance zéro » en matière de dopage fait songer à la politique du « tout répressif » pour lutter contre l'usage des drogues illicites. Que vous inspire cette politique ?

A.M.: Le « tout répressif » en matière de drogues illicites est porté par des intuitions morales très similaires : rêve d'une jeunesse « clean », gesticulation héroïque envers la criminalité liée aux drogues (elle-même en partie engendrée par ce « tout répressif »), politiques interventionnistes des Etats-Unis en Amérique latine et en Asie centrale.

A l'opposé, la politique de « réduction des risques » accepte de voir la multiplicité des valeurs en jeu. C'est ainsi qu'au nom de la survie et de l'intégration sociale de certains toxicodépendants chroniques, la Suisse et quelques autres pays acceptent la prescription d'héroïne sous contrôle médical.

E.: Actuellement, les milieux dirigeants du sport redoutent de plus en plus l'arrivée d'un « dopage génétique » ? Leurs craintes vous paraissent-elles fondées ?

A.M.: Le dopage génétique est le détournement aux fins de dopage de la thérapie génique. Or aucun protocole de thérapie génique n'a à ce jour dépassé le stade des essais cliniques. A fortiori, on n'est pas près de voir aboutir des tentatives scientifiquement valides d'une technologie qui est encore complètement expérimentale dans ses applications purement thérapeutiques. Les laboratoires antidopage qui suscitent la grande peur du dopage génétique y ont un intérêt évident.

E.: Si ce n'est le « tout répressif », quelle attitude préconisez-vous ? Quelles seraient vos propositions ?

A.M.: Il conviendrait d'abord d'accepter le principe de pratiques d'amélioration dans le sport. Ensuite, je propose de réduire les ambitions du contrôle antidopage et de le redéployer sur les seules pratiques hautement dangereuses. Enfin, il s'agirait de mettre en place une éducation à l'usage prudent de pratiques ergogéniques non seulement dans le sport de compétition mais aussi dans le sport amateur et populaire.

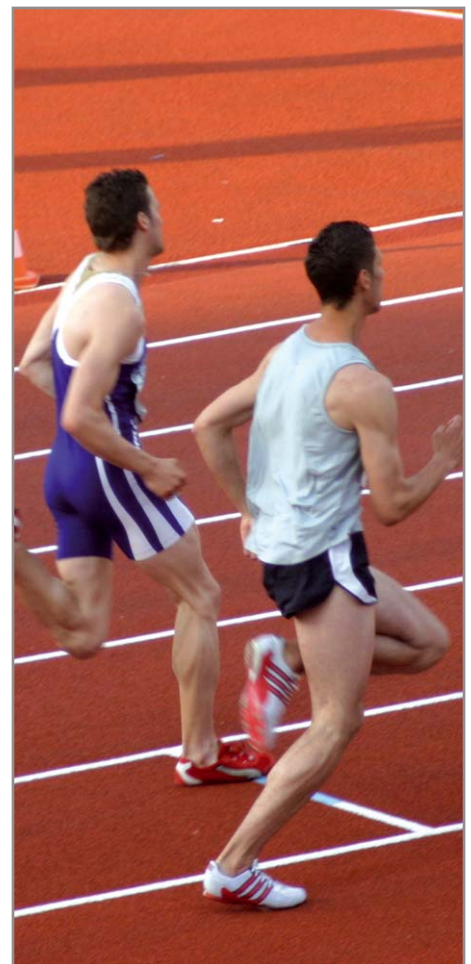


Photo © Fotolia

Propos recueillis par **Luc Ruidant**
Article paru dans le mensuel *Equilibre* d'août 2007 et reproduit avec son aimable autorisation. Pour vous abonner à *Equilibre*, tél. 0800 12683 (numéro gratuit) ou www.abonnements.be. Le prix est de 84 euros par an pour un magazine mensuel de 48 pages dénué de toute publicité. Cela les vaut largement!

Pub et enfance, le loup et l'agneau ? Pas si sûr...

En tout cas pas si sûr... selon le Département marketing, stratégie et diagnostic des performances des FUCAM (Facultés universitaires catholiques de Mons), récemment invité d'un Midi Santé de l'Observatoire de la Santé du Hainaut. L'occasion pour ses représentantes de développer un de leurs axes de travail, à savoir le marketing social. Le Département mène en effet un projet de recherche évaluant des messages de promotion de l'alimentation équilibrée.

Le Département marketing, stratégie et diagnostic des performances fut, un peu, sous les feux de l'actualité voici quelques mois. Certains lui attribuaient la mise en cause de la règle des 5 minutes (interdiction de la publicité 5 minutes avant et après les émissions pour enfants). Il n'en était rien. Le Département plaide pour une politique globale de protection des enfants face à la publicité. La règle des 5 minutes en est un élément constitutif. Elle participe du contrôle du placement de la publicité (complémentaire du contrôle du contenu de la publicité destinée aux enfants). « L'éducation aux médias et à la lecture

des publicités est, elle aussi, fondamentale », explique **Claude Pecheux**, responsable du Département. « Elle permet aux enfants de se familiariser avec l'univers et le langage de la publicité, ce qui les aide à mieux décrypter les messages. » Encore faut-il comprendre comment la publicité influence les enfants, lesquels constituent un public particulièrement prisé puisqu'ils représentent un triple marché (marché primaire via leur pouvoir d'achat, marché secondaire via les prescriptions d'achat et enfin marché futur). Le Département s'emploie à cette compréhension des mécanismes mis en œuvre par la publi-

cité. Le travail mené par ses soins auprès des 8-12 ans montre que cette tranche d'âge est très sensible aux éléments d'exécution dans les publicités. Au nombre de ces éléments : l'histoire, les personnages, les couleurs, le décor, la musique. « Les enfants auront une réaction affective basée sur ces éléments dits d'exécution. », poursuit Claude Pecheux. « Mais cette réaction variera en fonction du programme qui précède. Nous avons ainsi montré que l'annonce est plus appréciée quand elle suit le J.T. que lorsqu'elle suit les Simpsons ou la Star Academy. » Et d'ajouter : « On entend de nombreux discours sur la publicité. Des propos pas toujours scientifiques. Je ne crois pas qu'il faille diaboliser la publicité télévisée. Elle est bien identifiée par les enfants. Ce qui n'est pas le cas de la publicité sur le net, dans les jeux vidéo ou dans des magazines, où n'existe pas encore un vrai contrôle. »

Marketing social

Loin de minimiser cependant l'impact de la publicité, le Département s'est engagé dans la voie

de l'utilisation des mécanismes de cette dernière dans des campagnes de marketing social.

Une doctorante, **Karine Charry**, s'est ainsi penchée sur la promotion de l'alimentation équilibrée et saine sur base de spots publicitaires. « Des enquêtes qualitatives ont d'abord été réalisées », explique-t-elle. « Elles ont porté sur le monde alimentaire de l'enfant, ses croyances et ses connaissances. On a posé aux enfants la question des conséquences d'une mauvaise hygiène alimentaire. On les a interrogés sur leurs craintes à cet égard. »

Il en ressort que la crainte principale est sociale. Les enfants redoutent le regard d'autrui. Ils craignent que le surpoids ne devienne un obstacle à une vie en commun.

Dans la foulée de ces résultats, des spots ont été élaborés et testés. L'un est relativement neutre, mettant en exergue les avantages d'une alimentation équilibrée. Un autre montre un enfant participant à un cours de gymnastique, bardé de son cartable, métaphore d'un surpoids

fort encombrant. Le troisième illustre la stigmatisation d'une fillette en surpoids. D'ores et déjà, l'utilisation de la menace semble efficace, mais les résultats demandent à être confirmés via de nouvelles expérimentations, lesquelles, comme les précédentes le furent, seront assorties d'un débriefing avec les enfants, éthique oblige.

On ajoutera encore que l'axe de travail « marketing social » du Département a également donné lieu à une réflexion sur l'utilisation de logos (indices de rappel) sur les messages publicitaires pour des aliments non sains. L'hypothèse est que les enfants, sidérés en quelque sorte par les images, n'ont pas accès aux connaissances en matière d'équilibre alimentaire, mais que la présence des logos rend cet accès à nouveau possible.

Alain Husdens et Véronique Janzyk,

Cellule communication de l'Observatoire de la Santé du Hainaut

RÉFLEXIONS

Pourquoi les populations défavorisées fument-elles plus et que faire en Communauté française de Belgique ?

Introduction

Selon la dernière enquête de santé, menée en 2004 par l'Institut Scientifique de Santé Publique, 24 % des Belges âgés de plus de 15 ans fument quotidiennement¹. Ce tabagisme est à l'origine de nombreuses maladies et de nombreux décès prématurés. En Belgique, on estime que pas moins d'un tiers de tous les décès pour causes médicales chez les hommes est lié au tabac (au total 15.958 décès). Le tabac est également un facteur important d'incapacités et d'invalidité. Selon le Global Burden of Disease, le tabac est responsable de 12.1 % des années de survie perdues corrigées pour l'invalidité (DALY) dans les pays développés².

Ce facteur de risque n'est pas distribué de manière uniforme dans la population. En particulier, les groupes sociaux moins favorisés fument plus fréquemment et ont moins de succès dans le sevrage tabagique, ce qui en fait un groupe-cible des politiques publiques en matière de prévention du tabagisme.

Ces différences ont un impact considérable : la différence de tabagisme entre les classes sociales explique plus de moitié de la différence de mortalité existant entre elles dans divers pays occidentaux, et le tabagisme est responsable de près de la moitié des décès dans la classe sociale la moins favorisée³.

S'attaquer aux inégalités de tabagisme est donc prioritaire. Depuis peu, les politiques publiques s'intéressent plus spécifiquement à ces populations, par exemple dans le programme du Ministère de la santé britannique « Tackling Health Inequalities »⁴, ou dans « Healthy People 2010 » visant à éliminer les disparités de santé aux USA⁵.

L'objectif de cet article est de faire l'état de la question en ce qui concerne les inégalités sociales de tabagisme et de sevrage tabagique.

Après avoir décrit leur ampleur, nous y apporterons des explications provenant des sciences humaines et des sciences de la santé.

Méthode

Nous utiliserons principalement les données de la dernière enquête en face-à-face réalisée en 2004 par l'Institut Scientifique de Santé Publique et l'Institut national de statistique auprès d'un échantillon (n=12945, taux de participation=61.4 %) de la population de 15 ans et plus résidant en Belgique. La méthodologie de l'enquête de santé est décrite en détail sur le site de l'ISSP⁶. Le statut socio-économique y est mesuré par le niveau de scolarité, un indicateur fréquemment utilisé dans la mesure des inégalités de santé^{7,8}. Nous analyserons 4 indicateurs de tabagisme : la prévalence de tabagisme actuel (quelle que soit la quantité fumée), l'âge de l'initiation tabagique, la dépendance dérivant du score d'intensité du tabagisme

1 Demarest S, Gisle L, Hesse E et al. *Enquête de santé par interview Belgique 2004 : synthèse*. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique Louis Pasteur, 2006 :82.

2 Murray CJ, Lopez AD.: Global mortality, disability, and the contribution of risk factors : Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997 ; 349 : 1436-1442.

3 Jha P, Peto R, Zatonski W, Boreham J, Jarvis MJ, Lopez AD.: Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking : indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *Lancet* 2006 ; 368 : 367-370.

4 Department of Health. *Tackling Health Inequalities : a Programme for Action*. London : Department of health publications, 2003 : 84.

5 U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010 : Understanding and Improving Health*. Washington, DC : U.S. Government Printing Office, 2000.

6 IPH. *Enquête de santé par interview : méthode*. 2006.

7 Berkman LF, Macintyre S.: The measurement of social class in health studies : old measures and new formulations. *IARC Sci Publ* 1997 ; 51-64.

8 Krieger N, Williams DR, Moss NE.: Measuring social class in US public health research : Concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health* 1997 ; 18 : 341-378.

