



Grippe H1N1, de la désinformation à la peur...

Enfin un programme pour la santé du cœur ?

De 2007 à 2009, la CAP Cœur, Cellule d'appui à l'opérationnalisation du volet cardiovasculaire du Plan communautaire opérationnel, a soutenu et coordonné un important processus de concertation avec les acteurs concernés par la santé du cœur. Au terme de ce travail, une proposition de Plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française est parue en septembre 2009. Cet article reprend en grande partie des extraits issus de ce Plan.

En Communauté française, le Programme quinquennal de promotion de la santé a déterminé la prévention et la promotion de la santé cardiovasculaire comme étant l'une de ses priorités.

Les maladies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux restent, en effet, la principale cause de mortalité dans notre pays. Chaque année, près de 38 000 Belges décèdent des conséquences de ces maladies, soit environ un tiers du total des décès. Elles constituent, en outre, la troisième cause de décès prématurés, après les tumeurs et les morts violentes.

Les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont le tabagisme, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, l'obésité, la sédentarité, le diabète de type 2. La plupart du temps, ces facteurs sont intimement liés aux comportements individuels et aux modes de vie (manque d'activité physique, alimentation déséquilibrée, habitudes tabagiques, abus d'alcool, excès chronique de stress, etc.). Malheureusement, la population sous-estime l'importance de ces facteurs de risque. Ainsi, 10 % des adultes belges (de 30 à 75 ans) se situent dans la catégorie à haut risque cardiovasculaire. C'est surtout dans cette population que surviennent des accidents... alors que de nombreuses personnes concernées s'ignorent.

Par ailleurs, la prévention des maladies cardiovasculaires est très complexe à appréhender car elle concerne un éventail très large de publics, d'acteurs, de milieux de vie (famille, école, travail), mais également de domaines et de secteurs (santé, activité physique, alimentation, tabagisme, stress...).

Mise en place du processus de mobilisation des acteurs

Pour promouvoir la santé du cœur et prévenir les maladies cardiaques, l'ex-Ministre de la santé en Communauté française, Catherine Fonck, a décidé de mettre en place un groupe de travail réunissant principalement des professionnels de la promotion de la santé. Sa mission : élaborer le volet cardiovasculaire du Plan communautaire opérationnel (PCO) de la Communauté française. Ce groupe de travail a ensuite été élargi et institué en Comité de pilotage.

Au départ, un cadastre

« Fin 2006 – début 2007, une des priorités du Comité de pilotage fut de dresser un cadastre des acteurs et des actions en lien avec la promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française, relate le **D^r Yves Coppieters**, enseignant-chercheur à l'École de Santé Publique ULB et coordinateur de la CAP Cœur. De nombreux acteurs se sont manifestés à travers le cadastre, ce qui nous a permis de constater que, si nous nous rendions compte de la multitude des stratégies destinées à promouvoir la santé du cœur, nous n'étions pas pour autant conscients de la diversité des acteurs en lien direct ou indirect avec cette problématique. »

Parallèlement au cadastre, sorti en avril 2007, le Comité de pilotage a élaboré un document de référence sur les stratégies de prévention et de promotion de la santé cardiovasculaire. « Il s'agit d'un document très intéressant dans la mesure où il a donné un cadre de référence concernant les stratégies à mettre en place, dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, sans pour autant décrire dans les détails de quelle manière et avec quels acteurs agir. »

Naissance du projet CAP Cœur

Le Comité de pilotage a ensuite lancé un appel à projets en vue de constituer une équipe qui l'aiderait à opérationnaliser le cadre de référence. « D'où la naissance du projet Cap Cœur, raconte Yves Coppieters. L'idée était de mettre en place une cellule d'appui au Comité de pilo-

tage. Dotée d'une certaine autonomie, cette cellule avait pour mission de proposer une démarche en vue d'arriver à une programmation très concrète au bout de deux ans. »

Les unités de concertation comme base du processus participatif

Face à la complexité de la thématique cardiovasculaire, un processus de concertation, participatif et multisectoriel, a été mis en place afin d'élaborer un PCO cardiovasculaire tenant compte des multiples réalités de terrain ainsi que des attentes des professionnels et des relais concernés. Ce processus d'échanges et de concertation visait à impliquer les acteurs des divers domaines dans la réflexion et la formulation d'objectifs et de stratégies opérationnelles.

■
La prévention des maladies cardiovasculaires est très complexe à appréhender car elle concerne un éventail très large de publics, d'acteurs, de milieux de vie (famille, école, travail), mais également de domaines et de secteurs (santé, activité physique, alimentation, tabagisme, stress...).
 ■

Pour le mettre en place, neuf unités de concertation ont été constituées et chargées d'identifier des objectifs opérationnels qui pourraient être mis en œuvre dans un délai de deux à cinq ans. Ces groupes de concertation ont permis de couvrir de nombreuses tranches d'âge de la population, ainsi que des groupes plus spécifiques dans différents milieux de vie, de façon à favoriser une approche globale de la santé.

Les unités de concertation :

Petite enfance : cette unité vise les jeunes enfants et leur famille, dans le cadre des milieux d'accueil.

Enseignement fondamental et temps extrascolaires : sont ici visés les enfants de 3 à 12 ans dans le cadre scolaire et pendant les

temps extrascolaires (les temps en dehors des heures de cours, soit le temps de midi, l'encadrement le mercredi après-midi, ou encore pendant les vacances scolaires).

Enseignement secondaire et temps extrascolaires : milieu de vie scolaire et temps extrascolaire pour les 12-18 ans.

Enseignement supérieur et universitaire : les jeunes de plus de 18 ans dans le cadre de vie des études.

Monde du travail : les travailleurs.

Seniors actifs : les 50-75 ans ne vivant pas en institution.

Colloques singuliers : cette unité vise le travail des professionnels de la santé dans le cadre d'entretiens individuels.

Pouvoirs locaux : il ne s'agit pas d'un milieu de vie mais plutôt d'acteurs institutionnels et politiques qui ont un rôle considérable à jouer au niveau de la vie locale (quartier, commune, province...). Cette unité vise principalement les niveaux de pouvoirs communaux et provinciaux.

Populations fragilisées : comme dans beaucoup d'autres domaines, l'influence de la classe sociale (revenu et scolarité) sur le développement de problèmes cardiovasculaires est de mieux en mieux documentée. Cette unité ne correspond pas à un milieu de vie mais reflète plutôt le souci que les publics socialement et économiquement défavorisés soient pris en considération de manière spécifique dans la proposition de Plan. Les autres unités ont d'ailleurs également été attentives aux publics fragilisés.

Un premier forum : échanges et mobilisation

« Une fois les unités de concertation identifiées, il nous fallait mobiliser les personnes qui y prendraient part, poursuit Yves Coppieters. La mobilisation fut faite à partir du cadastre et d'un premier forum d'échanges, organisé en avril 2008, chapeauté par la Communauté française, et auquel nous avons invité différents intervenants dont un expert canadien responsable de programmes régionaux de promotion de la santé au Québec. Le but de cette journée était d'inviter les personnes qui s'étaient manifestées dans le cadastre, afin de leur proposer de travailler sur une programmation tenant, entre autres, compte des actions



Photo © Fotolia

existantes en termes de sensibilisation, de modification des comportements, de facteurs de risque tels que la sédentarité, le tabac et l'alimentation. Environ 140 personnes étaient présentes à ce forum.»

Un forum qui confirmera l'importance de mieux impliquer les responsables institutionnels et les acteurs des multiples secteurs en lien avec les différentes dimensions de la santé cardiovasculaire, en les intégrant dans la réflexion sur les stratégies à développer.

Les différents acteurs impliqués dans ce processus, et donc dans le cadre de l'élaboration du PCO, ont délibérément opté pour un élargissement des stratégies de promotion de la santé au sens large : approches pluridisciplinaires, actions sur les différents facteurs favorisant les états de santé des individus, nécessité de mobiliser tous les acteurs de façon participative.

Le fil conducteur des acteurs impliqués dans cette démarche fut celui de la promotion de la santé, axé sur les besoins de la population et le renforcement des acteurs des secteurs en lien. Ce fil conducteur a également porté sur la diminution des risques tant chez les personnes vulnérables que dans la population générale.

« Après cette première journée d'échanges, nous avons contacté les personnes qui s'étaient montrées intéressées. Notre idée était de réunir des acteurs venant de secteurs assez différents. Nous avons, par exemple, fait appel aux

mutuelles et aux syndicats. La Cap Cœur a aussi invité certaines institutions à la soutenir dans la mobilisation des acteurs et l'animation des unités de concertation.»

Un cadre de planification par unité de concertation

Les analyses et réflexions de chaque unité ont permis l'élaboration de programmations par milieu de vie ou pour des groupes de populations. Chaque unité a produit un cadre de planification comprenant des objectifs opérationnels et des stratégies pour permettre aux acteurs de renforcer leurs propres plans d'action cardiovasculaire, mais aussi pour guider la Communauté française ainsi que d'autres niveaux de pouvoir dans les décisions politiques et la mise en œuvre des actions dans le cadre de la promotion de la santé cardiovasculaire.

En résumé, chaque unité a produit un cadre de planification comprenant :

- des changements souhaitables (objectifs spécifiques) à atteindre dans les cinq ans;
- une série de changements possibles à plus court terme (objectifs intermédiaires), à réaliser dans les deux ans, qui doivent contribuer à atteindre les objectifs spécifiques auxquels ils se rapportent;
- des types d'activités et d'actions à mener en lien avec les objectifs.

L'outil de catégorisation des résultats

La méthodologie utilisée au sein des unités de concertation repose sur une vision systémique qui tient compte de manière détaillée d'un ensemble de facteurs-clés influençant la santé cardiovasculaire. Dans ce cadre, l'outil de catégorisation des résultats, mis au point par la Fondation Promotion Santé Suisse, a été choisi parce qu'il prend en considération toute une série de déterminants de la santé et facteurs qui exercent une influence sur ces déterminants. En effet, c'est en agissant positivement sur les déterminants de la santé et d'autres facteurs pertinents (aussi bien ceux concernant le comportement individuel que les conditions de vie, d'apprentissage, de travail) que l'on peut, à long terme, améliorer la santé de la population ou de groupes de populations.

Les acteurs impliqués

Entre septembre 2008 et mars 2009, les unités de concertation se sont réunies en moyenne à quatre reprises, totalisant 37 journées de concertation et environ 130 participants en lien avec les différents milieux et publics ciblés. Aussi faut-il souligner que c'est la diversité des participants et leur connaissance, tant des dimensions de promotion de la santé que des spécificités liées à leur milieu de vie ou à celles de populations cibles qui ont enrichi considérablement les programmations.

« Une première journée fut centrée sur l'analyse de situations, rapporte le D^r Coppieters. Avec les participants, nous sommes partis des projets existants et nous avons réalisé une analyse de la problématique de la santé cardiovasculaire par rapport au public cible et au milieu de vie de chaque unité de concertation, cela à partir de l'outil de catégorisation des résultats. Une deuxième journée a permis d'extraire de l'analyse systémique les problèmes prioritaires ou les éléments les plus vulnérables pour commencer à les traduire en objectifs généraux et opérationnels.

Au cours de la troisième journée, nous avons poursuivi la planification des objectifs opérationnels, défini des stratégies prioritaires et des exemples d'actions. L'idée n'était pas de réaliser un programme exhaustif, mais de proposer des pistes d'actions en lien avec les stratégies prioritaires.

Entre la troisième et la quatrième journée, nous avons tenté de valider, avec des personnes externes, les résultats des unités. À cette fin, nous avons envoyé la proposition de programme à des experts non impliqués dans le processus de programmation pour leur demander une relecture à l'aide d'une grille d'analyse.

Enfin, nous avons mis à profit la quatrième journée pour travailler en groupes sur les résultats de la validation et produire une programmation finalisée par unité de concertation.

L'appui continu du Comité de pilotage a été très important. Près de la moitié des membres de ce Comité était impliquée dans le travail des unités de concertation, en tant que responsables institutionnels ou acteurs de terrain.»

■
Les analyses et réflexions de chaque unité de concertation ont permis l'élaboration de programmations par milieu de vie ou pour des groupes de populations.
■

L'émergence de stratégies transversales

Au terme de cet important travail participatif, une deuxième journée forum, chapeautéée par la Communauté française, fut organisée le 29 avril 2009. Une centaine de personnes y étaient présentes.

« Les résultats par unité de concertation et les stratégies transversales issues des programmations des unités de concertation y furent présentés. Un représentant de chaque unité de concertation a fait une synthèse du travail propre à son unité. Cela a permis d'échanger les expériences entre les groupes de travail qui avaient adopté la même démarche de programmation.

Des ateliers ont ensuite permis de faire une validation interne de certaines transversalités. Certains participants ont travaillé sur l'environnement, d'autres sur la mobilisation des pouvoirs locaux, d'autres encore sur le renforcement des compétences des relais et des professionnels.

Suite à ce forum, entre mai et septembre 2009, nous avons finalisé le programme général et la programmation de chaque unité de concertation. À ce moment-là, les unités de concertation avaient terminé leur mission. Le travail

de finalisation a donc été réalisé par la Cap Cœur et le Comité de pilotage.»

Les objectifs prioritaires

À partir des programmations produites par les unités de concertation, une analyse qualitative a permis de dégager sept objectifs prioritaires considérés comme des éléments transversaux aux programmations :

- aménager les cadres de vie et les infrastructures;
- développer des offres de promotion de la santé;
- développer des offres de santé et de soutien social de proximité;
- favoriser l'accessibilité aux infrastructures ainsi qu'aux offres de santé, de promotion de la santé et de soutien social;
- mobiliser les acteurs politiques et les responsables institutionnels;
- soutenir les professionnels et renforcer leurs actions auprès de la population;
- assurer et coordonner la mise en œuvre du plan (objectif transversal de gestion).

À travers ces objectifs prioritaires, c'est une approche globale de la santé qui a été privilégiée. Aussi, les principaux facteurs de risques que sont le tabagisme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'excès chronique de stress, l'obésité, la sédentarité, le diabète de type II, ne sont-ils pas repris en tant qu'objectifs prioritaires à part entière. Toutefois, ces facteurs de risque sont traités au fil des objectifs opérationnels et des pistes d'actions.

Des enjeux de société

Au-delà des objectifs prioritaires, la « participation des bénéficiaires » et la « réduction des inégalités sociales de santé » sont appréhendées comme des éléments transversaux, des critères de qualité que les acteurs devraient tenter de mettre en œuvre quels que soient les projets, les actions, les services, les objectifs poursuivis. Ceux-ci dépassent le domaine strictement cardiovasculaire et constituent de véritables enjeux de société à travers toutes actions de promotion de la santé.

Dans cette logique, ces deux volets sont développés au niveau de chaque objectif prioritaire, sous la forme d'un ou de plusieurs objectifs intermédiaires et de pistes d'actions.

Les piliers de la proposition de Plan

Dans le volume 1, la proposition de Plan de promotion de la santé cardiovasculaire est présentée sous la forme d'une programmation générale qui synthétise les stratégies prioritaires (transversalités) de l'ensemble des programmations issues des unités de concertations.