Tableau 1 Comportement tabagique parmi la population résidente de 15 à 44 ans et parmi les fumeurs de 15 à 44 ans, Belgique 2004

Scolarité	Fumeur actuel ¹ (%)	Age de l'initiation ² (moyenne)	Tentative d'arrêt (%)	Dépendance forte ^{2,3} (%)
Primaire	53.6	15.8	61.7	15.0
Secondaire inf.	41.5	16.0	64.7	16.8
Secondaire sup.	36.3	16.8	64.0	11.4
Supérieure ou Universitaire	24.0	17.2	69.1	5.7

Source : Health Interview Survey 2004, ISSP

1 parmi la population résidente (n=3795)

2 parmi les fumeurs (n=1214)

3 la dépendance est mesurée par les questions « Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ? » et « Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? »

de Heatherston⁹ et la prévalence des tentatives antérieures d'arrêt. Comme les personnes âgées ont un niveau de scolarité plus modeste tandis que la prévalence de tabagisme diminue chez elles, l'analyse s'est limitée aux personnes de 15 à 44 ans.

Résultats

Il existe un gradient important dans l'ampleur des inégalités socio-économiques en matière de tabagisme

Tandis que plus de 41.5 % des individus ayant bénéficié d'un enseignement primaire ou secondaire inférieur fument actuellement, seulement 36.3 % des individus ayant un diplôme d'enseignement secondaire supérieur et 24 % des individus ayant réalisé des études supérieures ou universitaires fument. Les inégalités apparaissent également parmi les fumeurs : les fumeurs disposant d'un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ont commencé à fumer plus jeunes (16 ans) que ceux disposant d'un diplôme supérieur ou universitaire (17 ans). Une majorité a tenté d'arrêter de fumer à un moment ou l'autre mais les différences entre niveaux de scolarité sont relativement faibles : 64.7 % des individus disposant d'un diplôme d'enseignement secondaire inférieur ont fait une tentative d'arrêt contre 69.1 % parmi les individus de scolarité supérieure.

Les individus dont la scolarité s'est arrêtée à l'enseignement secondaire inférieur sont beaucoup plus dépendants (16.8 %) que les fumeurs de scolarité supérieure (5.7 %). Cette différence dans la dépendance est sans doute un facteur explicatif dans les différences de succès du sevrage tabagique entre les niveaux d'éducation.

Les comparaisons internationales réalisées par l'Université de Rotterdam mettent en évidence un gradient Nord/Sud des inégalités sociales de tabagisme : en comparaison avec les populations favorisées, les populations défavorisées

fument plus dans les pays nordiques tandis que l'inverse s'observe dans les pays du Sud^{10,11}. Cependant, parmi les jeunes de moins de 24 ans, cette prédominance du tabagisme dans les populations faiblement scolarisées tend à se retrouver tant au Nord qu'au Sud dans l'ensemble des pays européens (tableau 1 et figure 1).

Dans les pays du Nord comme le Royaume-Uni, la décroissance de prévalence du tabagisme au cours des dernières décennies ne concerne que les classes favorisées, le comportement tabagique restant inchangé dans les groupes socialement défavorisés (figure 2 page suivante)¹².

10 Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Crialesi R, Grotvedt L, Helmert U, et al.: Educational differences in smoking : international comparison. *BMJ* 2000; 320 : 1102-1107.

11 Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP.: Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tob Control* 2005; 14 : 106-113.

12 Edwards R.: The problem of tobacco smoking. *BMJ* 2004; 328 : 217-219.

Au niveau européen, chez les jeunes (16-24 ans) dont le niveau de scolarité est modeste, la prévalence de tabagisme est 1.85 fois supérieure à celle des jeunes à niveau de scolarité élevé. En Belgique ce ratio atteint 3.05 (95 % IC 1.65, 5.63)¹¹. En Belgique les inégalités sociales de tabagisme sont plus marquées que dans n'importe quel autre pays européen.

Il est possible que les explications des inégalités sociales en matière de tabagisme soient différentes aux diverses étapes franchies par le fumeur : l'initiation tabagique, la transition vers le statut de fumeur régulier ou les tentatives de sevrage.

Les effets de pairs et les effets d'identité

Une perspective intéressante en ce qui concerne l'initiation tabagique chez les jeunes, est celle des normes, c'est-à-dire des comportements attendus d'un individu aspirant à un statut social

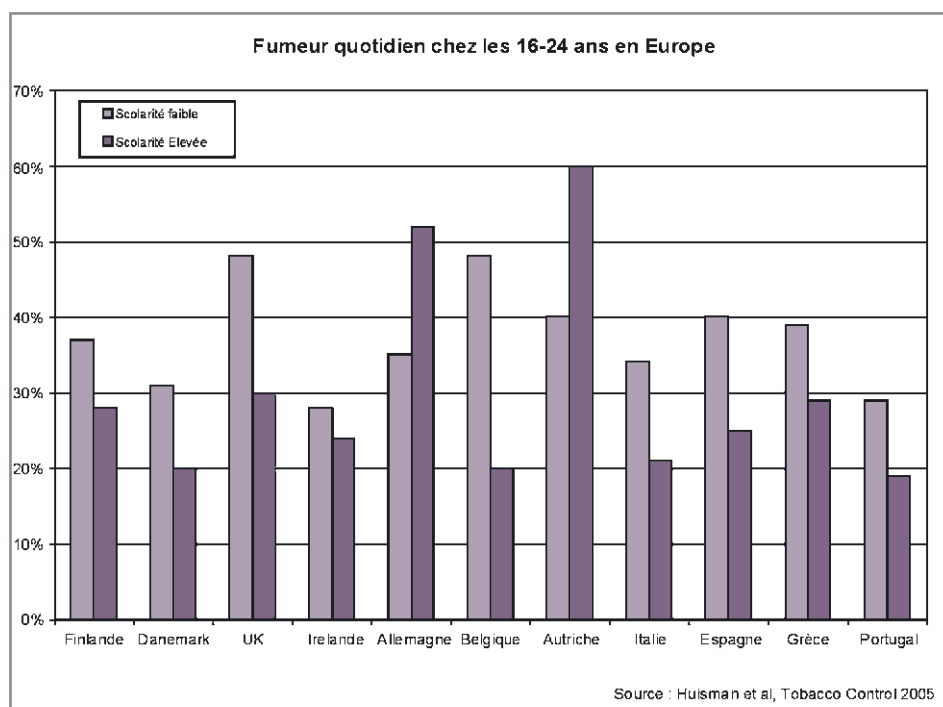
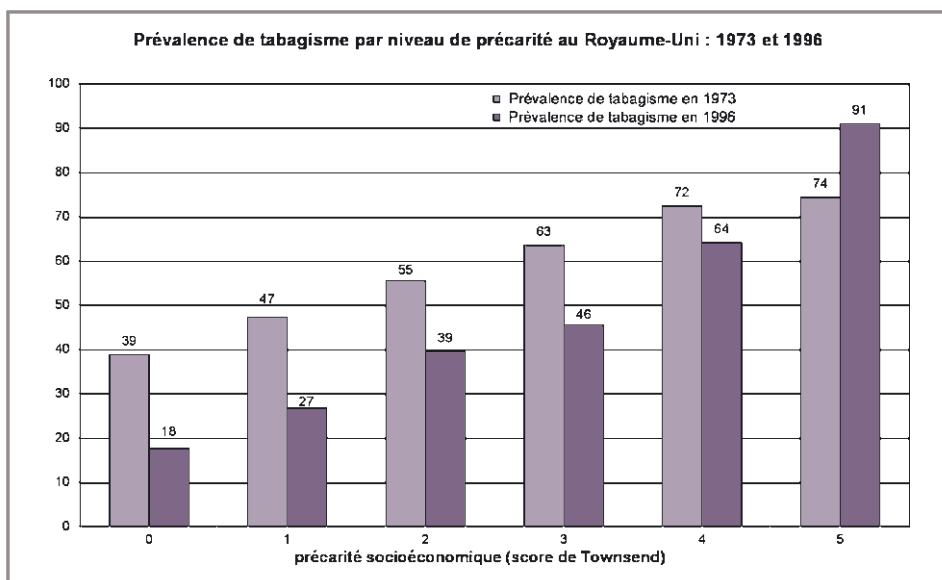


Figure 1. Inégalités de tabagisme : % de fumeurs quotidiens par niveau de scolarité et par pays, en Europe parmi les jeunes de 16 à 24 ans.

9 Heatherston TF, Kozlowski LI, Frecker RC, Rickert WS, Robinson J., Measuring the heaviness of smoking using self reported time to first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict* 1989; 84 : 791-800.



Source : Edwards R. : The problem of tobacco smoking. *BMJ* 2004; **328**: 217-219

Figure 2. Prévalence de tabagisme au Royaume-Uni entre 1973 et 1993 : évolution par niveau de précarité socio-économique.

Le score 0 répond aux classes les plus favorisées et le score 5 aux classes les plus défavorisées.

dans un groupe (groupe de pairs, famille, école). Nous avons tendance à nous comporter d'une manière déterminée en fonction des rôles sociaux que nous exerçons (professionnel, père ou mère, enfant ou enseignant, adolescent ou adulte, etc). Le comportement tabagique serait plus fréquent dans les groupes sociaux où le tabac est une norme de comportement. De nombreuses études empiriques ont montré que le risque d'initiation tabagique d'un individu était étroitement lié à la prévalence du tabagisme du groupe de pairs^{13,14}. Selon Lisa Powell le risque d'initiation d'un jeune passant d'une école où personne ne fume vers une école où 25 % des jeunes fument augmenterait de 15 %¹³.

De nombreuses études se sont intéressées à l'effet de la famille, de l'école, du groupe de pairs ou du quartier¹⁵ sur l'initiation tabagique. Il semble que la prévalence du tabagisme dans l'école, dans le groupe de pairs ou dans la famille ait une influence très nette sur l'initiation tabagique^{16,17,18,19}. L'interdiction du tabagisme à la maison (et dans une moindre mesure

à l'école) tend à retarder l'initiation tabagique des jeunes²⁰.

La contribution de ces effets de pairs aux inégalités sociales de tabagisme peut s'expliquer par le fait que le tabagisme est plus prévalent dans les écoles accueillant un public moins favorisé (par exemple les écoles professionnelles en Communauté française)²¹ ou par le rôle de la famille dans la transmission du tabagisme entre générations et dans la mobilité sociale.

Les individus d'origine sociale modeste fument plus parce qu'ils ont été exposés très tôt au tabagisme de leurs parents, de leurs pairs ou de leur environnement proche²². Cette situation offre une opportunité d'action pour la médecine de famille ou pour la promotion de la santé dans les écoles.

Comment le tabagisme peut-il devenir une norme dans un groupe de pairs tel qu'un groupe de jeunes ? Selon la sociologie interactionniste, le tabagisme chez les adolescents procède d'une *quête d'identité* qui ne se construit plus principalement sur des appartenances sociales classiques comme la classe sociale, l'ethnie, le genre ou le groupe d'âge. Ces catégories sociales façonnent encore notre identité mais leur poids – dans notre société – est moindre car la division du travail entre les genres tend à s'estomper et la persistance d'un chômage de longue durée ainsi que le déclin de la société industrielle affectent les identités fondées sur le marché du travail, comme l'identité ouvrière. Dans ce contexte d'identités floues, le tabac jouerait un rôle symbolique permettant de communiquer aux autres une identité fondée sur la maturité (pour fumer il faut disposer de ressources économiques), sur la prise de risque mesurée (à la différence de l'alcool ou de la drogue), sur la rébellion face à l'autorité²³, sur l'affirmation d'une pleine possession de soi-même (« je connais les risques et je les prends ») et offrirait aux filles la possibilité de rivaliser avec les garçons²⁴.

Le risque attaché au tabac n'est pas dénué d'impératifs moraux signalés en anthropologie : fumer c'est préférer une consommation présente à une réduction d'espérance de vie dans le futur, fumer c'est entrer en conflit avec des normes de l'hygiène bienséante et marquer une distance à certains impératifs moraux²⁵. Le tabac étant frappé de manière croissante par l'opprobre public, fumer est en passe de devenir un signe distinctif de la résistance d'un groupe à la recherche d'une identité sociale spécifique²⁶.

La gestion du stress chronique

Pourquoi les populations continuent-elles à fumer ? Deux explications sont souvent apportées : la gestion du stress et la dépendance. Selon diverses études qualitatives auprès de populations défavorisées, le tabac serait un des seuls plaisirs subsistant dans un horizon de vie relativement sombre et aussi un moyen de faire face aux difficultés économiques et sociales auxquelles elles sont confrontées dans le domaine de leur travail, de leur logement¹⁵ et de leur vie quotidienne^{22,23}. Une même attitude se retrouve chez les sans abri (Okuyemi, 2006). Cet argument correspond à ce que décrivent les fumeurs

13 Powell LM, Tauras JA, Ross H.: The importance of peer effects, cigarette prices and tobacco control policies for youth smoking behavior. *Journal of Health Economics* 2005; **24** : 950-968.

14 Molyneux A, Lewis S, Antoniuk M, Browne W, McNeill A, Godfrey C, et al.: Prospective study of the effect of exposure to other smokers in high school tutor groups on the risk of incident smoking in adolescence. *American Journal of Epidemiology* 2004; **159** : 127-132.

15 Stead M, MacAskill S, MacKintosh AM, Reece J, Eadie D.: "It's as if you're locked in": qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. *Health Place* 2001; **7** : 333-343.

16 Jackson C.: Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use during late childhood : Relation to peer, parent, and personal risk factors. *Addictive Behaviors* 1997; **22** : 685-698.

17 Pokorny SB, Jason LA, Schoeny ME.: Current smoking among young adolescents : assessing school based contextual norms. *Tobacco Control* 2004; **13** : 301-307.

18 Allison KW, Crawford I, Leone PE, Trickett E, Perez-Febles A, Burton LM, et al.: Adolescent substance use : Preliminary examinations of school and neighborhood context. *American Journal of Community Psychology* 1999; **27** : 111-141.

19 Frohlich KL, Potvin L, Gauvin L, Chabot P.: Youth smoking initiation : disentangling context from composition. *Health & Place* 2002; **8** : 155-166.

20 Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, Orleans CT, Barker DC, Ruel EE.: Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking : cross sectional study. *BMJ* 2000; **321** : 333-337.

21 Piette D, Prevost M, Boutsens M et al. *Vers la Santé des jeunes en l'an 2000 : une étude des comportements et des modes de vie des adolescents de la Communauté française de Belgique de 1986 à 1994*. Bruxelles : Promotion Education Santé, 1997 : 68.

22 Jarvis M, Wardle J. Social patterning of individual health behaviours : the case of cigarette smoking. In : Marmot M, Wilkinson R, ed. *Social determinants of health*. Oxford : Oxford University Press, 1999 : 240-255.

23 Okuyemi KS., Caldwell A R, Thomas JL, Born W et al.

Homelessness and smoking cessation : Insights from focus groups *Nicotine & Tobacco Research* 2006; **8** : 287-96.

24 Jarvis MJ.: Why people smoke. *BMJ* 2004; **328** : 277-279.

25 Denscombe M.: Uncertain identities and health-risking behaviour : the case of young people and smoking in late modernity. *British Journal of Sociology* 2001; **52** : 157-177.

26 Dozon JP, Fassin D. *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*. Paris : Balland, 2001

d'origine sociale modeste dans les études qualitatives^{16, 18, 27, 28, 29, 30, 31}; il est de plus fréquemment reflété par la médecine générale³² qui répugne à aborder le sevrage avec des patients confrontés à de multiples difficultés sociales et économiques. Le tabac serait donc une ressource pour compenser les effets délétères d'un environnement social précaire³³.

Peu compatible avec cette thèse est que la nicotine a peu d'effets pharmacologiques sédatifs et anxiolytiques et, au contraire, manifeste plutôt des effets stimulants²⁴. Mis à part son rôle dans le syndrome de privation, le rôle tranquillisant attribué au tabac correspond mal à ses propriétés pharmacologiques.

Cet argument soulève une question plus fondamentale : il est vraisemblable que les préférences dans la gestion des risques de santé varient d'un groupe social à l'autre³⁰. Les individus moins favorisés seraient plus orientés vers la gestion des risques immédiats et moins sensibles aux risques futurs comme celui de décéder d'un cancer du poumon. Ce comportement « moins préventif » à long terme pourrait reposer sur le fait que leur horizon de temps est réduit et moins favorable, les populations défavorisées ayant indépendamment de leur tabagisme, une espérance de vie plus courte et des revenus futurs (sous forme de pension) plus limités³³.

Inégalités sociales de dépendance et du sevrage

La dépendance des individus à niveau de scolarité modeste est plus fréquente (15 %) que celle de ceux dont le niveau de scolarité est supérieur ou universitaire (5.7 %). Il y a peu de différence en ce qui concerne les tentatives d'arrêt (62 % contre 69 %). Le taux de succès dans les tentatives d'arrêt est plus bas et le taux de rechute plus élevé parmi les individus à scola-

rité modeste. Ce sont donc eux qui ont le plus grand besoin des méthodes d'aide à l'arrêt¹. Ces inégalités sociales de dépendance sont confirmées par les dosages de cotinine plasmatique (un marqueur d'imprégnation par la nicotine de la fumée) qui sont d'autant plus élevés que le niveau socio-économique est plus bas²². En outre, la réussite d'un sevrage tabagique requiert des capacités de préparation et des ressources cognitives spécifiques. Plus le sentiment d'efficacité des fumeurs quant à leur capacité à réussir ce sevrage sera faible, moins ils auront confiance en eux, moins ils disposeront d'un support social efficace, et plus faible sera leur chance de réussir à arrêter³⁴. Les individus de niveau social plus modeste ont ainsi une moindre estime d'eux-mêmes et un moindre sentiment d'efficacité de leur action^{35, 36}. Les fumeurs moins favorisés estiment donc leurs chances de réussir un sevrage plus faibles par comparaison aux fumeurs plus favorisés³⁷. Cette situation est interpellante pour les modèles utilisés dans les changements de comportements, en particulier le modèle trans-théorique qui suppose le passage systématique par les stades de satisfaction, de dissonance, de pré-intention, d'intention avant d'arriver au sevrage. Ce type de progression motivationnelle est peut-être plus lent ou plus rare dans les populations défavorisées. Certains auteurs remettent d'ailleurs en question cette approche graduelle et motivationnelle dans la prise en charge du sevrage ou des assuétudes en général³⁸. Les chances de succès de sevrage sont d'ailleurs plus élevées pour les tentatives d'arrêt soudaines (65 %) que les tentatives d'arrêt planifiées (42 %)³⁹.

Le cycle de vie

Jusqu'ici nous avons décrit les explications d'inégalité en fonction des étapes : l'initiation, la persistance et le sevrage. Ce faisant, nous ris-

quons de perdre de vue la continuité de ce processus. Les inégalités sociales sont le résultat de processus survenant à différentes étapes de la vie et s'accumulant au fil de l'existence. La plupart des études concernent les différences sociales du tabagisme au moment de l'enquête, ce qui ne permet pas de savoir si elles sont survenues principalement durant la prime enfance, l'adolescence, ou à l'âge adulte.

Quelques études de cohortes montrent cependant qu'elles sont présentes à chaque étape. Les enfants nés dans une famille ouvrière ont plus de risques d'être exposés au tabagisme durant la grossesse que ceux nés dans une famille de profession libérale⁴⁰. Le risque d'initiation tabagique, parmi les enfants nés dans une famille vivant sous le seuil de pauvreté, est de 48 % supérieur (OR=1.48, IC 95 % 1.23, 1.79) à celui de ceux d'une famille vivant au-dessus de ce seuil⁴¹. Ces différences surviennent également dans la transition vers le tabagisme quotidien, qui est plus fréquent, (OR=1.51 IC 95 % 1.21, 1.88) et dans le sevrage tabagique, qui est plus rare (OR=0.52).

Politiques publiques : influence du prix et des taxes

L'approche du tabagisme et de ses inégalités sociales adopte une perspective trop souvent individuelle : le risque de fumer est expliqué essentiellement par des attributs personnels comme l'âge, l'origine sociale, la dépendance, les effets de pairs, le sentiment de maîtrise, etc. Cette approche ignore que la santé d'une population est également le produit de mesures collectives de protection et de réglementation. Quelques instruments de l'action publique sont susceptibles de minimiser ces différences sociales face au tabagisme : les taxes, les interdictions de publicité, les campagnes d'éducation à la santé et la réglementation sur le tabagisme dans les lieux publics.

Les taxes sont non seulement utiles au budget de l'Etat mais peuvent avoir également une vocation de santé publique. Les taxes accroissent le prix du tabac et, en conséquence, réduisent la demande de cigarettes. Cependant le lien entre le prix des cigarettes et la demande est un phénomène difficile à étudier : les taxes sont en général identiques à l'intérieur d'un pays et varient faiblement avec le temps. En outre, le tabagisme est un comportement addictif qui se prête difficilement à une analyse strictement économique.

27 Le Breton D. *Conduites à risques*. Paris : PUF, 2004 : 224.

28 Wakefield M, Reid Y, Roberts L, Mullins R, Gillies P.: Smoking and smoking cessation among men whose partners are pregnant : a qualitative study. *Soc Sci Med* 1998; **47** : 657-664.

29 Rugkasa J, Knox B, Sittlington J, Kennedy O, Treacy MP, Abaunza PS.: Anxious adults vs. cool children : children's views on smoking and addiction. *Soc Sci Med* 2001; **53** : 593-602.

30 McKie L, Laurier E, Taylor RJ, Lennox AS.: Eliciting the smoker's agenda : implications for policy and practice. *Soc Sci Med* 2003; **56** : 83-94.

31 Bancroft A, Wiltshire S, Parry O, Amos A.: "It's like an addiction first thing...afterwards it's like a habit": daily smoking behaviour among people living in areas of deprivation. *Soc Sci Med* 2003; **56** : 1261-1267.

32 Prévention, médecine générale et milieux défavorisés : état des lieux et perspectives. 97 Oct 23; Luxembourg : Université Catholique de Louvain, 1997.

33 Lawlor DA, Frankel S, Shaw M, Ebrahim S, Smith GD.: Smoking and ill health : Does lay epidemiology explain the failure of smoking cessation programs among deprived populations ? *American Journal of Public Health* 2003; **93** : 266-270.

34 Woodby LL, Windsor RA, Snyder SW, Kohler CL, Diclemente CC.: Predictors of smoking cessation during pregnancy. *Addiction* 1999; **94** : 283-292.

35 Boudreaux E, Carmack CL, Scarinci IC, Brantley PJ.: Predicting smoking stage of change among a sample of low socioeconomic status, primary care outpatients : Replication and extension using decisional balance and self-efficacy theories. *International Journal of Behavioral Medicine* 1998; **5** : 148-165.

36 Stronks K, vandeMheen HD, Looman CWN, Mackenbach JP.: Cultural, material, and psychosocial correlates of the socioeconomic gradient in smoking behavior among adults. *Preventive Medicine* 1997; **26** : 754-766.

37 Jarvis MJ, McIntyre D, Bates C, Foulds J.: Effectiveness of smoking cessation initiatives. Efforts must take into account smokers' disillusionment with smoking and their delusions about stopping. *BMJ* 2002; **324** : 608.

38 West R.: Time for a change : putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction* 2005; **100** : 1036-1039.

39 West R, Sohail T.: 'Catastrophic' pathways to smoking cessation : findings from national survey. *British Medical Journal* 2006; **332** : 458-460.

40 Power C, Matthews S.: Origins of health inequalities in a national population sample. *The Lancet* 1997; **350** : 1584-1589.

41 Gilman SE, Abrams DB, Buka SL.: Socioeconomic status over the life course and stages of cigarette use : initiation, regular use, and cessation. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003; **57** : 802-808.