Le volume 2 présente, quant à lui, les programmations spécifiques et les recommandations visant les milieux de vie, publics cibles et acteurs suivants : la petite enfance, l'enseignement fondamental et les temps extrascolaires, l'enseignement secondaire et les temps extrascolaires, l'enseignement supérieur et universitaire, le monde du travail, les seniors actifs, les colloques singuliers, les pouvoirs locaux et les populations fragilisées.

Des parcours de lecture ciblés

La proposition de Plan propose six parcours de lecture qui permettront aux différents professionnels concernés par la prévention et la promotion de la santé cardiovasculaire d'identifier plus facilement les stratégies et pistes d'actions se rapportant à leurs publics cibles ou leur milieu d'intervention :

- pour les acteurs de la promotion de la santé (y compris les Services de promotion de la santé à l'école et les Centres psycho-médico-sociaux pour la Communauté française);
- pour les professionnels de santé en contact direct avec les patients (y compris la médecine du travail);
- pour les travailleurs sociaux;
- pour les acteurs de la petite enfance, de la jeunesse, de l'éducation, du sport;
- pour les responsables institutionnels (directeurs d'organismes, responsables de services) des différents secteurs;
- pour les acteurs politiques (trois niveaux de compétences).

Une proposition à appréhender selon deux niveaux de lecture

Premièrement, la proposition de plan doit servir de cadre d'action pour les acteurs en lien avec les milieux de vie et les publics cibles. Ce cadre ne se veut pas contraignant. Il doit plutôt être appréhendé comme un cadre de référence pour guider tout acteur

Composition du Comité de pilotage

Alliance nationale des mutualités chrétiennes; Cabinet de la Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé; Carolo Prévention Santé; Coordination Éducation et Santé – CORDES asbl; Centre d'éducation du patient asbl; Direction générale de la Santé (Communauté française); École de Santé Publique de l'ULB; Fédération des Maisons médicales; Institut Scientifique de Santé Publique; Inter-Centres-Locaux de Promotion de santé (Inter-CLPS); Observatoire de la santé du Hainaut; Promo Santé et Médecine Générale asbl; Services Communautaires de Promotion de la Santé en Communauté française (APES-ULG, Question Santé asbl, RESO-UCL, SIPES-ULB); Société Scientifique de la Médecine

Générale; Société Scientifique de Santé au Travail; Service d'information Éducation Santé; Union nationale des mutualités libres; Union nationale des mutualités socialistes.
« La composition du Comité de pilotage est assez diversifiée puisqu'on y retrouve des acteurs représentatifs des secteurs en lien avec la promotion de la santé et la prévention cardiovasculaire, fait remarquer Yves Coppieters. Cette diversité d'acteurs tient au fait que les acteurs de la santé cardiovasculaire n'ont pas une étiquette bien déterminée comme c'est le cas, par exemple, pour les acteurs en prévention sida. Beaucoup de personnes qui s'ignorent font de la santé cardiovasculaire. »

Composition de la CAP Cœur et unités de concertation

École de Santé Publique de l'ULB : **Cécile Béduwé, Yves Coppieters et Alain Levêque;**
Centre d'Éducation du Patient asbl : **Jean-Luc Collignon;**
Promo Santé et Médecine Générale asbl : **Valérie Hubens.**
Les institutions qui se sont impliquées dans la démarche méthodologique ou

l'organisation des unités de concertation sont :
l'APES-ULG, le CLPS de Liège, Coordination Éducation & Santé – Cordes asbl, l'École de santé publique de l'ULB, l'Observatoire de la santé du Hainaut (OSH), l'ONE, le RESO-UCL, SIPES-ULB, la Société Scientifique de Santé au Travail, Univers Santé asbl.

qui souhaiterait développer un volet, des stratégies ou ne fût-ce que des actions dans le cadre de la santé du cœur. Les programmations se veulent globales. Il s'agira pour chaque institution, chaque acteur, de sélectionner les propositions en phase avec ses propres réalités de terrain et de les adapter en fonction des spécificités du contexte. Deuxièmement, la programmation s'adresse également aux responsables institutionnels et politiques en charge de la prévention et de la promotion de la santé en Communauté française, ainsi qu'à d'autres niveaux de pouvoir concernés (fédéral, régional ou local) pour qu'ils s'approprient certaines propositions en lien avec leurs compétences.

Colette Barbier

Références

- Béduwé C., Coppieters Y., Collignon JL., Hubens V., Levêque A. *Proposition de plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française. Volume 1. Programmation générale*, CAP Cœur, Bruxelles, septembre 2009.
- Béduwé C., Coppieters Y., Collignon JL., Hubens V., Levêque A. *Proposition de plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française. Volume 2. Programmations par milieux de vie, publics cibles ou acteurs*, CAP Cœur, Bruxelles, septembre 2009.
- Internet : www.santecardiovasculaire.be.



Depuis que la Santé et l'Égalité des Chances ont rejoint, en juillet 2009, les compétences que **Fadila Laanan** exerçait en matière de Culture et d'Audiovisuel depuis 2004, elle a souhaité renforcer la transversalité des politiques publiques comme des initiatives subventionnées, et permettre au plus grand nombre possible de nos concitoyens de bénéficier des effets positifs de ces politiques et de ces initiatives.

Cela se traduit par des convergences entre les départements dont elle a la responsabilité depuis 2009 (sur le mode de celles déjà promues entre opérateurs culturels sous la précédente législature). Cela se concrétise aussi par des méthodes nouvelles pour faire passer les messages de promotion de la santé et de prévention en matière de santé auprès de populations qu'ils n'atteignent pas, ou pas assez, actuellement : la promotion du mammotest auprès d'une population féminine défavorisée en est un exemple; le concours 'sida-stop' pour la prévention du sida auprès des jeunes en est un autre.

Il s'agit, en effet, de concevoir et de diffuser le message de prévention du sida d'une manière originale, pour toucher un public qu'il n'atteint pas ou plus par les canaux traditionnels, et plus particulièrement un public jeune.

Pour y parvenir, l'opération Sida-Stop apporte plusieurs innovations par rapport aux campagnes précédentes.

Elle prend la forme d'un concours faisant appel à la créativité des jeunes de plus de 18 ans pour susciter la réflexion personnelle et l'implication concrète des jeunes eux-mêmes, à travers la réalisation de clips audiovisuels et de spots radiophoniques.

Elle ambitionne de mobiliser les énergies créatives des forces vives en devenir des secteurs culturels et audiovisuels, via notamment les écoles de cinéma.

Elle repose aussi sur la volonté d'offrir une plate-forme d'expression originale aux talents émergents de notre Communauté.

En effet, la ministre souhaite dans la mesure du possible utiliser les meilleurs messages générés par le concours Sida-Stop comme supports de futures campagnes d'intérêt général que la Communauté française diffusera en radio et en télévision.

Elle utilise les canaux de communication d'Internet, car ils sont très largement fréquentés par la population que le concours entend sensibiliser.

Elle implique le public-cible lui-même, en l'associant au choix des capsules audiovisuelles et sonores qui seront primées, pour l'inciter à la réflexion sur la thématique abordée.

Enfin, elle repose sur la conviction que des messages de promotion de la santé destinés à des jeunes seront mieux compris et plus efficaces s'ils sont conçus par des jeunes et si des jeunes sont associés à leur sélection.

Sida-Stop concrètement

L'opération Sida-Stop s'arc-boute sur une plate-forme internet. Elle est ouverte à tous les jeunes créatifs de la Communauté française; aux étudiants des écoles de cinéma; aux animateurs des centres culturels de Wallonie et de Bruxelles ainsi qu'aux jeunes qu'ils encadrent; aux maisons de jeunes; et, plus largement, à tous ceux que ce thème inspire.

Six thématiques sont proposées :

- le regard des jeunes sur le préservatif;
- la première fois et le préservatif;
- le mode de transmission du sida et des IST;
- les situations à risque rencontrées par les jeunes;
- les fausses croyances relatives au sida et aux IST;
- la solidarité avec les personnes séropositives.

Les participants au concours sont invités à présenter des clips audiovisuels ou des spots radiophoniques de 30 à 120 secondes via le site www.sida-stop.be.

Ce dernier permet évidemment de participer au concours, mais fournit aussi un contenu informatif inspiré du site internet de la Plate-forme prévention sida (www.preventionsida.org) et renvoie vers lui à travers une série de liens pour les internautes qui voudraient davantage d'informations.

De même, la section « Actualités » et le volet lié au débat interactif sur www.sida-stop.be seront gérés en lien avec les personnes ressources de la Plate-forme.

Pourquoi deux formes différentes ?

Certaines personnes sont particulièrement à l'aise avec la vidéo, cela n'aura échappé à personne compte tenu de tout ce qui circule sur des plate-formes dédiées à ce mode d'expression : même avec un téléphone portable, certains artistes en herbe ou confirmés réalisent de véritables prouesses. Mais d'autres se sentent plus inspirés par le travail du son et par l'atmosphère particulière qui s'en dégage.

Dans aucun des deux cas, il n'est requis d'utiliser un matériel sophistiqué pour participer au concours : un clip réalisé avec un téléphone portable ou un diaporama photographique ont autant de chances d'être primés qu'un film réalisé avec des moyens plus professionnels, à condition que la pertinence du message et l'originalité de la forme soient présentes.

De plus, le concours n'est pas ouvert aux professionnels.

Dans le même esprit, pour offrir des chances équivalentes à tous les candidats, cette initiative s'articule en plusieurs étapes :

- jusqu'au 31 mai 2010, les clips audiovisuels et les spots radiophoniques envoyés par les candidats seront écoutés ou visionnés (pour éviter tout « dérapage » que la thématique pourrait entraîner) avant d'être mis en ligne sur www.sida-stop.be. Mais le public ne pourra pas encore voter. Ainsi, les candidats qui auront besoin de plus de temps pour la réalisation de leur œuvre ou qui ne pour-

ront pas la réaliser rapidement ne seront pas pénalisés par rapport à ceux qui posteront la leur (sur You Tube) dès le début de l'action;

- du 1^{er} au 15 juin 2010, après la clôture de l'envoi des candidatures, le public pourra voter pour ses clips audiovisuels et ses spots radio-phoniques préférés. Lors de cette phase, 10 réalisations seront retenues;
- entre le 15 et le 25 juin 2010, un jury composé de professionnels des secteurs de la santé et de l'audiovisuel délibérera pour choisir, parmi la sélection du public, les 3 meilleures réalisations. Les résultats seront annoncés avant fin juin.

Les prix

Un prix de 1.000 euros sera décerné à chacune des 3 œuvres issues du vote du public et retenues par le jury de professionnels. Ces trois œuvres pourront éventuellement être diffu-

sées par les opérateurs audiovisuels, dans le cadre des campagnes de promotion de la santé de la Communauté française. Ceci sous réserve d'acceptation par l'instance d'avis compétente pour ces campagnes et à condition de répondre à certains critères techniques.

Un prix de 500 euros sera décerné à chacune des 7 œuvres issues du vote du public mais non retenues par le jury de professionnels.

Le Jury

Il sera composé d'experts « santé » et d'experts « médias ».

Experts « santé »

Jean-Christophe Goffard, médecin, Centre de référence sida Érasme; **Thierry Martin**, Plateforme prévention sida; **Xénia Maszowez**, Centres de planning familial des Femmes prévoyantes socialistes; **Vladimir Martens**, Observatoire du sida et des sexualités; **Patricia Piron**, Direction générale Santé au

Ministère de la Communauté française (en charge des thèmes liés au sida); **Bénédicte Rusingizandekwe**, Coordination sida assuétudes (en charge des projets « jeunes »).

Experts « médias »

Nabil Ben Yadir, réalisateur du film « Les Barons »; **Dan Cukier**, Président de la Commission de sélection des films du Centre du Cinéma et de l'Audiovisuel; **Jean-Jacques Deleeuw**, Directeur RTL Newmedia; **Yves Gérard**, Directeur général RMB; **Alain Lorfèvre**, La Libre Belgique (journaliste cinéma); **Bernadette Wynants**, Présidente du Conseil d'administration RTBF.

Nous reviendrons cet été sur le palmarès de cette initiative.

D'après un communiqué de la Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des chances de la Communauté française – 26 mars 2010

On se (uni) lève tous pour la santé

Le 6 mars, dernier, le Unilever Health Institute Belgium organisait à Wolubilis un symposium au titre appétissant : promouvoir des comportements sains, quels challenges à relever ?

En une demi-journée, les organisateurs entendaient sensibiliser un public de professionnels et d'étudiants sur trois sujets : un état des lieux des facteurs de risque des maladies non contagieuses, les environnements favorables au changement au niveau collectif et les changements d'habitudes individuels.

Passons sur l'intervention absurde de la représentante de la firme Unilever elle-même, qui cita triomphalement des chiffres astronomiques de diminution de sucre, sel, acides gras trans et graisses saturées dans les produits maison : sans éléments de comparaison, cela ne veut strictement rien dire !

Nous retiendrons plutôt de cette matinée l'intervention très vivante de **Caroline Bollars**, une Belge qui travaille à l'OMS Europe, et qui

souligna avec verve le poids des déterminants sociaux, économiques et culturels sur la bonne ou mauvaise santé, tout en se félicitant du grand nombre de pays européens qui, comme le nôtre, ont mis en place des plans nationaux nutrition et santé.

Autre présentation intéressante, celle de **Chris Moris**, le directeur de la Fédération de l'Industrie Alimentaire, qui fit un plaidoyer intelligent en faveur de l'engagement du secteur : appui à tous ses membres sensibles à leur responsabilité en la matière, et pas uniquement à l'écoute des poids lourds du secteur, comme Unilever, Nestlé ou Danone; mise en place et évaluation d'une charte d'engagement; amélioration de l'étiquetage, informations plus claires qu'avant sur les repères nutritionnels journaliers; progression du nombre des firmes qui reformulent au moins un de leurs produits dans le 'bon sens (ce n'est pas énorme, mais c'est déjà mieux que rien !); activité du Fonds FEVIA géré par la

Fondation Roi Baudouin; projet 'Happy Body'... Le professeur émérite **Vinck** pour sa part, spécialiste des changements de comportements, a fait quelques rappels utiles à ceux qui croient encore aujourd'hui (et il y en a !) aux vertus du 'health belief model', dont on sait pourtant qu'il est largement à côté de la plaque. Il s'est aussi livré à une analyse rapide des décisions du jury FEVIA, qui indique que plus de la moitié des projets 'éducatifs' concernant les habitudes alimentaires n'ont tout simplement pas le niveau.

L'amateur de bande dessinée aura aussi apprécié l'allusion réjouissante du **D' Patrice Gross** (ça ne s'invente pas !), à une planche d'Achille Talon pour expliquer la notion de 'restriction cognitive' qui fait échouer tant de tentatives d'amaigrissement.

Bref, une matinée variée à défaut d'être très innovante...

Christian De Bock

¹ Ensemble des comportements alimentaires, des croyances, des interprétations et des cognitions concernant la nourriture et la façon de se nourrir, découlant d'une intention de maîtriser son poids par le contrôle mental du comportement alimentaire (d'après Apfeldorfer et Zermatti, 2009).

Grippe A/H1N1

De la désinformation à la peur...

La vedette 2009 aura été incontestablement la grippe A/H1N1¹, quel que soit le nom que lui ont donné les responsables politiques, scientifiques ou les médias. Mais il est peut-être intéressant de se pencher sur ce succès soudain... Un besoin de catastrophisme, une menace réelle ou la grippe aurait-elle été seulement « première » à un concours de circonstances ? Tentatives de réponses...