Néanmoins, la demande de tabac est sensible aux taxes tant pour la propension à commencer à fumer que pour la propension à arrêter. En moyenne, la sensibilité de la demande de tabac varie entre une élasticité (variation de la consommation en fonction de la variation du prix) de -0.3 et une élasticité de -0.5⁴²; dans le meilleur des cas, une augmentation de 10 % du prix du tabac entraîne une réduction de 5 % de la demande de cigarettes. Une augmentation de 1 % des taxes augmente l'âge de l'initiation de 0.16 années chez les hommes et réduit le nombre d'année de tabagisme de 0.60. Les femmes sont moins réactives au prix du tabac (leurs élasticités étant respectivement de 0.08 et 0.46)⁴³. L'impact des taxes sur la consommation de cigarettes pourrait être inégal d'un groupe socio-économique à l'autre. Deux hypothèses s'affrontent ici : d'un côté la barrière du prix pourrait être plus prononcée dans les couches sociales moins favorisées à cause de leur revenu plus modeste; de l'autre, ces groupes sociaux sont plus sujets à la dépendance et donc moins sensibles aux variations de taxe et de prix. La théorie et la recherche empirique soutiennent la première hypothèse : les individus à revenu faible sont pratiquement deux fois plus sensibles à une variation du prix que les individus disposant d'un revenu plus élevé (élasticités respectivement de -0.29 versus -0.17)⁴⁴. Les individus d'instruction plus modeste sont plus sensibles au prix que les individus plus instruits⁴⁵. La théorie économique suggère que le degré de dépendance (ou addiction) augmente la sensibilité au prix. Le sens commun suggérerait pourtant que plus un fumeur est dépendant moins il est sensible au prix. Toutefois, la théorie économique sur les comportements addictifs⁴⁶ suggère que les individus plus dépendants sont plus sensibles au prix (sur le long terme) parce que les consommations des différentes périodes de leur vie sont cumulatives. Une augmentation du prix sur le long terme est donc plus susceptible d'entraîner une réduction de la consommation chez les personnes dépendantes. Cette théorie est confirmée par les travaux empiriques et explique pourquoi l'arrêt tabagique brutal est

plus fréquent chez les fumeurs très dépendants que ceux moins dépendants; pour les premiers, la difficulté d'une diminution graduelle de consommation est beaucoup plus importante. Toutefois, les mesures de taxation sont susceptibles d'avoir des effets collatéraux inattendus. Les fumeurs compensent l'augmentation des taxes en se reportant sur des cigarettes dont la concentration en nicotine ou en goudron est plus élevée⁴⁷ ou en consommant plus intensément les cigarettes résiduelles ainsi que le montre le taux de nicotine plasmatique plus élevé dans les classes défavorisées après ajustement pour le nombre de cigarettes par jour²². Les taxes et les accises sur le tabac peuvent aussi poser des problèmes d'équité car elles ne sont pas modulées selon le revenu : les groupes à revenus modestes risquent donc de payer sous forme de taxe une proportion plus élevée de leur revenu que ceux disposant d'un revenu plus élevé⁴².

Politiques publiques : les campagnes d'éducation pour la santé

Des efforts importants ont été déployés par les gouvernements pour informer le public des dangers de la cigarette en sorte qu'il est actuellement impossible d'ignorer les dangers liés au tabac. Il est cependant difficile d'évaluer l'impact de ces campagnes d'information car leurs effets se combinent avec ceux d'autres mesures (comme l'évolution des taxes et l'interdiction plus ou moins complète de la publicité). Les programmes éducatifs en milieu scolaire retardent tout au plus l'initiation sans la prévenir vraiment⁴⁸.

On admet généralement que l'effet préventif des campagnes sur la consommation du tabac dépend de leur fermeté et du danger mis en avant : les avertissements prudents et nuancés ont peu d'impact tandis que les campagnes plus agressives et visant à suggérer la peur sont plus efficaces⁴². D'autres estiment au contraire que la peur est mauvaise conseillère et que pour consolider des résultats à moyen terme, une approche « soft » et respectueuse du public, soutenant ses efforts, plutôt que l'effrayant, augmente les chances de succès⁴⁹.

Ces campagnes ont-elles une efficacité pour tout le monde ? Non car la prévalence du tabagisme a bel et bien diminué entre 1973 et 1996 parmi les groupes les plus favorisés (scores de 0 à 2) tandis qu'elle restait relativement stable dans les groupes les plus défavorisés (score de 4) et augmentait chez les individus vivant dans les conditions les plus difficiles (score 5) (Figure 2

page 10)¹². Les campagnes d'information ou d'éducation à la santé semblent profiter surtout aux couches sociales favorisées de la population. Le tabagisme serait ainsi en passe de devenir une des causes majeures d'inégalités sociales de santé.

Politiques publiques : interdiction de fumer dans les lieux publics fermés

L'interdiction de fumer dans les lieux publics trouve sa justification dans les effets-santé bien démontrés du tabagisme passif dans tous les lieux fermés, sur la quasi-inefficacité des méthodes d'épuration de l'air et sur les droits des travailleurs à un environnement sain et sans fumée. Ces effets se font ressentir non seulement chez les non-fumeurs, mais encore davantage chez les fumeurs, les plus proches de la source de fumée environnementale.

L'interdiction totale de fumer dans les lieux de travail entraîne évidemment une réduction de l'exposition aux toxines du tabac pour l'ensemble du personnel ainsi que le démontre une étude récente dans les « pubs » irlandais : la concentration de cotinine salivaire y a baissé de 80 % chez les non-fumeurs. Les symptômes respiratoires y ont eux aussi diminué⁵⁰. Cette mesure protège une population socialement moins favorisée que ce soit le personnel travaillant dans ces bars ou leur clientèle.

Une revue de 26 études concernant l'effet des interdictions de fumer sur les lieux de travail a montré que celle-ci s'accompagnait d'une réduction moyenne de 3.8 % du taux des fumeurs et, chez les sujets continuant à fumer, d'une diminution moyenne de consommation de 3.1 cigarettes par jour. Les interdictions partielles (celles où fumer est autorisé dans certains locaux) ont un effet nettement moindre⁵¹.

Actuellement, la plus grande part de l'exposition à la fumée environnementale survient dans les lieux privés, où la législation n'intervient pas et où la prise de mesures revient aux fumeurs eux-mêmes. Ceci fait ressortir à nouveau l'inégalité entre défavorisés (notamment les chômeurs qui séjournent plus longtemps à domicile) et les travailleurs protégés de la fumée pendant (quasi) toute leur journée de travail. De plus, on sait que les restrictions volontaires du tabagisme à domicile sont moins fréquentes dans les milieux défavorisés.

Autres politiques publiques

L'interdiction totale de la publicité réduit sensiblement la consommation tabagique⁴⁸ (Banque

42 Chaloupka F, Warner K. The economics of smoking. In : Culyer A, Newhouse J, ed. *The handbook of health economics : volume 1*. Amsterdam : Elsevier, 2000 : 1541-1615.

43 Forster M, Jones AM.: The role of tobacco taxes in starting and quitting smoking : duration analysis of British data. *Journal of the Royal Statistical Society Series A-Statistics in Society* 2001 ; 164 : 517-547.

44 Farrelly MC, Bray JW.: Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups - United States, 1976-1993 (Reprinted from MMWR, vol 47, pg 605-609, 1998). *Journal of the American Medical Association* 1998 ; 280 : 1979-1980.

45 Chaloupka F.: Rational Addictive Behavior and Cigarette-Smoking. *Journal of Political Economy* 1991 ; 99 : 722-742.

46 Becker GS, Murphy KM.: A Theory of Rational Addiction. *Journal of Political Economy* 1988 ; 96 : 675-700.

47 Evans WN, Farrelly MC.: The compensating behavior of smokers : taxes, tar, and nicotine. *Rand Journal of Economics* 1998 ; 29 : 578-595.

48 Banque Mondiale. Maîtriser l'épidémie. L'Etat et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme. 129 pp. Washington 2000.

49 Question-Santé. *Actes du Colloque Peur et Prévention*. Bruxelles : Question-Santé, 2003.

50 Allwright S, Paul G, Greiner B, Mullally BJ, Pursell L, Kelly A, et al.: Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland : before and after study. *BMJ* 2005.

51 Fichtenberg CM, Glantz SA.: Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour : systematic review. *British Medical Journal* 2002 ; 325 : 188-191.

Mondiale) et contribue à la dénormalisation de ce comportement. L'interdiction de vente aux mineurs n'a qu'un impact limité car elle peut être facilement contournée.

Conclusions

Les inégalités socio-économiques en matière de tabagisme sont importantes : les catégories socio-économiques moins favorisées fument plus, plus précocement et sont plus dépendantes du tabac. En comparaison avec les autres pays européens, en Belgique les inégalités sociales sont plus prononcées. Elles trouvent leurs racines dans l'initiation, dans la persistance du tabagisme et dans le sevrage.

Les individus d'origine sociale modeste fument plus parce qu'ils ont été exposés très tôt au tabagisme de leurs parents, de leurs pairs ou de leur environnement proche. Cette situation offre une opportunité d'action pour la médecine générale qui approche les milieux de vie (école, famille, entreprise).

D'autre part, le tabac serait un moyen de compenser les effets délétères d'un environnement social et économique précaire. Ces inégalités s'expliquent aussi par la plus grande dépendance tabagique des couches sociales moins favorisées et par le manque de ressources psychocognitives et sociales pour aider au sevrage : le rôle du secteur éducatif dans le développement de ces ressources psychocognitives est bien connu. Le système scolaire belge favorise-t-il le développement équitable de ces ressources ?

En Communauté française, le système éducatif semble s'orienter vers une ségrégation croissante des résultats scolaires⁵².

Enfin, les politiques publiques peuvent jouer un rôle important en cette matière : les taxes et la réglementation sur les lieux publics semblent réduire les inégalités sociales de tabagisme tandis que la promotion de la santé a des effets incertains.

Comment s'attaquer à ces inégalités ? Nous reprenons principalement les recommandations du rapport Acheson sur les inégalités de santé au Royaume-Uni⁵³ ainsi que la stratégie « tackling health inequalities⁵⁴ ».

Reconnaître le problème et définir des objectifs en Communauté française

La Belgique et la Communauté française renâclent à définir une politique claire de réduction des inégalités de santé telle qu'on peut l'observer chez nos voisins britanniques⁴, néerlandais⁵⁴ ou scandinaves. Le programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté fran-

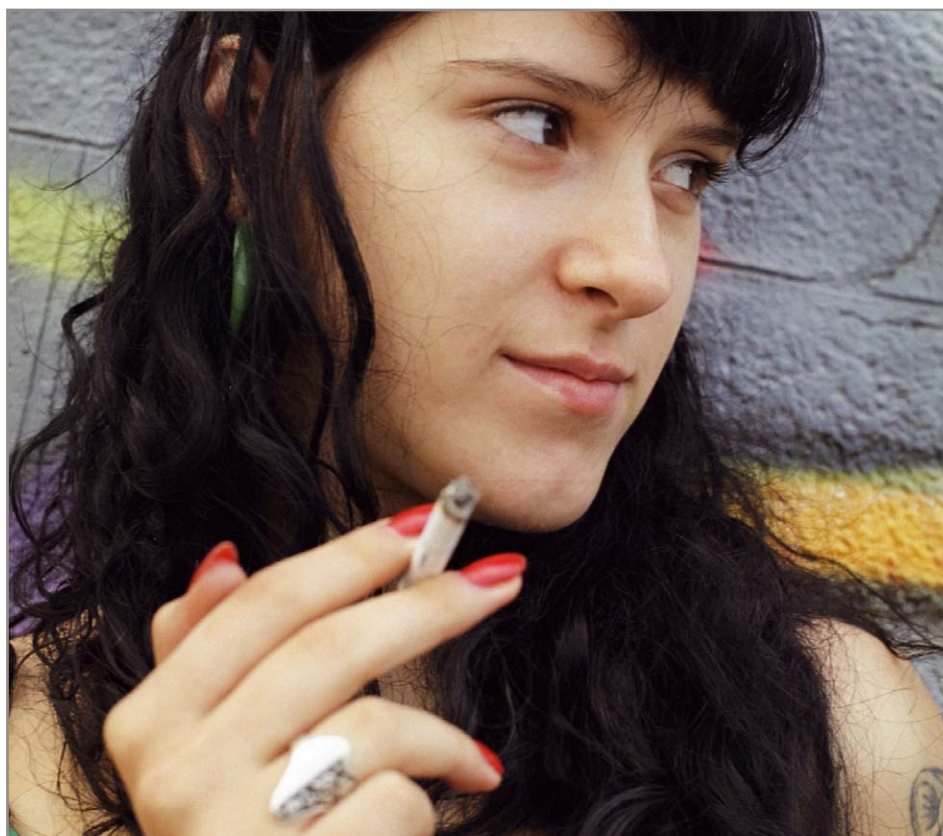


Photo © Fotolia

çaise reconnaît l'importance d'« adapter les stratégies pour faire face aux inégalités devant la santé »⁵⁵; cependant il reste relativement silencieux sur la question du tabagisme; quant au programme opérationnel, il n'aborde pas la manière de réduire ces inégalités de tabagisme. Cela est étonnant car la Communauté française dispose d'un espace pertinent pour s'attaquer à ce problème : les écoles et les effets de pair dans l'initiation du tabagisme chez les jeunes.