Une grippe pas comme les autres ?

Tout d'abord, qu'a fait cette grippe de si particulier pour avoir suscité un tel émoi ? Quelle est sa différence avec les autres ?

Pratiquement rien ! Cependant, direz-vous, à l'échelle du code génétique d'un virus, il en faut probablement peu pour passer de l'innocuité à la maladie mortelle ! C'est vrai. Grosso modo, les virus grippaux sont forgés à partir du même moule. Cependant, il en existe de 3 types : A, B et C. Ils comportent du matériel génétique sous forme de 8 brins indépendants qui sont entourés par une enveloppe. Celle-ci comporte pour tous les types une protéine de type M qui est la base de l'enveloppe. Ensuite, dans les virus A et B, deux protéines doivent être distinguées : les hémagglutinines (H) et les neuraminidases (N). Vu la variation de ces protéines, on leur octroie un numéro selon leur conformation : 1, 2, 3... Chez les virus de type C, il n'y a qu'une seule protéine.

La combinaison des deux protéines pour les virus A renseigne ainsi sur le virus : H1N1, H9N2, etc.

Cette variation est due à des mutations aléatoires des protéines. Parfois ces mutations sont minimes; parfois elles sont plus importantes et sont dites majeures. Ce sont ces dernières qui peuvent donner lieu à une pandémie. En effet, la modification du virus est telle que personne ne l'a jamais rencontré et il constitue donc une nouveauté pour le système immunitaire humain. Le plus souvent cette recombinaison survient chez un

animal (canard) qui le transmet à un autre (porc) pour arriver jusqu'à l'homme. Or avant que ce dernier réagisse, il faut un peu de temps. Le virus a alors l'occasion de créer plus de dégâts à l'organisme, mais aussi de se propager dans la population humaine.

C'était le premier motif d'inquiétude des autorités sanitaires concernant le virus A/H1N1. Celui-ci ne correspondait à rien de connu.

Les virus de la grippe sont des Orthomyxovirus du genre Influenzavirus. Ce nom Influenza (qui donne en anglais « Flu », prononcez « Flou ») viendrait d'une expression italienne « influenza di freddo », influence du froid, ce qui rend compte du caractère saisonnier de la maladie (même si on peut contracter une grippe en été).

Il s'agit du deuxième motif d'inquiétude : le caractère non saisonnier de cette grippe a fait craindre une transmission très facile du virus. Et c'est effectivement le cas ! En Belgique, le premier pic épidémique de cette grippe apparaît à la fin du mois d'octobre 2009 alors que l'épidémie grippale classique atteint son paroxysme en février habituellement.

Les symptômes grippaux sont bien connus : douleurs articulaires et musculaires, fièvre, troubles gastro-intestinaux... Habituellement ceux-ci passent rapidement et la maladie touche principalement les personnes à risque : les personnes âgées, les malades chroniques (cœur, rein, poumons), les diabétiques et les femmes enceintes... Bien sûr, sans surprise la grippe A/H1N1 a atteint aussi ces personnes, mais elle a touché aussi et surtout des jeunes adultes de 30-40 ans en parfaite santé et sans risque ajouté.

La gravité de la symptomatologie chez certaines de ces personnes constitue la troisième raison d'inquiétude, car le mécanisme par lequel agit le virus semble prendre tout le monde au dépourvu. Ce n'est que récemment que cela a été expliqué en partie du moins puisque ce virus s'attaquerait plus facilement aux poumons en provoquant une

réaction immunitaire paroxystique détruisant tout sur son passage.

Par chance, cette réaction immunitaire aberrante est rare. Mais elle est suffisamment grave pour faire craindre des conséquences dramatiques au sein de la population. La question des enfants a également été soulevée au cours de cette épidémie. Habituellement, ils sont exclus des programmes de vaccination. Tout d'abord, on considère (à tort) que la grippe ne les atteint pas ou dans une moindre mesure que les adultes. Cette notion est fautive et plusieurs études montrent que les conséquences peuvent au contraire être très importantes allant jusqu'à des méningites. Cependant, les symptômes qu'ils présentent ne sont pas reconnus comme étant ceux de la grippe. Ensuite, il n'est pas matériellement possible de produire autant de doses pour vacciner tous les enfants. Et d'un point de vue économique, le coût ne pourrait pas être supporté par la communauté, ce qui ne serait pas éthique... Notons quand même que pour cette fois, les autorités sanitaires leur ont trouvé des vaccins. Et avec raison. Une étude toute récente publiée dans le très sérieux *The Lancet* montre que les enfants anglais ont été probablement les plus grands diffuseurs de la maladie dans nos sociétés. La raison est à rechercher d'une part dans le fait que la maladie n'est pas reconnue chez eux, et d'autre part, parce qu'ils restent contaminants bien longtemps après la disparition des symptômes (voir l'encadré pour plus de détails).

Mexicaine ou californienne ?

Mais d'où vient ce virus ? Voilà la question qui était sur toutes les lèvres lorsque l'épidémie s'est déclarée. Et c'était une quatrième source d'anxiété.

La réponse n'est venue que bien plus tard : le premier cas se situe aux alentours de fin mars 2009, dans l'État de Vera Cruz au Mexique. Cependant, cette découverte est remise en question et le premier cas serait survenu 15 jours plus tôt, voire en janvier 2009.

¹ Grippe A/H1N1 : le petit « v » se trouvant à la fin signifie simplement qu'il s'agit d'un nouveau variant, une nouvelle variation génétique du virus de la grippe.

Cela n'a pas tellement d'importance, car il faut distinguer l'origine du premier cas de l'origine du virus ! Concernant celle-ci il y a peu de chance qu'on puisse retracer l'histoire de la recombinaison du virus. Ce que l'on sait est qu'il s'agit d'un virus dont différents éléments viennent de l'homme, du porc et d'oiseau, probablement des canards. Le Center for Diseases Control (CDC) estime qu'il y a 4 virus différents qui ont participé à ce réassortiment, soit du « jamais vu », selon les spécialistes.

Comme le cas a été découvert au Mexique, le qualificatif de mexicaine a été rapidement attribué à cette grippe. Pourtant il faut savoir qu'habituellement, le nom donné au virus vient de la ville ou de la région du laboratoire où il a été isolé la première fois. En l'occurrence, c'était en Californie, la souche actuelle porte d'ailleurs le nom de « California 2009 ». On aurait donc dû parler de « grippe californienne », ce qui on s'en doute n'était pas bien vu par les autorités sanitaires... américaines.

Pandémie ou pas pandémie

Les mots des maux ne sont pas sans effet secondaire ! Et ils s'avèrent même être la cinquième source d'inquiétude.

Par définition, une épidémie est l'émergence de nombreux cas d'une maladie dans une région déterminée tandis que la pandémie concerne de nombreux pays voire une extension au niveau mondial. L'Organisation mondiale de la santé définit 6 phases pour une pandémie (voir tableau ci-dessous)

Or ce qu'il faut savoir est que dans une définition précédente, le nombre de personnes infectées et le nombre de décès dus à la maladie

étaient pris en considération. Tel n'est plus le cas aujourd'hui. Il se fait que les responsables du CDC ont affirmé que sur base des données disponibles au 1/5/2009, il fallait estimer qu'une personne sur 20 infectées était détectée. Si les chiffres obtenus par l'OMS sont multipliés par 20, cela fait froid dans le dos. En fait, rien de neuf sous le soleil : on connaît la même proportion pour la grippe saisonnière.

■
Une étude toute récente publiée dans le très sérieux *The Lancet* montre que les enfants anglais ont été probablement les plus grands diffuseurs de la maladie dans nos sociétés.
 ■

Les explications des autorités n'étaient pas toujours claires. D'ailleurs, d'autres responsables du CDC annonçaient en même temps que le nombre de cas est sous-estimé, mais que la dangerosité du virus n'atteint pas celle du virus de la grippe de 1918.

Il n'en faut pas plus pour accuser l'OMS de favoriser ainsi l'industrie pharmaceutique (voir « Le grand complot ? »). On ne peut pas dire que l'industrie n'a tiré aucun profit de l'opération, mais en l'occurrence il faut savoir aussi que l'OMS avait apporté ce changement de définition à cause de la grippe H5N1 dès 2005.

Par ailleurs, plusieurs voix se sont élevées dès le mois d'avril 2009 estimant au contraire que l'OMS n'allait pas assez vite pour relever le niveau d'alerte. Encore une fois, c'est la peur qui a incité les autorités internationales à agir. La

peur, certes mais la pression des États aussi. En augmentant le niveau d'alerte, l'OMS a permis également à toute une série de mesures préventives d'être prises. Bien sûr, on ne peut pas savoir ce qu'aurait été la pandémie sans celles-ci, plus grave ou identique, mais reconnaissons qu'elles ont probablement contribué à la limitation des dégâts dans nos pays industriels.

Attention en effet ! Le virus circule toujours et il risque d'être bien plus mortel dans les populations les plus pauvres de la planète. C'est la raison pour laquelle la vigilance reste de mise et qu'une aide doit être proposée de manière proactive par nos dirigeants aux pays en développement.

Comme un ouragan...

Le tsunami médiatique qu'a soulevé le vent de la grippe A/H1N1v restera certainement dans les annales des écoles de journalisme. Si l'objectif des autorités sanitaires mondiales et nationales était de ne pas engendrer de panique, leur but a été réduit à néant par les médias qui en ont fait leurs choux gras.

Toute proportion gardée, il faudrait analyser le bénéfice net récolté par les médias avec tout ce battage et le mettre en balance avec celui de l'industrie pharmaceutique. Si les derniers chiffres sont potentiellement accessibles, les premiers ne le seront jamais... Transparence ? Peut-on alors en vouloir aux médias ? La réponse est évidemment négative pour ceux en tout cas qui ont tenté d'y voir clair dès le départ. Or, et c'est là où le bât a blessé, la plus grande confusion régnait auprès des scientifiques interviewés.

Tableau : les différentes phases d'une pandémie (Source OMS)

Phase 1	Aucun cas d'infection chez l'homme due à un virus circulant chez les animaux n'a été signalé.
Phase 2	On sait qu'un virus grippal animal circulant chez des animaux domestiques ou sauvages a provoqué des infections chez l'homme et il est de ce fait considéré comme constituant une menace potentielle de pandémie.
Phase 3	Un virus grippal réassorti animal ou animal-humain a été à l'origine de cas sporadiques ou de petits groupes de cas de maladie dans la population, mais n'a pas entraîné de transmission interhumaine suffisamment efficace pour maintenir les flambées à l'échelon communautaire.
Phase 4	La transmission interhumaine d'un virus grippal réassorti animal ou animal-humain capable de provoquer des flambées à l'échelon communautaire a été vérifiée.
Phase 5	Le virus identifié a provoqué des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins deux pays d'une même région OMS.
Phase 6	Outre les critères définis pour la phase 5, le même virus a provoqué des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins un pays d'une autre région de l'OMS.

La réponse la plus détestée probablement par un journaliste est quand la personne se trouvant en face de lui avoue honnêtement son ignorance. Or il en est souvent comme cela en sciences : on peut souvent plus qu'on ne sait. Le réflexe journalistique veut, mû probablement aussi par une parano professionnelle et un besoin de scoop, que l'on mette en doute celui qui dit qu'il ne sait pas. Avec un peu de manque de discernement, la nécessité de publier et la pression du rédacteur en chef, le journaliste trouvera « l'expert » qui voudra bien lui révéler quelque chose. C'est évidemment la porte ouverte à un grand charivari où la science n'a finalement plus grand-chose à voir.

Doit-on en vouloir aux journalistes alors ? Encore une fois, ils ne sont responsables que de ce qu'ils écrivent, relatent ou narrent et cela, normalement, ils ne l'inventent pas ! Face à des communiqués de presse de plus en plus alarmants émanant de différentes autorités, la tendance est forcément de toujours aller vers le pire. Ce « pire » relayé par les médias est amplifié par d'autres et repris par ces mêmes autorités. On arrive très vite à un phénomène similaire à une bombe nucléaire. De plus, le message manque de cohérence, mais encore une fois, il semble que c'est la crainte d'une violente flambée pandémique mortelle qui dirige la manœuvre. Le premier rapport officiel date du 24/04/2009 et fait mention de quelques cas, 4 jours plus tard, une quarantaine de laboratoires américains confirme avoir retrouvé du H1N1 nouveau variant !

Il y a de quoi perdre son calme même si on ne déplore pas de décès. Le décès du premier patient ajoutera encore à la frénésie de contrôle des autorités. Il faut dire à leur décharge que la mortalité due aux H5N1 était beaucoup plus importante et que la dangerosité du virus n'était pas connue. Si un virus tue rapidement, il ne pourra se répandre que sur un petit nombre de personnes, comme c'est le cas pour le virus Ébola, par exemple. En revanche, s'il provoque des maladies mortelles, mais à long terme, il aura évidemment l'occasion de contaminer un grand nombre de personnes comme pour le papillomavirus humain. Entre ces deux extrêmes, toutes les variantes sont possibles.

Le paroxysme de l'incohérence est atteint lorsque l'OMS décide de relever le niveau d'alerte au maximum tout en demandant aux personnes de ne pas paniquer ! Or ce que n'expliquent pas immédiatement (ou mal) les autorités est que ce relèvement de niveau d'alerte répond à une définition mathématique permettant la mise en place d'une surveillance mondiale de la maladie et du virus avec l'accession pour les états à des budgets réservés à cette fin. Il s'agit aussi d'un signal auprès de l'industrie pour le début de la fabrication d'un nouveau vaccin.

Le public comprend, lui, que nous sommes face à une menace imminente de mort !

La nouvelle se répand d'autant plus vite que les réseaux sociaux tels Facebook, Twitter, etc. amplifient une fois de plus la rumeur qui tient plus de la crise de folie collective que de la simple crainte.

■
Le tsunami médiatique qu'a soulevé le vent de la grippe A/H1N1v restera certainement dans les annales des écoles de journalisme. Si l'objectif des autorités sanitaires mondiales et nationales était de ne pas engendrer de panique, leur but a été réduit à néant par les médias qui en ont fait leurs choux gras.
■

La faute à qui ? Nous sommes habitués à devoir trouver des responsabilités. Il faut bien avouer qu'au début la crise a été globalement assez mal gérée au niveau mondial. Vu les mutations forcément aléatoires du virus, il est difficile de prévoir la réponse autrement dit le vaccin à fabriquer. Toutes les firmes s'étaient attachées à créer un vaccin anti-H5N1 depuis 2005, d'autres laboratoires cherchaient à créer un vaccin absolu dirigé contre une protéine non variable du virus. Les spécialistes de la grippe estimaient lors du congrès trisannuel de l'European Scientific Working group on Influenza (ESWI, <http://www.eswi.org>) en septembre 2008 que la menace viendrait d'un virus H9N2 et non d'un H5N1... Quelques mois

plus tard, c'était le H1N1v qui frappait à nos portes. Pas simple !

Par ailleurs, beaucoup se sont plaints du délai qu'il fallait pour élaborer un vaccin. Deux soucis existaient.

D'une part, il fallait concevoir un vaccin inactivé correspondant au virus H1N1v sans entraver la production du vaccin contre la grippe saisonnière qui permet de protéger contre 3 autres types de virus de la grippe. Or à ce moment, il n'était pas possible de créer un vaccin sur cellules, mais uniquement à partir d'œufs fécondés. L'équation pour le vaccin contre la grippe saisonnière est simple : un vaccin, un œuf ! En effet, on peut créer trois doses dans un œuf mais comme il y a trois types contre lesquels protéger, il faut donc un œuf par personne. Obtenir des œufs fécondés suppose non seulement d'avoir des poules pondeuses en suffisance, mais aussi des coqs fertiles... La question soulevée par le vaccin contre le H1N1v est d'un autre ordre puisque pour cette grippe pandémique, il fallait obtenir beaucoup de doses de vaccins protecteurs en peu de temps. L'utilisation d'adjuvants² était alors très logique. C'est l'option retenue par la firme GlaxoSmithKline, contrairement à Baxter par exemple.

Les firmes productrices comme Sanofi Pasteur, Novartis en plus des deux précédentes, avaient bien auparavant consacré des budgets importants en recherche et développement pour un vaccin contre le H5N1. Ils étaient prêts à réagir mais un vaccin ne se fabrique pas sans précaution et il eut été irresponsable de ne pas lui faire subir les tests habituels de sécurité et d'innocuité même si ceux-ci ont dû être accélérés.

Du côté des autorités publiques en Belgique, le plan était également prêt et a bien fonctionné dans l'ensemble. À posteriori, il apparaît que l'isolement des personnes potentiellement atteintes s'est avéré salvateur et a permis de limiter rapidement la propagation du virus.

Chez nos voisins français, la quarantaine n'a pas été respectée et le nombre de cas par habitant a été proportionnellement bien supérieur.

On peut reprocher un certain cafouillage de communication envers les professionnels de la santé, pharmaciens et médecins. Une fois de plus, cela s'est produit à certains moments

² L'adjuvant est une substance qui renforce simplement la réaction immunitaire et permet donc de réduire la quantité d'antigènes administrés par vaccin. En réduisant la quantité d'antigènes par dose, on peut donc augmenter le nombre de doses tout en gardant la même efficacité.

Et les enfants alors ?

On l'a dit par ailleurs, les enfants sont contaminés par le virus de la grippe, sont malades et la transmettent facilement. Selon le Conseil supérieur de la santé (CSS), il s'agit des vecteurs principaux du virus dans nos populations. Ils peuvent contaminer des personnes potentiellement à risque comme leurs grands-parents.

Si on regarde les chiffres publiés par l'Institut scientifique de la santé publique, on s'aperçoit que le nombre de personnes contaminées est beaucoup plus important chez les moins de 14 ans que dans les autres tranches d'âge. C'est vrai non seulement pour la pandémie de la fin 2009 mais aussi lors du pic épidémique de janvier 2009 où le virus était de type H3N2.

Est-ce à dire qu'il faudrait dès lors vacciner tous les enfants ? Aux USA, le CDC d'Atlanta recommande dans sa dernière publication de mars 2010 que le vaccin soit effective-

ment administré à tous les enfants à partir de 6 mois. En Belgique, le CSS y réfléchit depuis longtemps, mais soyons concret, la vaccination antigrippale des enfants pose plusieurs questions.

Comme on l'a dit, la création d'un vaccin se fait toujours actuellement sur des œufs. Ceux-ci peuvent être difficiles à obtenir. En Belgique, nous n'avons pas moins de 100.000 naissances par an. Il faudrait par conséquent environ 100.000 doses supplémentaires par rapport à ce que nous consommons déjà. Par ailleurs, l'allergie aux œufs semble être de plus en plus importante chez les enfants. Il faudra donc attendre le développement en suffisance de vaccins dits « cellulaires ».

Autre question : le schéma vaccinal sera-t-il encore acceptable pour les parents avec un vaccin de plus à faire chaque année ? Côté positif, le vaccin est beaucoup plus efficace chez l'enfant que chez l'adulte ou la

personne âgée. D'un point de vue sécurité, il est très sûr d'utilisation même chez les tout-petits.

Nous possédons l'une des couvertures vaccinales les plus fortes en Europe; il serait dommage que cela diminue en raison d'un vaccin de trop.

Enfin et c'est peut-être le plus grand frein, pour être efficace, il faudrait que cette vaccination soit gratuite. Or on voit mal comment la Communauté française pourrait supporter ce coût supplémentaire, alors qu'elle a déjà fortement augmenté son budget 'vaccinations' ces dernières années.

Vacciner les enfants contre la grippe se justifie d'un point de vue médical, scientifique et épidémiologique, mais ce bénéfice doit être mis en balance face à d'autres types de prévention tout aussi efficaces.

PDw

de grande tension et quand les discours étaient peu clairs, voire discordants. C'est donc probablement une des leçons à retenir : il faut une communication cohérente et validée tant sur le plan scientifique que politique, ce qui n'est pas toujours facile à concilier.

Si on se place du point de vue des Belges, le CRIOC a publié récemment les résultats d'une enquête très intéressante. Elle se base sur 660 interviews téléphoniques chez des particuliers de 17 ans et plus (avec une marge d'erreur de 3,9 %, les résultats peuvent donc être considérés comme significatifs). Elle a été menée entre le 13 et le 28/01/2010, soit après la crise.

Le public semble rassuré par rapport à la grippe dans 52 % des cas et pas très inquiet dans 30 %. Les personnes interrogées se disent d'ailleurs très bien informées (46 %) ou bien informées (42 %). Seuls 2 % estiment ne pas être informés. Les Belges connaissent d'ailleurs très bien les mesures préventives comme l'hygiène des mains ou éviter un contact avec un malade.

En revanche, seuls 42 % estiment que la vaccination contre la grippe est un « geste de prévention ». Il y a une nette différence entre francophones (25 %) et néerlandophones (55 %) qui estiment la vaccination comme utile d'un point de vue préventif. Les trois quarts des personnes vaccinées contre la grippe saisonnière en sont convaincus également.

■
Le paroxysme de l'incohérence est atteint lorsque l'OMS décide de relever le niveau d'alerte au maximum tout en demandant aux personnes de ne pas paniquer!
■

Près de 90 % des personnes interrogées pensent qu'il est important que les personnes à risque se fassent vacciner et aussi que le vaccin contre la grippe A/H1N1v est efficace. Cela dit, la moitié des Belges pensent que ce vaccin comporte un risque pour la santé. Un tiers des personnes interrogées pensent

qu'une cure de vitamine C permet de réduire le risque de grippe³.

Concernant l'action des autorités, elle est considérée comme trop importante par rapport à la menace réelle par 42 % de la population, et 39 % des gens estiment qu'elles font ce qu'il faut. Le bilan n'est donc pas négatif de ce point de vue.

Le « grand complot »

La peur engendre des réactions diverses, mais peu cristallisent aussi fort l'attention que celles qui concernent la vaccination, et ce depuis la première expérience de **Jenner** au XIX^e siècle.

Il faut dire que la variolisation importée de pratiques du Moyen-Orient engendrait effectivement des effets secondaires importants, les « variolisés » développant même la maladie.

Pasteur et d'autres à sa suite ont permis la mise au point de vaccins de plus en plus sûrs et de plus en plus efficaces. Malgré tout, les fantasmes et les peurs persistent. Ainsi, ce

3 Ce qu'aucune étude clinique n'a permis de démontrer à ce jour.

n'est que récemment que le Lancet a accepté de retirer un article célèbre qui accusait, sur base de 12 cas rapportés, le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons de provoquer un autisme chez les enfants vaccinés... Cet article, publié il y a 12 ans, avait fait l'objet d'une polémique. Plusieurs dizaines d'équipes de chercheurs ont tenté de reproduire les résultats comme cela se fait en science, mais rien à faire ! Tous sont arrivés à la même conclusion : il n'y a aucun lien entre vaccin RRO et autisme. Le même type de craintes était apparu entre le vaccin anti-hépatite B et la sclérose en plaques. Encore une fois, aucun lien n'a pu être établi.

Comme Caïn !

Pour en revenir à l'influenza, lors de l'épidémie de grippe due au type New Jersey, un autre A/H1N1 montrant beaucoup de similitudes avec celui que nous connaissons aujourd'hui, la campagne de vaccination a été liée à l'apparition de syndrome de Guillain-Barré⁴. Des études rétrospectives menées après l'épidémie ont montré que le risque de développer cette maladie était 10 fois plus important si on était atteint par la grippe ou une autre infection. Il est apparu que le nombre de cas chez les personnes vaccinées n'excédait pas ce qui était attendu dans la population générale. Toutefois, la mise en place d'un réseau de vaccino-vigilance a permis de détecter les cas plus tôt qu'auparavant. C'est notre point de vue qui change et non la maladie elle-même... En parcourant ce qui est paru sur les blogs et autres réseaux sociaux, on s'aperçoit que la

crainte liée au vaccin est liée à celle de l'implantation de micropuces électroniques chargées de nous surveiller, un peu comme l'œil divin sur Caïn !

Pour d'autres professionnels de la presse pseudoscientifique à sensation, la grippe A/H1N1v serait une arme biologique de destruction massive pour « lutter contre l'explosion démographique », explique une certaine Kerry Cassidy (membre fondatrice de Camelot) dans la revue « Dossiers Secrets d'États » de décembre 2009.

■
Pendant, on ne peut effectivement s'empêcher de penser à l'importance démesurée donnée à cette grippe alors que sa cousine saisonnière fait bien plus de victimes dans le silence. sans même parler de la malaria (plus d'1 million de morts par an) ou d'autres maladies touchant les pays les plus pauvres.

Série B

Plus loin dans la même revue, on retrouve une interview de Jane Burgermeister, une journaliste autrichienne. Celle-ci a été au centre d'une polémique lorsqu'elle a mis « au grand jour » un « complot » visant à intoxiquer nos contemporains par un vaccin anti-grippe falsifié de manière volontaire. Il faut dire que son curriculum vitae la place comme journaliste chez Nature et Science. Cela appuie donc fortement ses propos.

Son récit semble sorti de la littérature d'espionnage des années de Guerre froide. Elle voit

dans la préparation de l'OMS et des États une opération coordonnée volontaire (jusqu'à elle a raison) afin de vacciner les gens avec du matériel contaminé par d'autres virus comme celui de la grippe H5N1 (là, elle dérape...). Elle préconise donc de refuser le vaccin, de porter un masque et de consommer des vitamines C et D3. Elle porte plainte auprès des autorités autrichiennes et fait même enregistrer sa plainte auprès du FBI, incriminant l'industrie pharmaceutique, les dirigeants américains, les financiers, etc. Rien que ça ! Elle affirme même que la « population mondiale » a refusé de se faire vacciner, prenant pour preuve des réactions de personnes sur des blogs...

Tout cela prêterait à rire si cela ne contribuait pas à la désinformation globale, probablement plus délétère que la grippe elle-même. En serons-nous à désirer, pour résoudre la crise économique et démographique qui transparaît en toile de fond de l'argumentation de Burgermeister une « bonne grippe » comme d'aucuns à une époque que l'on espère révoquée, souhaitaient une « bonne guerre »?

Cynisme inhumain qui voyait dans la décapitation de villes entières lors des grandes épidémies de peste, l'opportunité de mettre en place de nouveaux gouvernants, voire aujourd'hui un « nouvel ordre mondial »...

Or plus on lutte contre ce genre de théories, plus elles s'en alimentent, renforçant ainsi leurs propres hypothèses paranoïdes. Ne pas les combattre, les ignorer revient à se taire, argument qu'elles n'hésitent pas à utiliser puisque « qui ne dit mot, consent ! ». Pour **Denis Duclos**, anthropologue au CNRS, dans le Monde

(suite en page 14)

4 Syndrome de Guillain-Barré : il s'agit d'une atteinte des nerfs entraînant des douleurs et des paralysies partielles, de manière transitoire, mais qui peuvent durer longtemps. La maladie est sévère et invalidante, pouvant aller jusqu'à nécessiter un séjour en réanimation. Traitée, elle peut être guérie, mais pas toujours sans séquelles. On connaît mal son origine exacte mais elle survient le plus souvent après une infection bactérienne, virale, etc.

Grippe A/H1N1 - L'avis du Commissariat belge

Depuis avril 2009, plus personne n'ignore qui est le **D' Daniel Reynders**, le coordinateur stratégique de la Cellule influenza, tant il a été sollicité par les médias. Aujourd'hui alors que nous sommes en phase post-épidémique, nous lui avons demandé quelles étaient ses impressions et les leçons à retirer

des événements qui ont émaillé l'année dernière.

On sait que la vaccination n'a pas connu le succès qu'on supposait. Pourriez-vous nous dire la quantité de vaccins utilisée en Belgique ?

Concernant les doses de vaccins, nous avons commandé à la firme GlaxoSmithKline 12,6

millions de doses. Vu la faible virulence du virus A/H1N1v, une réduction d'environ 30 % des doses commandées a pu être obtenue, ce qui nous donne un stock d'environ 8 millions de doses dont 2,2 millions ont été distribuées dans les pharmacies. Par ailleurs à la demande de l'OMS, la

Belgique a donné plus de 1,2 million de doses pour permettre une vaccination gratuite dans les pays en développement. Le choix de la quantité de vaccins à produire a été réalisé en 2005-2006 donc bien avant qu'une pandémie se déclare. À ce moment-là, nous vivions avec le spectre du virus H5N1 qui était beaucoup plus dangereux que celui que nous avons connu en 2009. Il était donc raisonnable de vouloir protéger le plus de monde possible.

Concernant les coûts, il est trop tôt pour pouvoir réaliser un bilan définitif⁵. Il faudra attendre les chiffres des mutuelles pour en savoir plus car les médecins apposaient sur le bordereau de consultation les lettres VGA (pour Vaccin Grippe A). La consultation était alors remboursée complètement au patient. Dans les hôpitaux, la vaccination était totalement gratuite et bien enregistrée, donc nous avons dans ce cas des chiffres précis. *Est-ce à dire que 2,2 millions de résidents en Belgique ont effectivement été vaccinés ?*

Non, là encore on manque de données puisqu'en dehors des hôpitaux, l'enregistrement des vaccinations n'a pu être effectué de manière suffisamment précise. En effet, certains médecins généralistes ont refusé d'utiliser la plateforme *e-Health*.

Ce refus dépasse de très loin la problématique soulevée par le vaccin, mais le résultat est que nous n'avons pas de chiffres fiables à l'heure actuelle. Le remboursement VGA nous renseignera mais il est probable que nous n'atteindrons pas les 2,2 millions de personnes vaccinées. Un certain nombre de médecins ont sans doute gardé une réserve de vaccins chez eux; de plus, comme il s'agissait de flacons contenant 10 doses, il se peut que toutes n'aient pas pu être utilisées dans le délai imparti et ont atteint leur péremption avant l'injection. Quoi qu'il en soit, il est raisonnable de penser qu'environ 2 millions de personnes en Belgique ont effectivement été vaccinées.

Quel est le coût d'une telle campagne ?

Le budget qui a été voté devait tenir dans une enveloppe de 110 millions d'euros, dont

80 ont été consacrés à l'achat des vaccins. À cela, il faudra ajouter tous les autres frais de logistique, de communication et, bien sûr, le remboursement des consultations. On dépassera probablement les 100 millions. Cela étant, les consultations remboursées à 100 % pour la vaccination des personnes à risque ont permis probablement d'éviter d'autres consultations et la prescription d'autres traitements. N'oublions pas non plus que la grippe est responsable d'un absentéisme important et qu'elle tue aussi par les complications qu'elle engendre. Si celles-ci ne sont, heureusement, pas toutes mortelles, elles induisent une invalidité plus ou moins longue et un taux d'hospitalisations non négligeable. C'est l'ensemble de ces bénéfices qu'il faudra prendre en compte dans le décompte final.