Nous nous risquons donc à suggérer au Conseil supérieur de promotion de la santé d'inscrire dans le prochain programme l'objectif suivant : dans 5 ans la Communauté française de Belgique aura réduit de 25 % les différences de prévalence de tabagisme entre les écoles d'enseignement général et les écoles d'enseignement professionnel.

Interdire le tabagisme dans les lieux publics fermés

La législation belge autorise sous certaines conditions la présence de fumeurs dans les lieux de travail et, dans l'Horeca, la persistance d'espaces-fumeurs. Ces restrictions, sans doute prises sous la pression des cigarettiers et du secteur Horeca qui y est parfois lié, ne sont pour-

tant pas justifiées par un facteur économique, car les études sérieuses montrent que l'interdiction n'a pas d'impact économique négatif sur les ventes des restaurants et des bars et que les seuls travaux concluant à un effet négatif sont ceux financés par l'industrie du tabac^{56,57}. L'interdiction récente et bien appliquée de fumer dans les bars n'a pas modifié en Irlande la tendance légèrement négative des ventes observée depuis quelques années⁵⁰.

La Belgique n'apparaît pas particulièrement un bon élève en matière de législation sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics et dans les écoles. Sur 22 pays Européens, elle arrive avec un score de 8/22⁵⁸.

Soutenir les programmes de sevrage tabagique

A l'instar de ce qui se passe en Grande-Bretagne, un soutien des pouvoirs publics sous forme d'un remboursement des interventions des tabacologues et des médicaments d'aide à l'arrêt, ainsi qu'une meilleure reconnaissance de la charge supplémentaire que représente l'aide à l'arrêt par le généraliste serait le plus bénéfique pour les milieux socialement défavorisés.

52 Gorard S, Smith E.: An international comparison of equity in education systems. *Comparative education* 2004; 40 : 15-28.

53 Gordon D, Shaw M. Inequalities in health : the evidence presented to the Independent Inquiry into Inequalities in Health. Bristol : The Policy Press, 1999 :262.

54 Health Research and Development Council of the Netherlands. Reducing socio-economic inequalities in Health : final report and policy recommendations from the second Dutch Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health. Den Haag : ZonMw, 2001 : 61.

55 Direction Générale de la Santé. *Programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008*. Bruxelles : Ministère de la Communauté Française, 2004.

56 Glantz S, Smith Lisa R. The effect of ordinances requiring smoke-free restaurants and bars on revenues : a follow up. *Am J Public Health* 1997; 87 : 1687-93.

57 Scollo M, Lal A, Hylaad A, Glantz S. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control* 2003; 12 : 13-20.

58 Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale : a new scale to measure country activity. *Tob Control* 2006; 15 : 247-53.

Dans une étude pilote réalisée en France dans les centres d'examen périodiques de santé, une prise en charge gratuite du sevrage par substituts nicotiques a entraîné à 6 mois un taux d'arrêt de 29.9% contre 10.3% dans le groupe n'ayant bénéficié que d'un conseil médical⁵⁹.

59 Kuntz C, Spykerelle Y, Giodanella JP, Baudiert F. Evaluation de la prise en charge gratuite des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique proposé à des populations en situation de précarité dans les centres d'examen de santé. Abstract Journées de la Société de Tabacologie St Etienne 22-23 juin 2001.

Sachant que les médecins généralistes sont des acteurs importants pour les populations moins favorisées, cet objectif implique également de renforcer le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du sevrage tabagique.

Vincent Lorant, Ecole de Santé Publique, Université Catholique de Louvain, **Lac Hong Nguyen**, Centre Académique de Médecine Générale, Université Catholique de Louvain, **Jacques Prignot**, Professeur émérite, Université Catholique de Louvain

et FARES (Bruxelles), **Jean Laperche**, Centre Académique de Médecine Générale, Université Catholique de Louvain
Adresse des auteurs : c/o Vincent Lorant, Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain, Clos Chapelle aux champs 30.41, 1200 Bruxelles. Tél.: 02 764 32 63; Fax : 02 764 31 83; courriel : lorant@sesa.ucl.ac.be
Cet article est une version modifiée d'un texte paru dans Louvain Médical, vol. 125, n°9, nov. 2006.

DONNÉES

Le suicide en Communauté française, état des lieux et prévention

La Belgique est le deuxième pays, derrière la Finlande, qui enregistre le plus haut taux de suicides en Europe de l'Ouest. Le suicide, cet acte extrême par lequel l'individu signifie à la société qu'il ne s'y sent pas bien, représente la première cause de décès externe de la population belge. Une prévention efficace peut s'organiser grâce à une collaboration entre tous les acteurs concernés, de près ou de loin, par la problématique du suicide.

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, un million de personnes décèdent chaque année par suicide dans le monde. Dans presque tous les pays industrialisés (à l'exception des pays méditerranéens), le nombre de suicides a augmenté de 1950 à 2000, parfois de façon considérable. En Belgique, le suicide tue, en moyenne, sept personnes par jour et plus de 2000 personnes par an. Au niveau de l'ensemble de la population belge, le suicide est la dixième cause de décès, mais la première cause « externe » : cela signifie que le nombre de décès par suicides est supérieur au nombre de décès par accidents de la route, chutes accidentelles et autres accidents. Et, surtout, le suicide est la première cause de décès dans certaines catégories d'âge. En somme, il s'agit d'une problématique qui mériterait beaucoup plus d'attention que celle que lui accordent les pouvoirs publics et la société civile.

Des données qui remontent à 1997

La source principale d'information statistique concernant le suicide en Belgique provient de l'Institut National de Statistiques (INS), lequel

recueille les données de mortalité sur base des certificats de décès rédigés par le corps médical (généralistes, médecins légistes, hôpitaux...). Mais, étant donné le retard pris en Commu-

nauté française dans le traitement des bulletins de décès, les dernières données officielles remontent à 1997 (voir encadré). Des données plus récentes pour la Région Flamande et la

Rattrapage

La DG Santé de la Communauté française a pris les mesures nécessaires pour résorber rapidement le retard accumulé. Depuis septembre 2007, chaque mois, une année de déclarations est saisie et introduite dans la base de données. Il s'agit de données brutes. Il reste alors à faire une codification pointue des causes de décès selon la classification internationale des maladies. Pour prendre des exemples dans le domaine du suicide, il s'agit d'attribuer des codes spé-

cifiques qui permettent de distinguer lorsque c'est possible une intoxication accidentelle par des médicaments (X44) d'une auto-intoxication par des médicaments (X64), voire par des analgésiques (X60) ou des psychotropes (X61). Avec les réserves d'usage en termes de disponibilité effective des ressources humaines prévues, la DG Santé prévoit les échéances suivantes :

Année de décès	Données brutes saisies	Causes de décès codifiées
1998	En attente de publication	à l'INS
1999	En attente de publication	à l'INS
2004	09/2007	12/2007
2005	10/2007	02/2008
2006	11/2007	04/2008
2003	12/2007	09/2008
2002	01/2008	11/2008
2001	02/2008	02/2009
2000	03/2008	04/2009
2007	04/2008	06/2009
2008	04/2009	08/2009

A partir de 2007, les données complètes de l'année devraient donc être disponibles vers le milieu de l'année suivante. En ce qui concerne les années en retard, priorité est donnée aux plus récentes (2004 - 2006),

qui seraient finalisées vers avril 2008, tandis que les plus anciennes (2000-2003) suivraient jusqu'en avril 2009 (merci à Jacques Henkinbrant de la DG Santé pour ces informations).

Région de Bruxelles-Capitale permettent toutefois de faire des estimations sur l'ensemble de la population belge. Les informations dont dispose l'INS se réfèrent uniquement aux suicides aboutis. Si, jusqu'il y a peu, il n'existait pas de relevé officiel des tentatives de suicide, des données étaient néanmoins collectées ponctuellement par le biais d'enquêtes auprès de la population et par le recueil d'informations auprès des médecins ou des services d'urgence des hôpitaux belges.

Depuis 2003, les services d'urgence de tous les hôpitaux belges sont tenus de collecter un minimum d'informations relatives aux patients qui y sont vus, dont notamment le motif de la visite : la tentative de suicide fait partie des items répertoriés (avec l'accident, la maladie et l'examen de contrôle). Les informations qui seront prochainement disponibles concernent donc essentiellement les tentatives de suicide aboutissant à une consultation aux urgences, ce qui ne représente évidemment pas la totalité des cas, puisque toutes les personnes ayant fait une tentative de suicide n'entrent pas nécessairement en contact avec une structure de soins.

On considère généralement que les chiffres disponibles sont sous-estimés dans la mesure où certains suicides ne sont pas répertoriés comme tels : ainsi, certains accidents (overdoses, accidents de la route) peuvent être des suicides déguisés. Il arrive aussi que pour des raisons familiales, religieuses ou encore économiques, les familles préfèrent éviter que le suicide d'un proche soit déclaré officiellement.

Plus de décès par suicide chez les hommes et les personnes âgées

Les données existantes ont permis de faire les constats suivants :

- la Région wallonne connaît un taux de suicide légèrement plus élevé par rapport à Bruxelles et à la Flandre ;
- le suicide touche toutes les couches de la population et toutes les classes sociales ;
- on estime entre dix et vingt fois plus nombreuses les tentatives de suicide que les suicides « aboutis ». Les tentatives de suicide n'ayant pas abouti sont beaucoup plus nombreuses chez les jeunes (1 suicide abouti sur 100 à 200 tentatives pour les moins de 25 ans) et chez les femmes (1 suicide abouti pour 14 tentatives), alors que les hommes (1 sur 2) et les personnes âgées (1 sur 2 ou 3 pour les plus de 65 ans) arrivent beaucoup plus souvent à leurs fins. Autrement dit, si les jeunes et les femmes essaient plus souvent de mettre fin à leurs jours, les hommes et les personnes âgées y arrivent plus souvent ;
- pour les moins de 20 ans, le suicide est la deuxième cause de décès après les accidents de la route. Dans la tranche d'âge des



Photo © Fotolia

20-39 ans, le suicide est la première cause de décès, et la première cause de décès externe chez les 40-74 ans ;

- la différence la plus flagrante dans l'analyse des taux de suicide concerne les hommes et les femmes : dans nos sociétés occidentales, les hommes se suicident trois fois plus que les femmes. Ce taux de suicides plus élevé chez les hommes peut s'expliquer de différentes façons : les hommes semblent avoir des comportements plus impulsifs que les femmes, ils ont aussi davantage recours à des moyens violents comme les armes à feu, la pendaison ou les explosifs, alors que les femmes ont tendance à privilégier l'ingestion médicamenteuse. Le fait de s'impliquer dans la vie familiale semble prévenir les femmes de l'isolement affectif et social. Mais celles-ci paraissent aussi moins vulnérables à la solitude et à la rupture que les hommes. D'autre part, les hommes ne bénéficient pas d'un réseau de soutien aussi important que les femmes, ils demandent plus difficilement de l'aide lorsqu'ils sont en situation de vulnérabilité et utilisent moins les services médicaux et les services d'aide.

Le processus suicidaire

Dans le cadre d'un état des lieux sur la prévention du suicide en Communauté française mené dans le cadre du programme d'action pluriannuel de l'asbl Educa Santé par le Centre d'Etudes et de Recherches en Santé Publique de l'Ecole de Santé Publique à l'ULB (CERESP-ESP/ULB)¹, une modélisation psychodynamique du processus suicidaire a été élaborée par **Christelle Senterre**, chercheur au CERESP. Ce travail a été

largement inspiré et accompagné par **Brian Mishara**, responsable du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (Université Québec à Montréal) et président de l'Association internationale pour la prévention du suicide, qui était présent à Bruxelles lors de la présentation de l'état des lieux.