Au moment de la campagne de vaccination, on a connu un certain flottement. Les autorités ne semblaient pas très bien savoir comment gérer cette situation, comment l'expliquez-vous ?

Nous avions un plan prévu au départ pour vacciner le plus de monde possible en un minimum de temps. La méthode la plus efficace est de rassembler les personnes et de réaliser une vaccination de masse via un plan communal. Ceci a été décidé sur base d'un virus grippal dangereux et qui se répand vite. Le plan des hôpitaux a bien fonctionné, mais le virus étant heureusement moins virulent que prévu, les experts ont recommandé de vacciner certains groupes à risque. Nous avons donc dû passer à un autre système impliquant les pharmaciens et les médecins généralistes, ces derniers étant effectivement les mieux placés pour vacciner les personnes à risque dans ce contexte.

Quels sont les enseignements que l'on peut retirer de cette expérience ?

Tout d'abord, nous avons découvert avec cette pandémie, et cela se reproduira encore dans le futur, que nous ne pouvons jamais être totalement préparés à ce qui va se passer. Nous pensions le virus plus dangereux qu'il n'était, heureusement. C'est donc un élément

important à intégrer dans notre plan d'action et à expliquer à la population. Ceci permet de mieux comprendre ce qui se passe pendant et après la crise. L'investissement qui a été fait paraît peut-être démesuré aujourd'hui, mais il se justifiait parfaitement. Il est très probable que la même prudence serait de mise si une autre crise devait survenir dans le futur. Ensuite, si on additionne le nombre de personnes qui ont contracté cette grippe (symptomatiques ou non) et le nombre de personnes vaccinées, cela laisse tout de même un grand nombre de personnes susceptibles d'être contaminées lors d'une prochaine épidémie. Le suivi épidémiologique des virus de la grippe nous apprend d'ailleurs que le nombre de personnes atteintes par le A/H1N1v ira croissant pendant quelques années puis sera remplacé par un autre type du virus de la grippe. Je pense aussi que les autorités sanitaires au niveau mondial comme au niveau national n'ont pas compris l'importance des mouvements d'opinion mettant en doute l'intérêt de la vaccination. On peut s'interroger sur les conséquences de telles mouvances si nous avons été face à une maladie grave. C'est donc un élément à prendre en considération d'autant plus qu'aujourd'hui avec les réseaux sociaux, l'information (quelle que soit sa qualité) circule beaucoup plus rapidement qu'auparavant. Enfin, les professionnels de santé de première ligne, les médecins généralistes, les pédiatres, les gynécologues et les pharmaciens, devraient peut-être mieux prendre conscience qu'il est essentiel de se préparer à ce type d'événements. Les autorités, de leur côté, doivent mieux organiser leur réponse en tenant compte justement de ces intervenants de première ligne. Cette crise a permis de créer des partenariats, nous devons entretenir ces bonnes relations.

Propos recueillis par **Pierre Dewaele**

⁵ Interview réalisée le 2/3/2010

(suite de la page 12)

Diplomatique (09/2009), c'est le passage à travers la peau qui engendrerait cette peur, « qui constituerait le noyau du fantasme ».

Prix à payer!

Autre aspect polémique né de l'utilisation de ces vaccins, les profits réalisés par l'industrie pharmaceutique grâce à l'aval de l'OMS et de ses experts. Accuser les laboratoires pharmaceutiques d'avoir organisé la crise et la panique qui a suivi est méconnaître l'histoire. Les scientifiques assurent depuis plus de 20 ans que nous devons faire face à une mutation majeure du virus grippal. A l'époque, nous ne possédions aucune arme de réaction rapide. Avec l'arrivée des antiviraux comme le Tamiflu® et le Relenza®, les cliniciens ont pu un peu respirer, mais nous ne disposons toujours pas d'un vaccin qui serait efficace contre tous les virus grippaux à la fois. Que l'industrie ait fait des profits dans cette affaire, il fallait s'y attendre. Reprocherait-on aux aciéries d'augmenter leur chiffre d'affaires quand la demande en acier se fait plus forte sur les marchés mondiaux ?

La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût ! De plus, l'industrie du vaccin a payé cher la recherche et le développement de ces vaccins pandémiques. Rappelons qu'au départ, elle travaillait sur le H5N1 et non sur le H1N1.

Que les experts qui ont été appelés par l'OMS soient également impliqués dans la recherche fondamentale ou clinique de ces mêmes vaccins ne peut étonner que ceux qui ignorent que ces experts travaillent bien souvent dans les meilleurs laboratoires de recherche universitaire. Or ils sont obligés de développer des contacts et des contrats avec l'industrie pharmaceutique pour la subsistance même de leur laboratoire. Et c'est parce que ce sont les meilleurs et les plus renommés qu'ils ont été appelés par les instances internationales en tant qu'experts.

Cependant, on ne peut effectivement s'empêcher de penser à l'importance démesurée donnée à cette grippe alors que sa cousine saisonnière fait bien plus de victimes dans le silence, sans même parler de la malaria (plus d'1 million de morts par an) ou d'autres maladies touchant les pays les plus pauvres. La

peur comme la vie n'ont pas le même prix partout...

Que reste-t-il alors de toutes les accusations ? Une série de faits qui ne peuvent être reliés les uns aux autres, une suite de coïncidences... Que certains lots de vaccins contaminés aient été retirés du marché, c'est certain; que certains aient retiré des bénéfices de la crise, c'est tout aussi probable, mais que l'on estime dès lors qu'il s'agit d'un vaste plan de destruction massive faisant intervenir des *illuminati*⁶ et autres « anges et démons » tient du mauvais roman fantastique.

Que nous restions vigilants, en proie au doute, quoi de plus normal, quoi de plus sain ? Toutefois si ce doute se mue en peur, voire en obligation d'avoir peur de l'autre, s'ouvre alors une boîte de Pandore libérant toutes les errances humaines, de celles qui ont mené à la mort de populations entières où la grippe ou d'autres infections n'ont aucune responsabilité...

Pierre Dewaele, journaliste Polyhedra

⁶ Il faut entendre ici *illuminati* au sens de la théorie du complot : organisation conspiratrice supposée, agissant dans l'ombre du pouvoir, contrôlant prétendument les affaires du monde au travers des gouvernements et des grandes multinationales et visant à l'établissement du Nouvel ordre mondial (définition de Wikipédia).

La grippe H1N1 et les médias sous la loupe

Une après-midi d'étude organisée à l'initiative de l'Observatoire du récit médiatique de l'UCL (ORM) a décortiqué le traitement médiatique de ce « non-événement » mondial le 26 mars dernier.

Les médias ont-ils été trop loin ? Ont-ils espéré le pire ? Ont-ils dramatisé l'événement ? Ou ont-ils été à la traîne de l'OMS et des services de prévention des gouvernements ? Toutes ces questions se posent, au lendemain d'un an de passions médiatiques autour de ce qui aurait dû être un événement planétaire : la grippe H1N1.

Il y a un an, la panique s'abattait en effet sur la planète : une grippe mortelle touchait le Mexique. Le pays était mis en quarantaine, l'OMS tirait rapidement la sonnette de l'alarme maximale et, dans le monde entier, on commençait à compter les morts tout en

lançant d'imposantes campagnes de prévention.

L'épidémie annoncée dans nos contrées pour cet hiver n'a toutefois pas eu lieu. Et de drame, la grippe H1N1 est devenue un non-événement significatif du fonctionnement médiatique actuel.

Le traitement médiatique de la grippe a été au centre du travail mené par un séminaire de recherches de 3^e cycle en information et communication à l'UCL. Le phénomène a été analysé à travers l'étude de cas précis de fonctionnement médiatique, à la fois en Belgique et dans plusieurs pays étrangers.

Rien de spectaculaire ne sort de l'analyse du 'Soir', du JT de France 2, ou du 'Journal du médecin', qui ne sont sans doute pas au départ les médias les plus friands d'informations 'choc'.

Par contre, on observera avec intérêt la présence bien visible de la théorie du 'complot' dans la presse francophone canadienne (contamination nord-américaine oblige), la spectacularisation quasi fictionnelle du sort des 'victimes' dans les télévisions turques, et le vocabulaire 'innocent' de la chaîne 'Al Jazeera', qui qualifia systématiquement la grippe de 'porcine' plutôt que de 'mexicaine' ! On trouve parfois le contentieux Orient-Occident là où ne l'attend pas !

CDB

Dossier du n° 45 de Médiatiques – récit et société, une publication de l'ORM. En vente au prix de 6 euros au Département de communication sociale de l'UCL, ruelle de la Lanterne magique 14, 1348 Louvain-la-Neuve. Internet : www.comu.ucl.ac.be

Fadila Laanan, une vision transversale de la prévention

À l'entame d'une législature, il nous a semblé particulièrement intéressant d'interroger la nouvelle ministre francophone de la Santé sur ses priorités, et sur les accents spécifiques qu'elle entend imprimer à la politique de promotion de la santé et de médecine préventive en Communauté française. Petit tour d'horizon en compagnie de Fadila Laanan.

Éducation Santé : Quel bilan faites-vous des réalisations de la Communauté française sous la législature précédente ? Vous faisiez partie du Gouvernement aux côtés de Catherine Fonck, cela vous donne un point de vue privilégié sur cette question.

Fadila Laanan : Au risque de vous étonner, je ne vais pas me prononcer sur ce point dans les termes où vous le soulevez. Les politiques qui ont été menées sous la précédente législature ont été le fruit d'échanges de vues et – parfois après des désaccords – de compromis que l'ensemble du Gouvernement a assumés collectivement. La ministre précédente, Catherine Fonck, a fait des choix dans une enveloppe limitée. Je n'aurais peut-être pas fait les mêmes, ou peut-être les aurais-je fait également : à quoi bon revenir là-dessus ?

La continuité du service public impose un minimum de cohérence dans la poursuite de l'action publique et, de mon point de vue, un minimum de correction. Ainsi, par exemple, j'ai maintenu les deuxièmes vagues des campagnes de promotion de la santé qui avaient été initiées sous la précédente législature. Et j'ai même lancé la toute nouvelle campagne de promotion du mammoth, qui avait été initiée à l'époque de Catherine Fonck, en précisant d'ailleurs bien que tel était le cas. Ceci alors qu'elle soulevait pourtant des questions dans mon entourage, parce que j'ai estimé qu'il aurait été sot, en période d'austérité budgétaire, de jeter à la poubelle le travail qui avait été fait.

Par contre, même si je ne veux pas m'attarder sur le passé, je n'ai pas de tabou pour le futur. Chacun jugera si c'est un avantage pour le secteur d'avoir une ministre qui n'est pas médecin mais, même si j'ai bien sûr des convictions poli-



Photo © Alexis Hauilot

tiques, je n'ai pas d'idées préconçues sur une série de choses. C'est important, car nous sommes en pleine période d'évaluation de l'ensemble de nos politiques, comme prévu dans le décret du 14 juillet 1997, modifié en 2009, et dans la Déclaration de politique communautaire. Je peux vous dire que j'aborde cette évaluation sans me dire que je dois à tout prix marquer le secteur de mon empreinte, mais avec la volonté farouche d'œuvrer au mieux, comme je l'ai fait en culture et en audiovisuel depuis 2004, au bénéfice de tous nos concitoyens.

E.S. : Quels enjeux fondamentaux guideront votre action ? Sur quels aspects de la politique de prévention allez-vous mettre un accent particulier ?

F.L. : Je vais vous en citer six.

Avant tout, je veux **lutter contre les inégalités sociales de santé**. Je mettrai un accent particulier sur les stratégies dites de « santé communautaire », en réseau avec les acteurs de la commune et la participation des citoyens. J'ai l'intention d'associer les pouvoirs locaux, afin qu'ils deviennent des éléments moteurs dans

la dynamique et les pivots des synergies locales à tisser nécessairement avec les CPAS, les centres de santé, les centres sportifs, les écoles, les centres culturels, les mouvements associatifs... Ce partenariat est indispensable pour agir sur tous les déterminants de la santé : biologiques, sociaux, culturels, environnementaux (l'obésité, la sédentarité, la précarité, la violence, l'hypertension artérielle, l'isolement social, l'accès aux services de santé, l'accès à la pratique sportive...). Si nous pouvons influencer, ensemble, de manière concertée et complémentaire, sur ces déterminants, nous pourrions au final améliorer la qualité de vie et la santé globale de nos concitoyens. Je serai attentive à ce que les projets mis en place dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales de santé agissent aussi sur les préjugés, les disqualifications, les discriminations (sociales, culturelles, ethniques, de genre ou d'identité sexuelle), les ghettoisations, les exclusions sociales, qui sont particulièrement dommageables pour la santé.

Je compte, par ailleurs, proposer un plan et une **politique concertée, cohérente et transversale en matière d'assuétudes**. Mon action reposera sur la prévention et la réduction des risques, et sera menée en collaboration avec la Région wallonne et la Région bruxelloise. De nombreux professionnels interviennent dans la prévention primaire, secondaire, tertiaire des consommations et dans l'aide et l'accompagnement des personnes dépendantes. Ils sont issus des secteurs associatif, médical et paramédical. Le succès dans la réduction des assuétudes passe par l'articulation des compétences en matière de prévention, de réduction des risques et de traitement, lesquelles dépendent, certes, de la Communauté française, mais aussi des Régions. C'est pourquoi, je veux travailler avec l'ensemble des parties concernées.

Je souhaite, aussi, améliorer la **prévention du suicide**. Les résultats de l'Enquête de santé par interview de 2008 sont préoccupants : plus d'une personne (de 15 ans et plus) sur 10 a déjà pensé au suicide et une personne sur 20 a déjà fait une tentative de suicide au cours de son existence.

Il s'agit, là aussi, d'un axe prioritaire de la Déclaration de politique communautaire 2009-2014 : elle prévoit, en collaboration avec la Région wallonne, de rompre le silence et de nous donner les moyens d'une prévention efficace. Il s'agit d'une de mes priorités de législature, pour laquelle j'entends écouter les professionnels du terrain, puis proposer des actions concrètes, dans le respect des compétences de chaque entité.

Je vais, en outre, promouvoir la **mise en place de « cellules bien-être » dans les écoles.**

L'école est un milieu de vie privilégié pour créer une réflexion et un environnement propices au développement de comportements favorables à la santé. Plusieurs acteurs-clés sont déjà présents dans les écoles : les enseignants, les services de promotion de santé à l'école (S-PSE), les centres psycho-médico-sociaux de la Communauté française (C-PMS), les élèves et, indirectement, les parents.

Ces « cellules bien-être » dans les écoles auront pour objet de renforcer les déterminants positifs de la santé en milieu scolaire (aptitudes individuelles et collectives liées à la gestion des conflits et de la violence; prise en considération des besoins des élèves et des professeurs; instauration d'espaces de dialogue...). Ceci par le développement du « vivre mieux ensemble à l'école » et par la mise en place d'environnements physique et social favorables à la santé.

Ces cellules bénéficieront de l'expertise des S-PSE et C-PMS qui seront amenés à renforcer leur collaboration. Ce dossier fait partie des nombreux dossiers communs partagés avec ma collègue en charge de l'Enseignement, la ministre **Marie-Dominique Simonet.**

Il entre d'autre part dans mes priorités de développer **l'Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle** au sein des écoles. L'EVRAS doit selon moi s'inscrire dans une démarche d'éducation à la citoyenneté : il s'agit de permettre aux enfants et aux jeunes de bénéficier au cours de leur scolarité de modules organisés en vue de leur faire prendre conscience de leurs droits et devoirs en matière de santé sexuelle. Nous disposons déjà de nombreuses études réalisées au cours des législatures précédentes, qui confirment la pertinence de ce type de projet. Je compte conclure avec la Région wallonne et, en Région bruxelloise, avec la Commission communautaire française, un accord de coopé-

ration en vue d'une généralisation progressive de tels modules au profit de l'ensemble des jeunes de la Communauté française.

Sixième priorité : je poursuivrai la politique de **promotion des attitudes saines.** Actuellement, presque un adulte sur deux et un enfant sur cinq présentent un surpoids. Au-delà du problème de poids, un certain nombre de maladies pourraient être évitées par un meilleur équilibre alimentaire, un mode de vie moins sédentaire, une consommation responsable d'alcool, la diminution du tabagisme. Le Gouvernement de la Communauté française s'est engagé à poursuivre sa politique de promotion des attitudes saines. Il s'agit donc clairement d'une de mes priorités, qui se concrétisera dans un deuxième Plan attitudes saines, en collaboration avec notamment, ici aussi, ma collègue Marie-Dominique Simonet.

■
J'ai l'intention d'associer les pouvoirs locaux, afin qu'ils deviennent des éléments moteurs dans la dynamique et les pivots des synergies locales à tisser nécessairement avec les CPAS, les centres de santé, les centres sportifs, les écoles, les centres culturels, les mouvements associatifs...
■

E.S.: Vous avez choisi le programme de dépistage organisé du cancer du sein comme sujet de votre première conférence de presse. Pour quel motif ? Pensez-vous pouvoir faire mieux que vos prédécesseurs, qui n'ont pas réussi en Communauté française à donner au programme l'ampleur qu'il a prise dans le nord du pays ?

F.L.: Le fait qu'il s'agisse du thème de ma première conférence de presse est un peu un hasard, lié au fait que la campagne débutait. Depuis que j'exerce une fonction en matière de Santé, j'ai répondu à des dizaines de questions parlementaires sur les sujets les plus divers; j'ai, dans plusieurs dossiers, assuré la continuité dont je vous parlais en réponse à votre première question; j'ai participé à diverses réunions avec des professionnels de la santé; j'ai participé aux décisions collégiales et intergouvernementales en matière de grippe, etc. Mais comme je ne suis pas non

plus une habituée des effets d'annonce et comme, je vous le disais aussi, nous sommes en période d'évaluation d'une série de dispositifs, il n'y avait pas de raison que je suscite un battage médiatique.

Cela dit, le dépistage du cancer du sein est un réel enjeu. Comme l'alimentation saine et la prévention en matière de sida, qui ont fait l'objet des conférences de presse suivantes. Donc, vous le voyez, le champ des compétences de la Communauté française en matière de santé, qui n'est pas infini, retient toute mon attention et m'amène à inviter les médias, quand je pense avoir des choses concrètes à faire connaître. J'ai procédé de la sorte en culture et en audiovisuel entre 2004 et 2009 et j'estime ne pas à avoir à rougir de mon bilan.

Concernant plus particulièrement le dépistage du cancer du sein par mammographie, je ne reviendrai pas sur les détails pratiques, car vous y avez consacré tout un dossier et les informations sont en ligne sur le site Internet www.lemammotest.be. L'enjeu essentiel à mes yeux, et vous partagez ce jugement si je me réfère à votre question, est d'améliorer le taux de participation des femmes; et, surtout, de toucher les femmes qui actuellement ne font l'objet d'aucun dépistage, lesquelles représentent 45 % de la population cible. Je suis convaincue que l'évolution en cours des technologies en matière de radiologie, avec la numérisation, va nous y aider. Mais je m'efforce aussi de renforcer, d'une part, la sensibilisation du public cible et, d'autre part, l'information et l'adhésion des professionnels de la santé.

Quant à votre remarque par rapport aux différences de résultats entre le nord et le sud du pays, l'explication est assez simple. Il n'existait pas, en Flandre, comme c'était le cas en Communauté française, de pratiques de dépistage opportuniste très développées au moment du lancement du programme. Ce programme n'a donc pas eu en Flandre à lutter contre des habitudes ancrées chez les femmes et chez les professionnels pour imposer sa légitimité.

E.S.: Parmi vos compétences, voyez-vous des opportunités de renforcements transversaux qui pourraient profiter à votre politique de promotion de la santé ? Je pense à l'audiovisuel, à la culture, mais aussi à l'éducation permanente...

F.L.: Bien sûr. Ceux qui ont suivi mon action

depuis 2004 savent à quel point deux principes politiques me sont chers. Un : renforcer la transversalité des politiques publiques comme des initiatives subventionnées. Deux : permettre au plus grand nombre de nos concitoyens de bénéficier des effets positifs de ces politiques et de ces initiatives. Dans cet esprit, j'ai demandé aux différentes cellules de mon cabinet de travailler ensemble. Avec comme premier résultat une campagne de prévention du sida d'un nouveau genre, lancée le 26 mars dernier, via le site www.sida-stop.be, et qui est en cours jusqu'aux vacances d'été. Il s'agit d'un concours faisant appel à la créativité, des jeunes surtout, et à un média qu'ils apprécient, Internet, pour susciter leur implication et pour générer des messages de prévention susceptibles de parler davantage aux jeunes (voir une présentation plus complète de cette initiative dans ce numéro).

Par ailleurs, mon cabinet travaille également sur des pistes relatives aux actions de promotion de la santé en milieu festif, à savoir les festivals musicaux notamment. Mais je n'en dis pas plus : j'y reviendrai quand le dossier sera ficelé.

E.S.: La collaboration entre le cabinet de la Ministre de la Santé et son Administration n'a pas toujours été simple dans le passé. Comment voyez-vous les choses ?

FL.: Je ne veux pas revenir sur le passé, je vous l'ai dit d'emblée. Ma méthode à moi, depuis toujours, et comme ministre depuis 2004, c'est la concertation et le dialogue avec tous : administrations, institutions, professionnels des secteurs, monde associatif... Selon les échos que je recueille après seulement quelques mois, ce message est bien passé et il me semble qu'il est bien perçu.

Cette concertation et ce dialogue permettront, là où c'est utile et quand c'est nécessaire, de procéder aux changements qui s'imposent. Mon objectif est clair : nous devons offrir un service impeccable, transparent, objectif et efficace au profit des citoyens.

E.S.: Et question subsidiaire : votre cellule 'santé' est très réduite. Il y a là un souci de bonne gouvernance certainement louable, mais cela ne compliquera-t-il pas trop la donne vu les multiples tâches qui attendent votre équipe ?

FL.: Je ne vais pas vous faire de la langue de bois : il est clair que la réduction des effectifs

des cabinets nous complique la vie. Je dois gérer deux compétences en plus, avec pas mal de collaborateurs en moins. C'est une réalité et je dois m'en accommoder. Tout mon cabinet est logé à la même enseigne. J'ai moins de collaborateurs dédiés à la santé que la ministre précédente, mais j'ai aussi moins de collaborateurs dédiés à la culture et à l'audiovisuel que la ministre précédente, même si celle-ci, c'était moi ! Je me suis efforcée de choisir des personnes compétentes, de privilégier les transversalités entre elles. Et je vous garantis qu'elles ne ménagent pas leur peine.

■

Ceux qui ont suivi mon action depuis 2004 savent à quel point deux principes politiques me sont chers. Un : renforcer la transversalité des politiques publiques comme des initiatives subventionnées. Deux : permettre au plus grand nombre de nos concitoyens de bénéficier des effets positifs de ces politiques et de ces initiatives.

■

E.S.: Vous préparez un vaste chantier, à savoir une large évaluation du dispositif de promotion de la santé et de médecine préventive, ou si l'on veut un bilan des avancées et des points d'attention générés par le décret de 1997 qui a structuré de façon durable le secteur. Cette évaluation prendra du temps et nécessitera des moyens humains et financiers. Est-ce bien prioritaire ? Après tout, le budget très limité dont dispose la Communauté française n'autorise guère de gaspillages, ce qui n'est pas toujours le cas au niveau fédéral...

FL.: Outre les dispositions décrétales et ce qui est prévu dans la Déclaration de politique communautaire en matière d'évaluation, je vous dirais que je suis au contraire convaincue qu'une évaluation des dispositifs est particulièrement utile et nécessaire en toutes circonstances et, a fortiori, dans un contexte budgétaire difficile. Identifier les points faibles et les points forts, assurer une meilleure efficacité de nos actions, tirer les enseignements des expériences passées, etc. me semble relever de la bonne gouvernance bien plus que continuer à faire les choses par

habitude sans se remettre en question. Car cela me permettra de m'assurer que chaque euro est dépensé au mieux.

E.S.: Par ailleurs, de quelle manière allez-vous assurer la continuité du travail de promotion de la santé durant cette période transitoire d'évaluation ?

FL.: Je vous rassure, pendant l'évaluation, le travail continue. Tout est mis en place pour permettre la continuité sur le terrain : les demandes de subventions pour des projets de promotion de la santé continuent à être examinées normalement; les agréments sont délivrés conformément aux règles en vigueur; une modification décrétales en cours va prolonger de deux ans les agréments des Services communautaires de promotion de la santé et des Centres locaux de promotion de la santé qui prennent fin dans le courant de cette année 2010.

E.S.: Allez-vous lancer de nouvelles initiatives dans les prochains mois, comme Catherine Fonck l'a fait en matière de dépistage du cancer colo-rectal ?

FL.: Lancer de nouvelles initiatives d'une telle ampleur me paraîtrait contradictoire avec ce que je viens de vous dire. Si nous évaluons ce qui se fait pour définir au mieux les politiques futures, lancer de nouvelles politiques sans cette évaluation serait inopportun.

Cela dit, je n'attends pas les résultats de l'évaluation pour mettre en place une concertation avec les entités et les professionnels concernés, afin de me mettre à l'écoute des difficultés vécues et des solutions envisagées. Ainsi, j'ai d'ores et déjà prévu une table ronde consacrée aux assuétudes qui se tiendra le 21 mai prochain au Parlement de la Communauté française, laquelle rassemblera les professionnels du secteur, les parlementaires, les pouvoirs locaux et les administrations.

J'ai aussi prévu une table ronde qui abordera la problématique du suicide tant chez les jeunes que chez les seniors, à laquelle je convierai notamment la Région wallonne, la Ccof, des responsables de l'enseignement obligatoire, de l'enseignement supérieur et de l'aide à la jeunesse.

E.S.: Le groupe de communication dont fait partie RTL-TVI dépend maintenant de la législation grand-ducale, échappant ainsi aux règles en application en Belgique. Étant don-

née l'audience importante de la chaîne privée, cela ne met-il pas en danger les campagnes radiodiffusées gratuites de promotion de la santé, qui sont une 'originalité' de notre Communauté que pas mal d'autres pays nous jalouent ?

F.L.: Sans entrer dans tous les détails, fort techniques, du dossier, vous devez savoir que le protocole de coopération entre le Gouvernement de la Communauté française et le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, que j'ai signé le 4 juin 2009, prévoit notamment que la CLT-UFA S.A., maison-mère de RTL-TVi, met à disposition de la Communauté française du temps d'antenne pour de telles campagnes, qui pourront dès lors être diffusées sur les chaînes RTL-TVi, CLUB-RTL et PLUG-TV.

E.S.: *Le premier Plan national nutrition santé belge, piloté par le 'fédéral', arrive en fin de course. Contrairement à la Communauté flamande, qui a estimé dès le début que ce projet ambitieux mordait sur ses compétences, et a joué systématiquement la politique de la chaise vide, la Communauté française lui a*

apporté sa collaboration, en particulier vis-à-vis du public scolaire. Comment envisagez-vous ce partenariat dans le cadre d'un probable futur PNNS 2 ?

F.L.: Dans une problématique aussi vaste que l'alimentation, les défis sont nombreux et il me semble plus judicieux de me concerter avec mes collègues, dans le respect de nos compétences, plutôt que de travailler en solo. Outre la participation de mon cabinet au Comité directeur du Plan national nutrition santé, le Gouvernement de la Communauté française s'est engagé à poursuivre une politique de promotion des attitudes saines. Elle comprendra des mesures sur les conditions et le contenu de l'alimentation. Un cahier des charges sera proposé, notamment aux établissements scolaires. Le Plan attitudes saines constituera donc toujours de façon très concrète la participation du Gouvernement de la Communauté française au Plan national nutrition santé.

E.S.: *La Communauté flamande vient de décider d'intégrer la vaccination gratuite des adolescentes contre le cancer du col de l'utérus ?*

Envisagez-vous de revoir la position de la Communauté française en la matière ?

F.L.: Étant donné le contexte budgétaire actuel et la récente mise en place de notre programme de dépistage du cancer du colon, notre priorité actuelle est de développer les deux programmes existants – mammotest et dépistage du cancer du colon –, avec pour objectif une augmentation du taux de participation.

La répartition du financement du programme de vaccination que vous évoquez entre le Fédéral et la Communauté française impliquerait, pour cette dernière, un coût annuel de 3,15 millions d'euros. Ce qui est intenable dans le contexte budgétaire actuel, puisque l'ensemble de mon budget s'élève à environ 20 millions pour le secteur de la promotion de la santé et la médecine préventive. Néanmoins, je n'exclus pas la possibilité d'intégrer dans le futur, cette vaccination dans le calendrier vaccinal de la Communauté française.

Propos recueillis par **Christian De Bock**

LOCALE

La Maison du Hainaut, quand le social, la santé et la culture font cause commune

Située en bord de Sambre, la Maison du Hainaut – qui a vu le jour en 2001 – se veut une vitrine active et une plate-forme citoyenne de la province du Hainaut. Tout au long de l'année, chacun peut y trouver brochures et publications sur la province et ses activités, trouver un soutien pour être aiguillé dans les méandres de l'Administration provinciale et découvrir une série d'événements et activités hainuyères.

De plus, l'équipe de la Maison du Hainaut propose à la population de nombreux autres services directs comme une assistance sociale, des conseils en matière de logement, des séances de prévention et de sensibilisation dédiées à la santé, des ateliers d'éducation permanente, des activités en faveur des

50 ans et plus, et bien d'autres choses encore. Concrètement, c'est LE lieu qui fait écho à la devise des services provinciaux : « *La Province du Hainaut, proche de vous !* » Cette proximité passe par 3 axes : la Maison du Hainaut est à la fois une maison sociale, une maison de santé et une maison culturelle.

Cela tombe plutôt bien pour nous puisque comme vous le savez la promotion de la santé représente un processus qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique des personnes, de façon à réduire leurs effets négatifs sur la santé. La Maison du

Hainaut s'attache à proposer des actions allant dans ce sens. Découvrons-les ensemble...