Cette modélisation présente le cheminement qui conduit un individu d'un état de relatif bien-être à la tentative de suicide et au suicide « abouti », le but étant d'avoir une meilleure visualisation des interventions possibles dans le processus suicidaire et, partant de là, d'améliorer l'organisation de la prévention du suicide. Ce modèle montre que si la plupart du temps, l'individu se trouve dans un état de relatif bien-être, lorsqu'il est soumis à des événements stressants, les mécanismes d'adaptation acquis au fil du temps et des expériences permettent de maintenir un état d'équilibre et de ramener la situation à la normale. Les facteurs de protection, tels que l'estime de soi et le support social facilitent ces capacités à faire face.

Par contre, il arrive que dans certaines situations, les mécanismes d'adaptation ne soient pas suffisants ou ne soient pas assez développés. Cette perte de capacité à faire face met la personne en situation de faiblesse. La présence de facteurs prédisposants, comme la dépression ou les troubles mentaux, amplifie cette situation de faiblesse. L'individu voit donc sa tension interne augmenter et se trouve confronté à un ensemble d'émotions négatives (baisse de l'estime de soi, tristesse, sentiment d'inutilité...). Il se trouve alors dans un état de « crise psychique ». A ce stade, la réalité s'altère, les problèmes semblent insurmontables et la personne glisse un peu plus dans la confusion émotive et la désorganisation. Cet état se traduit dans un premier temps par des idéations suicidaires : l'idée du suicide est là et le suicide est réellement entrevu comme une solution possible pour s'en sortir.

Ces idéations se transforment petit à petit en **intentions suicidaires**. A ce moment, l'individu commence à élaborer un plan visant à mettre un terme à sa vie et envisage les différents moyens qu'il juge acceptables. Dans un même temps, l'individu pourra exprimer des **comportements suicidaires indirects** par le biais de conduites excessives et déviantes (par exemple, prise de risques au niveau sexuel, comportement irresponsable sur la route...).

Survient alors un événement – souvent jugé

¹ Cet état des lieux sur la prévention du suicide a fait l'objet du rapport « Prévention du suicide : aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique », à l'initiative d'Educa Santé et du CERESP, par Christelle Senterre, Martine Bantuelle et Alain Levêque, 2006. Le rapport est disponible sur www.ulb.ac.be/esp/epitraumac.

anodin par l'entourage – qui constitue pour la personne en souffrance la goutte d'eau qui fait déborder le vase : elle n'a plus d'autre alternative que de passer à l'acte et d'attenter à sa vie en suivant le plan qu'elle a élaboré lorsqu'elle était en phase d'intentions suicidaires.

Cette tentative de suicide aboutit soit à un comportement suicidaire fatal et au décès de la personne, soit à un comportement suicidaire non fatal où la personne sera ou ne sera pas prise en charge.

Le fait d'avoir déjà attenté à ses jours étant le facteur prédisposant le plus corrélé avec une nouvelle tentative de suicide, la prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide au sein de structures adaptées et compétentes s'avère donc être d'une extrême importance.

Facteurs de risque et facteurs de protection

Comme le souligne **Axel Geeraerts**, Directeur du Centre de Prévention du Suicide, « *le suicide est une problématique complexe et polymorphe qu'il convient d'appréhender dans ses multiples dimensions, individuelles et psychologiques, mais aussi collectives et sociales, voire sociétales. Le suicide n'est pas la résultante d'une cause unique et clairement définie, mais l'aboutissement d'un processus plus ou moins complexe, d'un cheminement plus ou moins long vers ce point de non*

retour. Comprendre cela, c'est se donner la possibilité d'agir à chaque étape du processus, c'est prendre le pouvoir de glisser à tout instant un grain de sable dans la mécanique suicidaire. »

La recherche et l'expérience ont démontré qu'il existe de nombreux facteurs de risque associés aux comportements suicidaires. Ainsi, la tentative de suicide constitue le facteur de risque le plus important : « *le taux de récurrence est de 15% après une première tentative de suicide et il croît de manière exponentielle pour atteindre 80% après la troisième, et ce principalement chez les sujets pour lesquels aucun suivi n'a été mis en place, note Axel Geeraerts². Ce phénomène est d'autant plus inquiétant que la létalité augmente bien souvent au fil des tentatives.* »

L'abus de drogue et d'alcool, l'homosexualité, les antécédents d'abus sexuels, les carences affectives, la violence familiale, le deuil, l'isolement social, le divorce, le chômage, les troubles mentaux, mais aussi les événements circonstanciels comme la perte du rôle social, la confrontation à des situations pénibles et stressantes, l'échec professionnel ou scolaire, la rupture, etc. sont autant de facteurs associés aux comportements suicidaires.

2 Ethica Clinica, « Le suicide en Belgique. Les enjeux de la prévention et de la prise en charge aux urgences », par Axel Geeraerts, Ethica Clinica n° 45, 2007.

A l'opposé, des facteurs de protection prémunissent l'individu contre les passages à l'acte suicidaire : les liens familiaux, sociaux, éducatifs, les relations conjugales stables, la responsabilité d'enfants (le mariage et le taux de naissance sont corrélés négativement avec le suicide), le fait d'adhérer à une religion, la maîtrise et l'estime de soi...

« *Compte tenu du caractère multifactoriel des comportements suicidaires, une prévention du suicide passe obligatoirement par une approche multidisciplinaire qui prend en compte les multiples causes et les différents facteurs menant aux comportements suicidaires, souligne Axel Geeraerts. Les facteurs de risque et de protection peuvent aider à mieux dépister et à mieux évaluer les situations de détresse suicidaire. Mais attention, ces éléments n'ont aucune valeur prédictive et ne doivent pas être considérés comme des causes uniques de passage à l'acte suicidaire. Dès lors, les programmes de prévention doivent davantage s'intéresser à l'amélioration des facteurs de protection qu'à stigmatiser des facteurs de risque, voire des « groupes à risque ».*

La prévention du suicide en Communauté française

Le Centre de Prévention du Suicide mène depuis plus de trente ans des projets de prévention du suicide à Bruxelles et en Wallonie, et participe à des recherches tant nationales qu'internationales sur l'étude du suicide et de sa prévention. Le Centre s'efforce aussi d'enrayer la mécanique suicidaire en proposant à chaque stade du processus suicidaire une écoute active – notamment par le biais de l'écoute téléphonique – permettant aux personnes emportées dans cette spirale d'exprimer leurs souffrances, de clarifier leur situation, de prendre le recul nécessaire, d'entrevoir de nouvelles possibilités... Parmi les autres activités du Centre, notons également le suivi de crise après une tentative de suicide, l'accompagnement du deuil et de parents d'ados, des ateliers d'expression créatrice, des formations pour professionnels, des séances d'information et de sensibilisation tous publics, un espace forum sur internet, des journées d'étude, un centre de documentation.

D'autres acteurs mènent aussi, de manière directe et indirecte, des actions de prévention du suicide : il s'agit des centres de santé mentale, des centres de planning familial, des équipes PSE, des centres PMS et des AMO, de Télé-Accueil, des associations du Réseau d'accompagnement du deuil après suicide, de la Commission provinciale de prévention du suicide de Liège, du Service « Prévention suicide » de l'Intercommunale sociale du Brabant wallon, du Service Actions de promotion de la santé mentale de la province de Luxembourg, de l'asbl Eole, de l'Institut wallon pour la santé mentale, du Service de santé mentale de l'ULB, de la Fondation Julie Renson, de Similes, du Centre hospitalier spécialisé de Lier-

Groupes de parole et bénévoles

Le Centre de Prévention du Suicide a mis sur pied des **groupes de parole**, appelés « L'Autre Temps », à destination des personnes endeuillées suite au suicide d'un proche. Car faire le deuil d'un proche s'étant donné la mort constitue une épreuve particulièrement difficile à traverser : à la tristesse engendrée par la perte s'ajoutent en effet l'incompréhension, la honte, la culpabilité, la colère... générées par le geste suicidaire. Pour les hommes et les femmes confrontés à ce drame, il apparaît trop souvent difficile, voire impossible de parler, de communiquer, d'échanger ce qu'ils vivent et ressentent. La gêne de s'exposer, la crainte d'être incompris et jugés les enferment dans un silence et un isolement compromettant leur indispensable travail de deuil. A l'intérieur d'un groupe de parole, les participants peuvent se retrouver entre pairs. Au fur et à mesure des réunions, grâce à la reconnaissance de leur souffrance et à la possibilité d'exprimer leurs pensées sans crainte du jugement des autres, les personnes peuvent entamer ou poursuivre le travail du deuil. Le groupe est encadré par deux professionnels. Les ren-

contres ont lieu au Centre de Prévention du Suicide, sur une période de six mois, à raison de deux fois par mois, en soirée.

Le Centre de Prévention du Suicide cherche aussi des **répondants bénévoles** pour la ligne de crise 0800 32 123. Aucune connaissance préalable n'est requise : le Centre assure une formation spécifique à l'écoute et un encadrement professionnel aux candidats bénévoles. Toute personne désireuse d'enrichir son bagage humain et professionnel est la bienvenue. Les répondants le disent : la formation et l'expérience de l'écoute au Centre de Prévention du Suicide sont précieuses en de nombreuses circonstances de la vie quotidienne!

Des informations complémentaires peuvent être obtenues en contactant le Centre de Prévention du Suicide ou en consultant son site.

*Centre de prévention du suicide,
Place du Châtelain 46, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02 650 08 69.*

Ligne d'écoute téléphonique : 0800 32 123.

Courriel : cps@preventionsuicide.be

Site : www.preventionsuicide.be

neux et de la Ligue belge de la dépression.

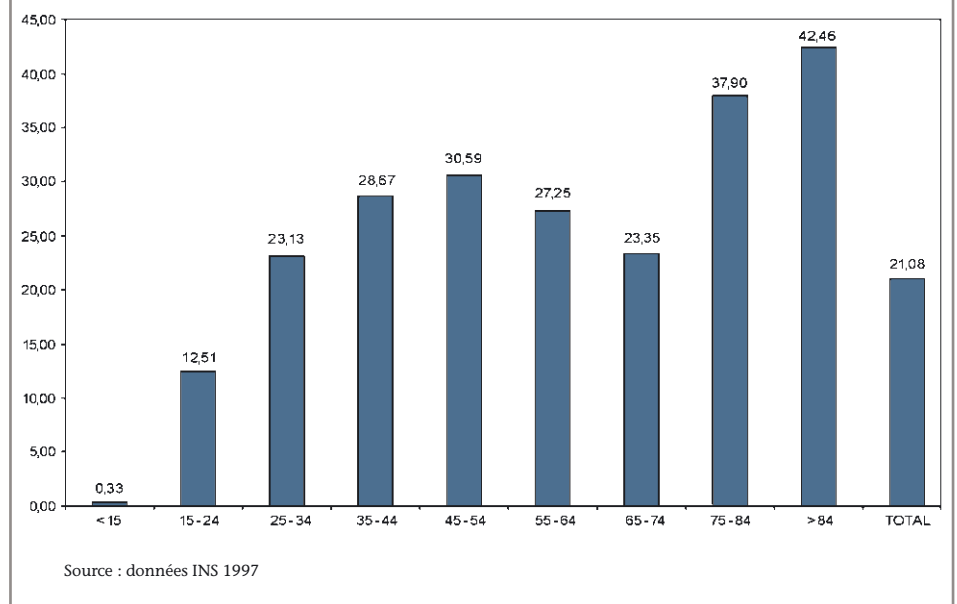
A côté de ces initiatives, il existe, au niveau fédéral, un plan d'action en matière de prévention du suicide visant à optimiser la production et la qualité des données quantitatives, à former le personnel médical (médecins, urgentistes, personnel des services psychiatriques), à organiser plus efficacement la prise en charge des suicidants (par une interaction, d'une part, entre les services et, d'autre part, entre la structure hospitalière et la médecine ambulatoire), à mieux informer sur les dispositifs disponibles pour les suicidants, à reporter correctement et sainement le suicide dans les médias.