Une maison sociale

A la Maison du Hainaut, différents services sont proposés et mis à disposition pour le bien-être des citoyens hainuyers, en toute confidentialité. Ainsi, elle propose :

- une assistance sociale : accueil et écoute, mais aussi guidance des personnes en difficulté vers les services sociaux adéquats, en fonction du type de situation problématique;
- des informations sur les aides provinciales et un accompagnement en matière de logement : la Maison du Hainaut est le relais du Service provincial du logement pour la région de Charleroi;

- des séances de groupes de parole : afin de favoriser une certaine intégration sociale, ainsi que le soutien collectif, différents groupes de parole sont organisés autour de différents thèmes, comme par exemple la maladie, les dépendances, le deuil, la maltraitance, la solitude, les relations parents/ados... Les participants peuvent exposer leurs problèmes, en débattre, échanger des expériences personnelles et tenter de les résoudre ensemble;
 - une aide à l'intégration pour les personnes en situation précaire qui vivent en Hainaut. Ce service s'appuie sur un accompagnement juridique, médical et social, sur un soutien administratif, sur l'orientation scolaire, la mise à disposition d'un écrivain public, des modules de découverte de la Belgique ou d'aide à l'autonomie des femmes... Cette lutte contre l'exclusion sociale passe par de nombreux partenariats, entre autres avec le Centre d'intégration régional de Charleroi, le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, le Service d'Aide aux victimes, l'Aide à la jeunesse, le Centre d'accueil pour femmes « Le Foyer », le CHU de Charleroi;
 - une série d'actions d'éducation permanente et de formation continue comme par exemple des ateliers pratiques et collectifs de langue wallonne ou encore des initiations à l'informatique et à Internet;
 - un soutien à l'intégration de la personne handicapée¹ : la Maison du Hainaut est le lieu de référence pour renseigner les citoyens et les professionnels sur les structures existantes, ou pour guider les parents d'une étape à l'autre, de la naissance de leur enfant à l'âge adulte, en fonction du type de handicap, des besoins exprimés ou identifiés, de la proximité géographique, du budget;
 - une information riche sur l'Union européenne, ses compétences et les actions concrètes sur la vie quotidienne. Dans ce cadre, la Maison du Hainaut organise régulièrement ses « Mardis de la Citoyenneté », séances interactives entre les intervenants et le grand public autour d'un sujet d'actualité.
- A travers toutes ces actions, la Maison du Hainaut veut créer de nouvelles formes de solidarité citoyenne et de nouvelles ambi-



Photo © Isopix

tions pour lutter contre l'individualisme, le repli sur soi et la solitude.

Une maison de santé

La santé est une préoccupation majeure pour chacun, c'est pourquoi la Maison du Hainaut propose tout au long de l'année des séances d'informations, des animations collectives, des débats et des interventions de spécialistes à propos de différentes thématiques touchant à la santé.

Elle collabore aussi fréquemment avec l'Observatoire de la Santé du Hainaut et est devenue le relais d'associations actives sur le territoire hainuyer.

Ainsi, la Maison du Hainaut propose :

- des informations et animations consacrées à l'épilepsie; en tant que relais de la Ligue francophone belge contre l'épilepsie pour cette région, la Maison du Hainaut permet à chacun de se documenter, de poser toute question relative à la maladie ou à la manière de la vivre. Il est également possible d'y assister à une séance de prévention au niveau des

premiers secours, de réserver une animation de sensibilisation à l'épilepsie...

- des activités et animations pour les personnes sourdes et malentendantes. Après une collaboration de plusieurs années avec l'asbl « Mes mains racontent » (aujourd'hui dissoute), la Maison du Hainaut travaille désormais avec l'Association « Le cri de mes mains », qui interprète intégralement plusieurs activités en langue des signes, dont par exemple les « Conférences santé » animées par des spécialistes;
 - les informations de l'association « Sensibilisation au Don d'Organe (SDO) », dont elle assure le relais. Cette collaboration permet une organisation plus aisée d'animations et de séances d'informations sur le don d'organe dans la région de Charleroi.
- À partir d'un certain âge, l'attention doit redoubler pour prévenir des problèmes qui sont encore trop souvent d'actualité chez nous (obésité, pertes de mémoire, douleurs articulaires...). C'est dans cette optique de prévention de la santé pour les seniors que la

¹ Pour en savoir plus, consultez le site : <http://www.personnesextraordinaires.be>. À épingleur : la Maison du Hainaut collabore à l'événement « Ensemble avec les personnes extraordinaires », journées de sensibilisation au handicap et de rencontre avec les personnes handicapées.

Maison du Hainaut a créé un département appelé **Couleurs santé**. Ses maîtres-mots sont : « **Manger sainement**, préserver **l'activité physique** et exercer **l'activité cognitive** ». Ainsi, des ateliers « nutrition » sont proposés aux personnes âgées et animés par une diététicienne de l'Observatoire de la Santé en Hainaut. Des repas sains, équilibrés et savoureux sont élaborés puis consommés dans la bonne humeur ! Côté mouvement, différentes activités adaptées aux envies de chacun sont proposées : gymnastique douce (étirements, équilibre, souplesse), yoga (étirements et maintien de postures), aquagym, ateliers Equilibre (réservés aux plus de 60 ans qui ont déjà été victimes d'une chute), taïchi et marche à pieds (différentes marches sont organisées tout au long de l'année et parfois couplées à des visites de musées). Afin de maintenir un bon niveau de vivacité intellectuelle, Couleurs santé propose également des groupes de théâtre (exercices d'improvisation, prise de confiance en soi, rythme, émotion), des groupes de parole, des activités « Troc-temps » (groupe d'entraide et de solidarité constitué de personnes désireuses ou demandeuses d'échanges de services), des activités « contes et légendes » (animés par un conteur qui propose des lectures et des méthodes pour l'élaboration de contes), des ateliers jeux de société, des initiations au djembé (pour l'entretien du rythme et de la mémoire) et une « Starac-senior » (animée par un professeur de chant, le groupe travaille

sur la voix, les fréquences, les tonalités, les sons, le contrôle respiratoire).

À épingler : Couleurs santé organise ponctuellement des « ateliers esthétique » (relooking), des concours d'orthographe...

Une maison culturelle

Le Hainaut regorge de richesses tant patrimoniales que culturelles. La Maison du Hainaut entend les promouvoir, les faire connaître et, surtout, les faire apprécier. Pour cela, elle propose de nombreuses initiatives, noue une série de partenariats et soutient les projets artistiques de talents avec la Direction générale des Affaires culturelles du Hainaut. Parmi les activités culturelles, citons rapidement :

- ART'N'ô, une série d'expositions mensuelles d'arts plastiques organisées dans des conditions professionnelles (vernissage, promotion...) pour ceux qui souhaitent faire connaître leur talent au public;
- l'organisation d'un club de lecture mensuel, au cours duquel un animateur qualifié propose la lecture collective d'extraits d'un ouvrage, suivie d'un débat autour du livre;
- le partenariat avec « Festimages.be », un festival de courts-métrages 100 % belges, organisé par les étudiants en communication de la Haute Ecole Provinciale Condorcet;
- la mise en valeur du patrimoine hainuyer grâce, notamment, au site web <http://maison.hainaut.be>;

- le soutien et l'organisation d'autres projets culturels ponctuels, comme par exemple une exposition de l'Association littéraire wallonne de Charleroi (ALWaC), différentes expositions consacrées à la bande dessinée...

Pour en savoir plus, n'hésitez pas à prendre contact avec la Maison du Hainaut. Son site Internet est un excellent moyen de découvrir ses activités. Actualisé presque quotidiennement, il présente un agenda complet des activités proposées et des nouveautés. Il permet également de recevoir les invitations thématiques aux activités et offre la possibilité de recevoir par courriel ou de télécharger un agenda mensuel présentant brièvement les activités et actualités.

La Maison du Hainaut est ouverte et accessible à tous du lundi au jeudi de 9h à 12h et de 13h à 16h30 et le vendredi jusqu'à 16h. Pendant les périodes d'exposition, la Maison ouvre les lundis et jeudis jusqu'à 19h30. Pendant l'été (du 1^{er} juillet au 31 août), elle est ouverte du lundi au jeudi de 9h à 12h, puis de 13h à 16h et le vendredi jusqu'à 15h.

Simon Trappeniers et Carole Feulien

Maison du Hainaut

Quai de Brabant 20, 6000 Charleroi

Tél.: 071 64 10 64 - Fax : 071 64 10 49

Courriel : maison.hainaut@hainaut.be.

Site Internet : <http://maison.hainaut.be>.

OUTILS

Ma santé, j'en prends soin

Description de l'outil

Cahier de 49 pages (« Tic Tac : découvertes et activités pour les 3-6 ans » n° 9, avec La Classe maternelle) contenant :

- un **Cahier de découvertes**, pour inciter les enfants à prendre soin de leur santé, observer, constater, apprendre à travers de courtes histoires et des comptines, se familiariser avec l'écrit, s'exercer au graphisme, s'ouvrir à des genres littéraires et plastiques variés;

- un **Cahier d'activités**, pour fabriquer une poupée avec un cœur gros comme ça, se détendre, se reposer et chasser ses peurs, réaliser un porte-brosse à dents, une boîte à pharmacie, faire des bulles géantes, etc;
- un **poster double face** (80 x 50 cm) représentant, d'un côté, une salle de consultation d'un médecin avec différents objets et, de l'autre, six parties de son corps que l'on ne voit presque jamais;

- **la Lettre de Tic Tac n°9 aux enseignants**, qui propose quelques pistes d'exploitation.

Éditeur - promoteur de l'outil : La Classe/La

Classe Maternelle (département des Éditions

Martin Medias SAS, Av. Victor Hugo 10, 55800

Revigny-sur-Ormain, France. Tél.: numéro

indigo 0 825 82 63 63. Fax : 03 29 70 56 74.

Courriel : contact@laclass.fr.

Site : <http://www.laclass.fr/>

Diffusion en Belgique : M^{me} Godelieve

Dechamps, Rue de Paris 20, 4020 Liège.
Tél.: 04 344 02 44. Fax : 04 384 88 18.
Courriel : godelieve.dechamps@skynet.be
Prix : 9,90 €; tarifs dégressifs à l'achat de plusieurs exemplaires.

L'avis de la Cellule d'experts de PIPSa

La cellule d'experts de l'Outilthèque-santé gérée par le service Promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes, a octroyé la mention "coup de cœur" à cet outil (avril 2008).¹

Appréciation globale

L'outil propose une vision de la santé en lien avec la perception subjective du corps, du bien-être psychique, des rythmes et des contextes de vie. Il fournit un support à partir duquel la diversité des représentations et expériences peut s'exprimer.



Adapté à la manière concrète dont on aborde la santé avec les petits (5 sens), il propose diverses expériences ludiques et plastiques, faciles à réaliser en contexte scolaire ou périscolaire. L'attractivité des photos et du graphisme, renforcée par la présence d'une dimension culturelle, facilitent l'implication des enfants.

La fiche pédagogique, courte, concrète, facilement utilisable, propose plusieurs pistes

d'utilisation et de prolongement. L'absence de message prescriptif renforce l'attrait pour la démarche.

Objectifs de l'outil

Identifier les représentations des enfants liées à certains déterminants de la santé (perception de soi, modes de vie, comportements, rythmes et lieux de vie).

Démystifier les peurs de l'enfant et lui permettre de les dépasser (symbolisation, lecture, activité plastique).

Public cible

Maternel et cycle 5-8.

Utilisation conseillée

S'adapte bien à une utilisation extra-scolaire. Favorise l'acquisition de différents savoir-faire à travers des techniques plastiques.

¹ Voir sur www.pipsa.org

BRÈVES

La pensée du mois

« Je suis pour l'augmentation du goût de la vie »

Jacques Dutronc

Alcoolisme

Bruxelles

7 mai 2010

« Alcoolisme : des outils pour agir », matinée d'information organisée par les Femmes prévoyantes socialistes.

Chacun est susceptible d'être confronté à une personne présentant un problème d'alcool. En tant que professionnel de la santé, il est parfois très difficile de savoir comment aborder ce problème avec la personne alcoolique, comment agir et vers qui diriger le dépendant.

Pour les proches (collègue, famille, amis) il n'est pas aisé non plus de savoir quel comportement adopter vis-à-vis de la personne alcoolique pour l'aider mais aussi pour se protéger.

Qu'est-ce que la maladie alcoolique ? Qu'attendent les personnes alcooliques de la part des professionnels de la santé et/ou de leur entourage ? Comment aborder le problème avec la personne alcoolique lorsqu'on est un proche ou un professionnel de la santé ? Comment

la conseiller ? Vers qui la diriger ?

Ces questions seront aussi abordées sous l'angle des femmes. Car si la dépendance physique est similaire que l'on soit homme ou femme, le contexte dans lequel une personne devient alcoolique, la façon de boire et le regard que la société porte sur la personne alcoolique diffèrent en fonction de son sexe.

Au programme :

- La maladie alcoolique, par le Docteur **Léon Burton**, neurologue, Liège.
- L'alcoolisme au féminin, par le Docteur **Raymond Gueibe**, psychiatre et alcoologue, Clinique Saint-Pierre, Ottignies.
- L'alcool sur le lieu de travail et la co-dépendance, par Madame **Dorte Tommerup**, conseillère en dépendances au Parlement européen.
- La relation entre la personne alcoolique et le professionnel de la santé, par Monsieur **Jean-Marc Priels**, psychologue, Clinique Sans Souci, Bruxelles.

Lieu : Auditorium des Mutualités socialistes (Place Saint-Jean 1/2 - 1000 Bruxelles).

Horaire : de 9 à 13h. PAF : 5 €.

Accréditation INAMI en cours.

Inscriptions au 02 515 04 01, par courriel à fps@mutsoc.be ou sur <http://www.femmesprevoyantes.be>.

Assuétudes

Bruxelles

21 mai 2010

La Ministre de la santé Fadila Laanan propose une table ronde consacrée aux assuétudes au Parlement de la Communauté française.

Son objectif, à partir d'un état des lieux et de l'analyse des points forts et des points faibles du dispositif de prévention des assuétudes en Communauté française, est de repérer les besoins non couverts par les structures actuelles, de recueillir les propositions d'amélioration et d'identifier des perspectives et des priorités pour le futur.

Cinq ateliers seront proposés aux participants : prévention, réduction des risques, tabac, alcool et drogues. Chaque atelier, placé sous la présidence d'un parlementaire, débutera par une mise en contexte par un intervenant de la prévention des assuétudes en Communauté française. Le débat sera ensuite ouvert à l'ensemble des participants. Cette table ronde se passera de 8h45 (accueil) à 17h30 (drink de clôture)

Inscription (gratuite mais obligatoire) et renseignements : 02 801 70.19 ou valerie.zune@gov.cfwb.be

Rectificatif

Les frais d'inscription aux sessions de sevrage tabagique organisées par les Mutualités libres sont cette année de 30 euros pour les membres d'Omnimut, Partenamut et Securex mutualité libre), et de 65 euros pour les non-membres.

Déficience visuelle

Namur

3 juin, 9 septembre et 9 décembre 2010

Face aux personnes présentant une déficience visuelle et à leur famille, les professionnels de la santé peuvent se sentir quelquefois démunis et sans repères...