La Communauté française met, quant à elle, l'accent sur « la promotion du bien-être et de la santé mentale », donnant la priorité aux jeunes (15-25 ans), mais elle n'a pas encore développé de programme spécifique de prévention du suicide.

En conclusion de son rapport, Christelle Senterre note que « les bases de la prévention existent déjà. Il y a un potentiel, des gens de bonne volonté qui font des choses intéressantes et qui ont fait leurs preuves. Mais il manque une concertation entre les différents intervenants et une organisation de leurs actions respectives, afin d'aboutir à une prise en charge globale de la problématique du suicide en Communauté française. »

Axel Geeraerts insiste sur le fait qu'une prévention efficace doit impliquer l'ensemble des acteurs : « les personnes concernées par la prévention du suicide sont aussi bien des professionnels de la santé, des bénévoles ou des chercheurs, que des membres d'une famille et des amis endeuillés par le suicide ou affectés par des comportements

Taux de suicide par groupe d'âge pour la population belge totale pour 100.000 habitants



suicidaires. De même, les personnes travaillant hors du réseau des soins de santé y compris les dirigeants au niveau local et national, les personnes œuvrant dans l'éducation, la justice, la police, la religion, la politique et les médias, doivent être inclus dans les programmes de prévention. »

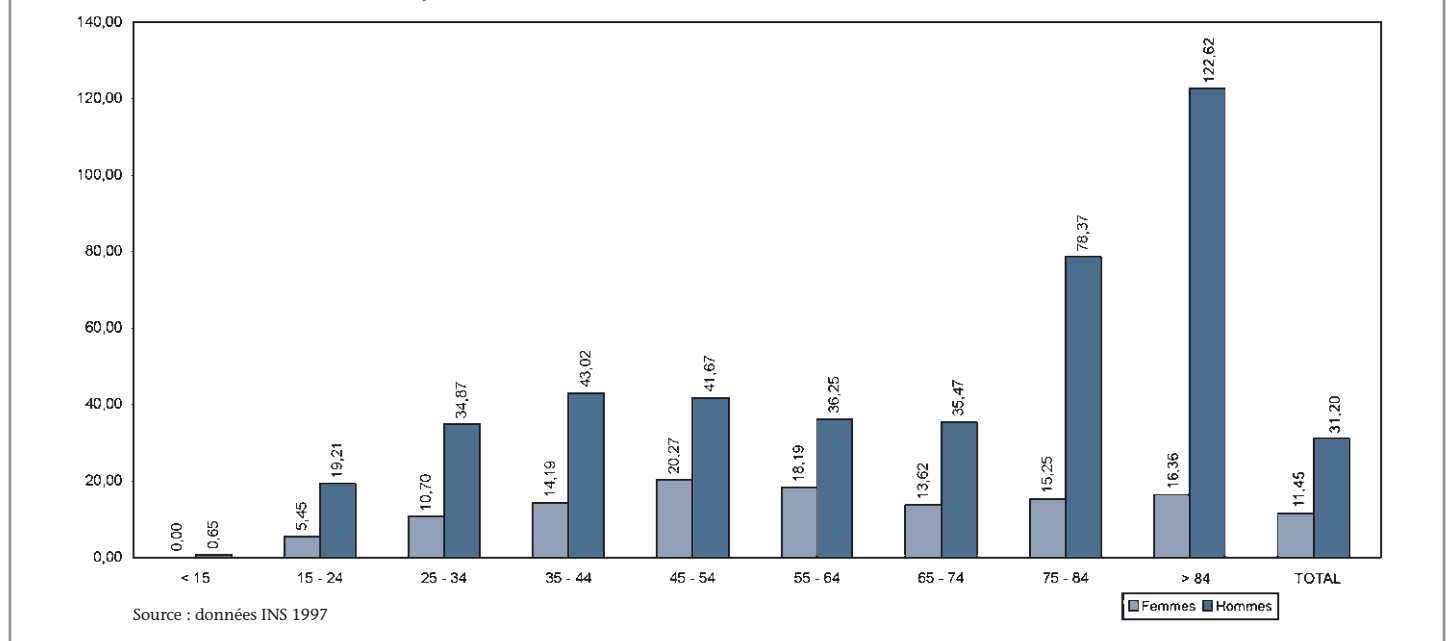
Une approche philosophique de la prévention

Jean-Michel Longneaux, philosophe, Professeur aux FUNDP et rédacteur en chef de la revue Ethica Clinica, a interrogé la pertinence de la

prévention du suicide, ou du moins les difficultés auxquelles elle est confrontée.

Tout d'abord, pour tenter de détourner l'individu de l'acte suicidaire, les professionnels de la santé cherchent à appréhender les facteurs sociologiques, culturels et psychologiques qui seraient à l'origine de ce passage à l'acte, en vue de dégager des modalités de prévention adéquates à mettre en œuvre sur le terrain. Jusqu'ici, ce sont les interprétations (étayées par les connaissances médicales, psychologiques, psychiatriques et neurologiques) que l'on propose du suicide qui

Comparaison du taux de suicide par groupe d'âge pour la population belge totale pour 100.000 habitants en fonction du sexe



sont utilisées pour agir sur le plan préventif. « Or, souligne Jean-Michel Longneaux, le suicide n'est pas un fait. Il s'agit de ce que l'on appelle en philosophie un événement : si un fait est explicable par des causes et est donc reproductible, il en va autrement pour le suicide.

Au moment de l'acte, un saut se produit, qui déjoue nos attentes, nos théories et nos prévisions. Nous ne pouvons expliquer le suicide qu'après coup, sans jamais réussir à le réduire à un simple fait. C'est d'ailleurs ce que l'on avoue pudiquement quand on affirme que les suicides ont des causes multifactorielles : on ne sait pas vraiment pourquoi quelqu'un passe à l'acte. Comment, dès lors, prévenir un suicide, alors que son explication ne peut venir qu'une fois l'acte accompli ?

Deuxième problème, la prévention part du principe qu'il ne doit pas y avoir de suicide. Or, il s'agit là d'une conception imaginaire de la vie. Depuis la nuit des temps, la vie réelle est faite de souffrances et d'accidents malheureux. L'éducation devrait nous apprendre à y faire face. Mais si l'on

considère au contraire qu'il faut absolument être heureux dans la vie, alors, lorsque plus rien ne va, on se sent d'autant plus démuné, exclu de cette vie heureuse à laquelle on aurait droit. Bref, l'idéologie au nom de laquelle la prévention se justifie renforce paradoxalement le processus qui conduit certains à se sentir « hors jeu ».

Troisièmement, partant du constat que le suicide survient dans des circonstances de deuil (séparation, perte d'emploi...), Jean-Michel Longneaux rappelle que le deuil consiste en un travail par lequel l'individu meurt à ce qu'il n'est plus, pour renaître à ce qu'il devient par les circonstances de la vie. Par le travail du deuil, la personne essaie donc de s'approprier ce qu'elle devient. « Ce travail peut passer par des attitudes de fuite, de violence (qui peut être retournée contre soi-même) ou encore par des épisodes dépressifs pouvant déboucher sur un suicide. Le déni, la violence, la dépression sont des mécanismes que l'individu adopte pour essayer de fuir, dans un premier temps, ce qui le remet en question. S'il est néces-

saire de passer par ces mécanismes pour devenir soi-même, on ne peut dès lors pas les empêcher. La question est donc de savoir comment tolérer, au lieu de les condamner, ces détours que prend la vie. Et jusqu'où les tolérer ? »

Enfin, face au suicide, le philosophe pose une dernière question, de taille pour notre époque où tout doit aller pour le mieux dans le meilleur des mondes : « Quels langages la société offre-t-elle aux personnes, qui leur permettent de dire aux yeux de tout le monde qu'elles sont en difficulté ? Dans une société qui prône le bonheur et l'épanouissement à tout prix, aucun, sinon peut-être, pour certains, celui de la tentative de suicide... »

Colette Barbier

A lire : *Le suicide, un enjeu éthique ?*, n° 45 de la revue francophone d'éthique des soins de santé *Ethica Clinica*. Adresse : FIH asbl, chée de Marche 604, 5101 Erpent. Courriel : ethica.clinica@fih-w.be

BRÈVES

Assuétudes

A partir de février 2008

L'asbl *Le Pélican*, service actif en matière de toxicomanies, propose, à partir de février 2008, des modules de sensibilisation abordant l'alcool et les jeux d'argent et de hasard. Envisagés sous forme d'exposés, d'ateliers ou d'animations, ils répondront à la demande du réseau psycho-médico-social, éducatif, culturel, judiciaire...

Le Pélican, boulevard Emile Bockstaël 230, 1020 Bruxelles. Tél./fax : 02 502 08 61.

Courriel : asbllepelican@hotmail.com.

Site : www.guidesocial.be/le_pelican.

Psychologie de la santé

Godinne

De février à juin 2008

Le Centre d'éducation du patient propose des formations en psychologie de la santé :

Stress - santé - relaxation

3 journées (150 euros) : les 11, 18 et 25 février (9h15 - 16h15).

Expression et gestion des émotions

3 journées (150 euros) : les 28 février, 13 et 20 mars (9h15 - 16h15).

Estime de soi - affirmation de soi

3 journées (150 euros) : les 10, 17 et 24 avril (9h15 - 16h15).

Ecouter avec empathie - communiquer avec authenticité

4 journées (190 euros) : les 22 et 29 mai - 12 et 19 juin (9h15 - 16h15).

Formations - ateliers :

Gestion du stress par la sophrologie

10 séances (90 euros) de 10h00 à 12h00, les mardis 19 et 26 février - 11 et 18 mars - 15, 22 et 29 avril - 10, 17 et 24 juin.

Entraînement à l'écoute empathique

Prérequis : formation à l'écoute ou participation à une journée préalable. 10 séances (150 euros) de 13h30 à 16h00, les mardis 19 et 26 février - 11 et 18 mars - 15, 22 et 29 avril - 10, 17 et 24 juin.

Formatrice : Isabelle Delmotte, psychologue - psychothérapeute et licenciée en communication, chargée de projets au Centre d'éducation du patient. Lieu : Accueil Ste Dorothée, rue Fond de la biche 4, 5530 Godinne.

Inscription par téléphone au 082 61 46 11. 12 participants par groupe. Les boissons sont offertes. Prévoir le repas de midi.

L'inscription est effective après réception du montant au n° de compte DEXIA 796-5303234-18.

Renseignements complémentaires sur le site www.educationdupatient.be. Tél.: 082 61 46 11.

Estime de soi

Liège

12 et 19 février 2008

Le Centre de planning familial le « 37 » organise deux journées de formation ouvertes à tous sur le thème « Et si on communiquait 'vrai'? Des outils pour une meilleure communication et une affirmation de soi plus adaptée ». Cela se passera de 9h15 à 16h30, dans les locaux du planning.

Places limitées. Inscriptions indispensables.

Planning Familial le « 37 », rue Saint Gilles 29, 4000 Liège. Tél.: 04 223 77 89.

Développement durable et alimentation

Liège

16 et 17 février 2008

Formation de 2 jours sur le thème « Outils et techniques d'animation : le développement durable au travers de l'alimentation », organisée par le CRIE de Liège - Education-Environnement asbl, avec le soutien du Ministère de l'Environnement de la Région wallonne. Cette formation s'adresse aux animateurs désireux de concevoir ou d'approfondir des activités de sensibilisation à l'alimentation, son lien avec le développement durable : personnes relais, acteurs de l'éducation relative à l'environnement et des ONG, animateurs socioculturels et de mouvements associatifs, enseignants...

Dates : le samedi 16 février de 9 à 20h et le dimanche 17 février de 9 à 17h.

Lieu : Liège, dans les locaux du CRIE, rue Fuchs 3.

Prix : 40 euros, à verser au compte 523-0412351-79 d'Education-Environnement asbl avec les mentions de vos nom et prénom + alimentation. Inscription avant le 8 février 2008.

Renseignements : CRIE de Liège -

Education-Environnement asbl, 04 250 75 00,

crie.liege@education-environnement.be ou www.crieliège.be.

Assuétudes

Bruxelles

19 et 26 février. 6 mars 2008

Trois journées de formation pratique à l'entretien motivationnel, pour favoriser une communication efficace avec des adolescents. Une organisation du Fares. Elle aura lieu de 9 à 16h au Fares, rue de la Concorde 56,

1050 Bruxelles. L'inscription coûte 150 euros.
Renseignements : Leila Taymans au 02 512 29 36,
courriel leila.taymans@fares.be

Vaccination

Bruxelles

22 et 23 février 2008

Deux journées organisées par le Fonds Houtman (O.N.E.). L'après-midi du vendredi (de 13h15 à 18h) sera consacrée à une approche de santé publique, et la journée du samedi (de 8h30 à 17h) aux mécanismes de la vaccination, aux perspectives de l'industrie pharmaceutique et à l'actualité vaccinale.

Cela se passera au Centre culturel et de congrès de Woluwé-Saint-Pierre, avenue Charles Thielemans 93, 1150 Bruxelles.

L'inscription est de 40 euros lunch compris (10 euros pour les étudiants).

Renseignements : Fonds Houtman, chée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles. Tél.: 02 543 11 71. Fax : 02 543 11 78.

Courriel : houtman@skynet.be.

Internet : www.fondshoutman.be.

« Et si on s'écrivait ? »

Bruxelles

Du 26 février au 10 juin 2008

Depuis le printemps 2006, Question Santé propose chaque année à Bruxelles une formation/atelier d'écriture de six jours. Au départ de cette offre, un constat : nombre de travailleurs de l'aide aux personnes et de la santé sont amenés à écrire professionnellement, et ils ont des choses originales, intéressantes voire passionnantes à dire sur leur expérience, leurs activités, leur public, leurs projets. Mais, lorsqu'il s'agit de mettre ces choses noir sur blanc, c'est souvent le blocage. Et quand on arrive à surmonter l'obstacle, on tombe trop souvent dans la confusion (on n'arrive pas à sortir du « brouillon »), le formalisme et même le jargon professionnel.

C'est que la formation scolaire nous a, à tous, transmis des normes en matière d'écriture. Des normes qui se font fréquemment pesantes, envahissantes, paralysantes. Le stéréotype scolaire du « bien écrire » est un vêtement qui gêne aux entournures, à tel point qu'on préfère parfois ne pas écrire du tout. Et puis, l'école n'a pas laissé que de bons souvenirs : règles compliquées à retenir et à appliquer, remarques en rouge dans la marge, mauvaises notes...

Oui mais. Et si on s'en taillait un sur mesure, de vêtement ? Si on retrouvait le plaisir de choisir un sujet et de le dérouler ? Si on apprenait à se sentir libre de développer une image, de raconter une action, de construire un texte comme on construirait un objet ? Si on se rendait compte que l'on est capable d'écrire avec inventivité, créativité, et peut-être trouver son style à soi ? À ceux et celles qui ont envie de relever ce défi, nous proposons donc ce petit programme. Les trois premières journées sont consacrées à se débarrasser des stéréotypes et des normes scolaires et surtout à *prendre plaisir* à écrire, à voir la consigne comme un cadre stimulant à l'intérieur duquel il y a du jeu. Dire JE, écrire pour soi, lire ce que l'on a écrit et échanger avec les autres ses apprentissages et ses découvertes.

Dès le début, mais surtout au cours des trois journées suivantes, on explore progressivement, toujours de manière créative, des types d'écritures plus classiques ou plus techniques, comme par exemple la chronique, l'éditorial, l'interview, le récit, le billet d'humeur, l'article de presse...

Les prochaines dates sont les mardis 26 février, 18 mars, 8 et 29 avril, 20 mai et 10 juin, de 9h00 à 16h30.

Le groupe comprend 6 à 10 participants.

La participation aux frais est de 60€/personne (couvrant les boissons et les documents distribués).

Les personnes intéressées peuvent contacter le formateur-animateur, Alain Cherbonnier, licencié en lettres romanes, journaliste (Bruxelles Santé), chargé de projet à l'asbl Question Santé. Tél.: 02 512 41 74.

Courriel : alain@questionsante.org

Sexualité

Soumagne

6 mars 2008

L'équipe du Planning Familial le « 37 » vous invite à la soirée interactive « La vie sexuelle et affective après 50 ans »

Valérie Doyen, sexologue au « 37 », proposera des pistes concrètes pour enrichir, poursuivre ou donner un nouveau souffle à la vie sexuelle.

Ouvert à tous et toutes, jeunes et moins jeunes, seul ou en couple... Parce qu'il n'y a pas d'âge pour (re)découvrir les multiples chemins que peut emprunter la sexualité dans la vie de tous les jours...

Cela se passera à 20 heures (accueil dès 19h30), à la Salle La Convi à Soumagne, rue Wegifosse 22.

P.A.F.: 5 euros (en payant à l'avance sur le compte n° 732-0060771-03), 7 euros sur place.

Renseignements au « 37 ». Tél.: 04 223 77 89.

Inscriptions à la Convi. Tél.: 04 377 52 44.

Personne âgée

Arlon

10 mars 2008

« Prendre soin de nos parents vieillissants », dans le cadre des Pauses santé organisées par Vie Féminine, la Mutualité chrétienne de la Province de Luxembourg, et le Centre de planning et de consultation familiale et conjugale d'Arlon.

www.educationsante.be

Visitez notre site internet! Nous y avons stocké en texte intégral près de 1000 articles parus dans la revue depuis le n° 155 en janvier 2001. Vous pourrez y trouver un article en cherchant par nom d'auteur, par numéro de parution, par rubrique, et par mots présents dans le texte (un ou deux mots, ensemble ou s'excluant l'un l'autre). Simple et efficace... Vous y trouverez aussi un agenda mis à jour toutes les semaines.

Certains troubles peuvent apparaître avec l'âge sans être pour autant des signes de la maladie d'Alzheimer. Comment faire face aux pertes de mémoire, à une humeur changeante, une lenteur dans les gestes...? Cela se passera de 12h15 à 13h15, à la Salle polyvalente, rue Netzer 23, 6700 Arlon.

Participation gratuite. Inscription obligatoire au plus tard le jeudi qui précède, auprès de Vie Féminine, tél. 063 22 56 25 (possibilité de réserver un sandwich au même moment, au prix de 3 €).

Santé locale et régionale

Mons

1^{er} au 4 avril 2008



Tableau de bord

Le Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique vient de paraître. Il a été réalisé par le Service communautaire de promotion de la santé SIPES (ULB) avec le soutien de la Communauté française.

Ce Tableau de bord 2007 dresse un état des lieux qui pourra servir d'outil d'aide à la décision, ainsi qu'à la formulation de priorités et de politiques de santé. Il peut également servir à identifier les carences et manques en matière de données nécessaires à l'évaluation et à la définition des politiques et actions de promotion de la santé.

Ce document de 170 pages (néanmoins agréable à consulter, soulignons-le) est constitué de 6 cahiers traitant du dépistage du cancer du sein, de la promotion de la vaccination, de la prévention du sida et des infections sexuellement transmissibles, de la lutte contre la tuberculose, de la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité, et enfin de la promotion de la santé cardio-vasculaire.

Il peut être commandé gratuitement à la DG Santé de la Communauté française (02 413 26 34), chez SIPES ULB (02 555 40 81) et dans les 9 centres locaux de promotion de la santé.

Il peut aussi être téléchargé en PDF aux adresses suivantes : www.sante.cfwb.be (voir en haut à droite sur la page d'accueil) et www.ulb.ac.be/esp/sipes (onglet Publications).

Nous y reviendrons largement dans le courant 2008.

Rectificatif

Nous vous annonçons dans le numéro précédent le lancement d'un Certificat interuniversitaire en intervention auprès des personnes en situation de handicap, organisé par l'Ecole de santé publique de l'UCL et le Département de psychologie des Facultés Notre-Dame de la Paix. Cette formation ne commencera toutefois pas en janvier mais bien en septembre 2008. Nous vous communiquerons les détails en temps utile.

Tribune

Face à l'obésité, une firme s'engage ?

Notre métier est de produire des boissons rafraîchissantes qui procurent du plaisir. Nous le faisons le mieux possible. Et faire le mieux possible, c'est aussi s'engager dans l'effort commun face à l'obésité. Aujourd'hui, nous offrons aux consommateurs français plus de choix et moins de calories. Nous proposons une information nutritionnelle plus précise. Nous encourageons l'activité physique. Nous pratiquons un marketing responsable.

Un géant mondial du soda n'hésite pas à acheter régulièrement une pleine page d'un grand quotidien français pour témoigner solennellement et sobrement de son engagement citoyen en faveur de la santé publique. A première vue, on ne peut que se réjouir de voir le secteur marchand mettre tout son poids (sans mauvais jeu de mot) dans la balance de la lutte contre l'obésité galopante. Mais, quand par comparaison nous observons le volume occupé par la boisson phare de cette firme en version sucrée 2 litres dans les linéaires des grandes surfaces, nous nous demandons si nous lisons mal ou si nous voyons mal.

Qui sera dupe de ces bonnes résolutions de circonstance imposées par la mise à l'agenda (enfin) de l'épidémie d'obésité dans nos pays privilégiés ? De ces protestations de bonne foi nutritionnelle de la part des géants transnationaux qui nient systématiquement leur responsabilité dans ce dossier ?

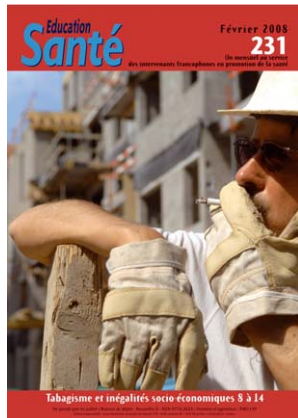
Ils invoquent autant qu'on veut le caractère multifactoriel du grave problème de surcharge pondérale, mais en omettant à chaque fois comme par hasard le rôle de l'offre inadéquate, de la mauvaise qualité de produits manufacturés déséquilibrés en graisses et sucres, du poids du marketing et de la publicité alimentaires, de la prise en otage des enfants prescripteurs d'achats redoutablement efficaces...

Qui d'autre peut se payer à son tour de chères campagnes de publicité pour dénoncer le comportement irresponsable de ces mêmes firmes au cours du temps, et le caractère manipulateur, voire mensonger de leur discours pseudo-citoyens d'aujourd'hui ?

Christian De Bock

Avis aux impatients

Vous pouvez prendre connaissance d'Education Santé une quinzaine de jours avant sa parution. Pour cela, il vous suffit simplement d'envoyer votre adresse électronique à education.sante@mc.be. Vous recevrez alors avant le 25 du mois la revue au format PDF du mois suivant (fichier d'environ 1 Mio). Merci de nous prévenir si vous souhaitez supprimer votre abonnement postal par la même occasion.



Sommaire

Initiatives

- Les aidants proches cherchent de l'aide, par *Charlotte Royen* et *Bernard Van Tichelen* 2
- Infor Santé, ou comment faire de la promotion de la santé de 1001 façons, par *Carole Feulien* 4
- Dopage : illusoire tolérance zéro ?, par *Luc Ruidant* 6
- Pub et enfance, le loup et l'agneau ? Pas si sûr..., par *Alain Husdens* et *Véronique Janzyk* 7

Réflexions

- Pourquoi les populations défavorisées fument-elles plus et que faire en Communauté française, par *Vincent Lorant*, *Lac Hong Nguyen*, *Jacques Prignot* et *Jean Laperche* 8

Données

- Le suicide en Communauté française, état des lieux et prévention, par *Colette Barbier* 14

Brèves

18

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 : Colette Barbier, Carole Feulien.

Ont collaboré à ce numéro : Lac Hong Nguyen, Alain Husdens, Véronique Janzyk, Jean Laperche, Vincent Lorant, Jacques Prignot, Charlotte Royen, Luc Ruidant, Bernard Van Tichelen.

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

Site internet : Maryse Van Audenhaege.

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

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock,

Alain Deccache, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Roger Lonfils, Paul Sonkes, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Christian Van Rompaey.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Thierry Poucet.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2.600 exemplaires.

Diffusion : 2.400 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

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

Pour tous renseignements complémentaires :

Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 48 51. Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Internet : www.educationsante.be

Courriel : education.sante@mc.be

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

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

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

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

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



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