L'association belge francophone de la rétinopathie d'origine génétique « Retina Pigmentosa », le Département de psychologie de la Faculté de Médecine de Namur et les centres de rééducation fonctionnelle pour déficients visuels organisent trois après-midi de formation articulés autour d'apports théoriques et d'échanges pour en savoir plus sur le vécu particulier des personnes atteintes de déficience visuelle, pour augmenter ses compétences et gagner en efficacité, pour disposer de nouveaux « outils » dans la prise en charge, pour respecter au mieux la personne dans son cheminement...

Les formations seront animées par les psychologues des Centres de rééducation fonctionnelle pour déficients visuels de Wallonie, des membres du Comité scientifique de Retina Pigmentosa, en collaboration avec le Professeur **Michel Mercier**, Directeur du Département de psychologie de la Faculté de Médecine de Namur.

- 3 juin 2010 - Aspects médicaux et aspects psycho-affectifs de la déficience visuelle, par le Docteur **Laurent Levecq**, ophtalmologue au CHU de Mont-Godinne et par **Emma Dedée** et **Catherine Jourdan**, psychologues au CRF « La Lumière » à Liège.
- 9 septembre 2010 - Aspects cognitifs et testing, par **Géraldine Michaux**, psychologue au CRF « Points de Vue » à Ottignies et **Alain Eyckerman**, psychologue au CRF « Les Amis des Aveugles » à Ghlin.
- 9 décembre 2010 - Aspects sociaux et institutionnels, par les psychologues des CRF, le Professeur **Michel Mercier**, FUNDP et le Docteur **Christine Kestens**, ophtalmologue et médecin directeur de « Points de Vue ».

Nombre de participants limité à 15 personnes.

Attestation de présence.

Participation aux frais : 100 € à verser au compte 001-5432846-49 de Retina Pigmentosa avec comme

mention « IFP 2010 Nom+Prénom ».

Adresse de la formation : FUNDP, Auditoire B8, rue de Bruxelles, 61 à 5000 Namur

Renseignements et inscriptions : retinapigmentosa@gmail.com.

Assuétudes

Bruxelles

14, 15 et 24 juin 2010

Formation de base 'Prévenir les risques liés aux usages de drogues', organisée par Prospective Jeunesse.

Cette formation souhaite offrir un éclairage global sur la question des consommations des jeunes vue sous l'angle de la prévention et de la promotion de la santé. Elle constitue un excellent préalable – toutefois non obligatoire – à d'autres formations proposées par Prospective Jeunesse.

Public : tout professionnel s'occupant de jeunes et s'interrogeant sur les manières de prévenir les méfaits des usages de drogues, notamment les assuétudes.

Horaires : 4 jours de 9h30 à 16h30 (la date du 4^e jour est déterminée par les participants lors du 3^e jour).

Lieu : à déterminer. Prix : 125 €.

Renseignements : info@prospective-jeunesse.be, tél.: 02 512 17 66 ou www.prospective-jeunesse.be

Internet

Havré

15 juin 2010

L'Observatoire de la Santé du Hainaut vous convie à un Midi Santé intitulé 'Jeunes et internet (de 12 à 14 heures). Intervenant : **Pascal Poty**, Pôle veille technologique et juridique AWT (Agence wallonne des télécommunications).

Renseignements et inscriptions :

Observatoire de la Santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré. Tél. : 065 87 96 00.

Site : <http://observatoiresante.hainaut.be>

Assuétudes

Bruxelles

18 et 25 juin 2010

Formation 'Organiser un programme de prévention des risques des usages de drogues (avec ou sans produit)', proposée par Prospective-Jeunesse.

Objectifs : connaître les principes et stratégies organisationnelles en matière de programme de prévention des risques liés aux usages de drogues chez les jeunes; construire une image concrète des changements à opérer au sein de son institution en vue de la mise en place (ou de l'amélioration) d'un programme à visée préventive.

Horaires : deux jours de 9h30 à 16h30. Lieu : locaux de Prospective Jeunesse, chaussée d'Ixelles 144, 1050 Bruxelles. Prix : 100 €.

Renseignements : info@prospective-jeunesse.be, tél. 02 512 17 66 ou www.prospective-jeunesse.be

Environnement

Charneux

Du 21 au 23 juin 2010

Participez aux 12^{es} Rencontres de l'Éducation relative à l'Environnement ! Cela se passera du lundi 21 au mercredi 23 juin 2010, au Domaine des Fawes (Charneux, en province de Liège).

Rendez-vous est donné aux animateurs, formateurs, enseignants, éco-conseillers, etc.

Thème de cette 12^{ème} édition : l'alimentation.

Quelques questions pour faire chauffer la marmite : Comment impulser des changements en matière d'alimentation ? Comment analyser et concilier des enjeux à la fois locaux et globaux, environnementaux et sociaux ?

Comment (ré)apprendre à cuisiner, planter, goûter, prendre plaisir à...?

Au menu : échanges de pratiques, réflexions, débats, rencontres et visites, moments informels...

Inscrivez-vous, avant le 23 mai, sur www.reseau-idee.be/recontres/2010 ou en contactant le Réseau

IDée : 02 286 95 70 - info@reseau-idee.be

www.educationsante.be

Visitez notre site internet ! Nous y avons stocké en texte intégral plus de 1.000 articles parus dans la revue depuis le n° 155 en janvier 2001.

Vous pourrez y trouver un texte 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 le dernier numéro paru au format PDF (vers le 10 du mois en cours), un agenda et des brèves mis à jour toutes les semaines.

Notre site bénéficie depuis 2009 de la certification HON (Health on the Net). Il a reçu plus de 600 visiteurs par jour en moyenne en 2009, et près de 1000 visiteurs quotidiens en mars 2010!

Salon Éducation

Namur

Du 20 au 24 octobre 2010

Une première annonce pour le 17^e Salon Éducation à Namur Expo.

Tous renseignements sur

<http://www.saloneducation.be>

Violences conjugales

Une ligne d'écoute spécialisée, confidentielle et gratuite, à la disposition des francophones de Belgique : 0800 30 030.

Cette ligne est accessible du lundi au samedi, de 9h à 20h. Pour une aide avant 9h ou après 20h, www.ecouteviolencesconjugales.be.

Suicide

Le Centre de prévention du suicide souhaite offrir à toute personne endeuillée suite au suicide d'un proche un accompagnement spécifique et de qualité.

Depuis plusieurs années, il organise des groupes de parole « *L'Autre Temps* », pour des personnes endeuillées suite au suicide d'un proche. Un groupe est formé une à deux fois sur l'année, pour 6 mois, à raison de deux rencontres par mois. Le groupe est encadré par deux professionnels de l'accompagnement du deuil. Un suivi individuel est possible, avant le groupe, en complément du groupe, ou suite au groupe. Personne de contact :

Béatrix Lekeux. Infos au Centre de prévention du suicide, 02 650 08 69 ou cps@preventionsuicide.be.

À destination des enfants et des adolescents, le Centre de prévention du suicide met en place désormais des groupes de parole et d'expression pour enfants et adolescents, après le suicide d'un proche. Les groupes se constituent en fonction des âges des participants, sont encadrés par des professionnels du Centre, et s'organisent pour 4 séances, étalées sur deux mois. Entretien préalable et entretien de clôture avec les parents. Nouveaux groupes en mai 2010. Personne de contact : **Alexia**

Kervyn. Infos au Centre de prévention du suicide, 02 650 08 69 ou cps@preventionsuicide.be.

D'autre part, le Centre est partenaire de la Fondation « Serge et les autres », qui organise une fois par mois un groupe d'entraide et de partage, après le suicide d'un proche. Personne de contact :

Jacqueline et Ghislain Van Malderghem, Fondation « Serge et les autres », au 02 345 89 09 ou sergeetlesautres@skynet.be.

Toutes les infos sur www.preventionsuicide.be/deuil

Publications

Dépistage cancer du sein

La relance quelque peu chahutée du programme de dépistage du cancer en Communauté française est l'occasion pour la Société scientifique de médecine générale de consacrer son nouvel aide-mémoire à cette problématique.

'Chacun doit se poser la question du meilleur service à rendre aux femmes. Peut-on décemment ne rien faire ? Si on fait quelque chose, ne doit-on pas entrer dans un processus de qualité ?'

Pour éclairer les généralistes sur ces questions judicieuses, le document fait le point sur les évolutions techniques du programme (le passage des clichés analogiques aux clichés numériques a bouleversé récemment en profondeur l'organisation du programme)'. Il offre aussi un premier bilan scientifique, et donne largement la parole aux professionnels, qui expriment sans faux-fuyant leurs espoirs et leurs doutes. Cela permet de mettre en évidence d'une façon concrète et vivante les points forts et les points faibles de cette initiative qui a plus de mal à s'implanter en Communauté française qu'en Flandre.

Un document très intéressant, réalisé avec la collaboration du SCPS Question Santé et du Centre de référence pour le dépistage des cancers.

Disponible à Question Santé, au 02 512 41 74 ou par courriel à info@questionsante.org.

Cyberdépendance

Nouveau recueil documentaire de RESOdoc, qui aborde la cyberdépendance en général, mais aussi des 'cyberaddictions' plus spécifiques, telles que celles liées aux relations, aux jeux, à la sexualité, à travers un impressionnant portefeuille d'articles. La prévention du phénomène est aussi évoquée, de façon beaucoup plus succincte.

La cyberdépendance, n° 20, 12/2009-01/2010.

Il coûte 15 euros et peut être commandé au RESO, clos chapelle-aux-champs 30, 3031, 1200 Bruxelles.

Internet : www.uclouvain.be/reso.

Vidéo

Logement

Parce que vivre, c'est aussi où vivre... Un logement, un repère, un abri, une seconde peau...

'Toit, mon toi' présente des témoignages sur l'importance première du logement sur notre qualité de vie. Ce document sensible échappe au misérabilisme ou au militantisme appuyé qui plombent souvent ce genre de démarche, pour nous dresser en pointillé le portrait de gens qui nous racontent l'appartement à retaper, le logement social, la caravane, la maison communautaire... le tout rythmé par des brèves animations. Joli.

DVD disponible au prix de 20 euros. Infos et commandes : toitmontoi@gmail.com



Avis aux impatients

Vous pouvez prendre connaissance d'*Education Santé* une quinzaine de jours avant sa parution. Pour cela, il vous suffit d'envoyer votre adresse électronique à education.sante@mc.be.

Vous recevrez alors la revue avant le 25 du mois précédant la date de parution. Elle vous sera envoyée au format PDF (fichier d'1 Mo environ).

Pour rappel, les articles sont mis en ligne sur www.educationsante.be vers le 10 du mois indiqué sur la couverture.

Merci de nous prévenir si vous souhaitez supprimer votre abonnement postal par la même occasion.

1 Lors d'une réunion organisée par le CCR à La Hulpe le 20 mars 2010, la Ministre de la Santé Fadila Laanan a d'ailleurs annoncé un moratoire sur la décision prise en son temps par Catherine Fonck de mettre fin à la cohabitation entre installations analogiques et numériques le 31/12/2009; 'Trop rapide et abrupt' précisa-t-elle à la lumière du nombre d'installations numériques agréées en ce début 2010. La phase transitoire sera par conséquent prolongée jusqu'au 31/12/2011.

Tribune

Fiscalité automobile : taxer plus et taxer mieux!

À l'occasion du Salon de l'auto de Bruxelles¹, en janvier dernier, la Fédération Inter-Environnement Wallonie sortait un dossier quelque peu provocateur posant les jalons d'une fiscalité automobile efficace au service de l'environnement.

Les enjeux environnementaux imposent de sortir de « l'autocentrisme » prévalant depuis des décennies. Pour ce faire, la sensibilisation et l'information en faveur d'autres habitudes de mobilité ne suffisent pas; la dimension sociale et quasiment affective associée à la voiture impose en effet des mesures fortes pour décourager son utilisation abusive.

La Fédération Inter-Environnement Wallonie a réalisé un dossier argumenté qui met à mal quelques mythes entourant la fiscalité automobile et propose des pistes concrètes vers une taxation adaptée aux coûts réels du transport routier en termes d'environnement et de santé publique.

Le discours de la fédération environnementale risque de faire rugir non pas les moteurs mais les professionnels et les amateurs de carrosseries qui ont arpenté pendant dix jours les couloirs du Heysel et qui considèrent que l'automobiliste est d'ores et déjà « la vache à lait d'État ».

C'est d'ailleurs là le premier mythe que le travail réalisé par Inter-Environnement Wallonie démonte, chiffres à l'appui : même en élargissant au maximum l'assiette concernée (en y incluant, par exemple, la TVA sur la main d'œuvre et sur les pièces de rechange, la taxe sur les autoradios, le contrôle technique, les

amendes ou encore le coût du permis de conduire), les recettes générées par le secteur automobile sont inférieures aux dépenses que ce secteur impose à la collectivité...

D'autres mythes (comme l'intérêt environnemental de la « prime à la casse ») passent de vie à trépas sous les coups d'une analyse fouillée grattant sous la surface des mesures. Mais le dossier réalisé par **Pierre Courbe**, expert en mobilité de la Fédération, ne se contente pas de démontrer que la fiscalité automobile aujourd'hui en vigueur dans notre pays est insatisfaisante et inefficace pour faire face à la gravité des enjeux environnementaux. Il propose aussi et surtout des pistes concrètes pour réformer le système. Révision à la hausse des taxes de mise en circulation et de circulation annuelle en liant aux performances environnementales des véhicules, augmentation des accises sur le diesel, régime moins avantageux pour les voitures de société... : les propositions sont détaillées, argumentées et chiffrées.

Pour la Fédération Inter-Environnement Wallonie, ses propositions ne relèvent pas de l'utopie mais d'une approche rigoureuse et responsable qui a d'ailleurs déjà fait ses preuves dans d'autres pays.

Le dossier de Pierre Courbe est disponible sur simple demande à info@iewonline.be (68 pages, 10 € frais d'envoi inclus) et téléchargeable à l'adresse <http://www.iewonline.be/IMG/pdf/fiscaliteautoOK.pdf> (487 Ko).

Fédération Inter-Environnement Wallonie

¹ Salon au cours duquel le lobby automobile s'est livré comme d'habitude à un matraquage publicitaire insupportable, donnant un bel exemple du cynisme du 'greenwashing' (ou 'écoblanchiment').

SOMMAIRE

Initiatives

Enfin un programme pour la santé du cœur ?
par *Colette Barbier* 2

www.sida-stop.be, un concours pour
impliquer les jeunes 6

On se (uni)lève tous pour la santé,
par *Christian De Bock* 7

Réflexion

Grippe A/H1N1, de la désinformation à la
peur, par *Pierre Dewaele* 8

Stratégie

Fadila Laanan, une vision transversale
de la prévention, propos recueillis
par *Christian De Bock* 15

Locale

La Maison du Hainaut, quand le social, la
santé et la culture font cause commune, par
Carole Feulien et Simon Trappeniers 18

Outil

Ma santé, j'en prends soin 20

Brèves

21

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique,
Pour l'étranger, nous contacter.

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

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

Collaboratrice : Anne Trappeniers.

Journalistes : Colette Barbier, Carole Feulien, Gilles C. Jourdan.

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

Site internet : Jacques Henkinbrant (design),

Maryse Van Audenhaege (animation).

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

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

Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege.

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

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 3.200 exemplaires.

Diffusion : 3.000 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 est certifié HON (Health on the Net - 05/2009)

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.