



Inégalités sociales de santé

Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutuellistes

Introduction

Quand on parle d'inégalités sociales de santé, on fait référence au fait que la santé suit un gradient social : à position socio-économique décroissante, la santé tend à se détériorer et l'espérance de vie à diminuer. Cette tendance a été mise en évidence dans de nombreuses études. Pour la Belgique, les résultats' des différentes enquêtes de santé par interview (1997, 2001 et 2004) vont clairement dans ce sens.

Comme la plupart des études en la matière, ces enquêtes de santé ont recours aux déclarations et informations recueillies auprès d'échantillons de la population. La présente démarche a pour but de mettre en évidence et de mesurer ces inégalités au sein de la population de nos affiliés mutualistes en exploitant au mieux les données détenues par la Mutualité chrétienne (MC). Pour y arriver, deux types d'indicateur doivent être mis en relation :

- un indicateur relatif à la santé : ici, nous utilisons les informations administratives et de consommation de soins de santé;
- une échelle de stratification sociale : via les statistiques fiscales relatives aux secteurs statistiques où résident nos affiliés.

Du fait de l'utilisation des bases de données de la MC, la méthode suivie est *systématique* (elle couvre l'ensemble des membres de la MC, des données administratives et de consommation de soins de santé), porte sur des données *réelles* enregistrées et contrôlées dans le cadre d'un système de gestion et peut se *répéter* chaque année.

Dès lors, on peut suivre et évaluer au plus près les initiatives et mesures prises en vue de réduire ces inégalités. Ce sont des avantages réels par rapport aux enquêtes de santé menées sur la base d'échantillons (de l'ordre de 10.000 personnes), tous les trois à quatre ans et portant sur les déclarations des répondants.

Les gradients sociaux que nous avons mis en évidence ne sont pas tous spectaculaires. Mais ils témoignent tous de cette vérité troublante au vu des moyens alloués à notre système de soins : nous ne sommes pas égaux face à la santé, les classes sociales moins favorisées ayant trop souvent les 'scores' les plus défavorables.

■
 Nous ne sommes pas égaux face à la santé, les classes sociales moins favorisées ayant trop souvent les 'scores' les plus défavorables.
 ■

Méthode

La méthode doit combiner une échelle sociale et des indicateurs de santé. Nous décrivons plus avant ces notions et comment nous avons procédé pour construire une échelle sociale en cinq classes de valeur croissante. Ensuite nous indiquons quel type d'indicateur de santé nous avons choisi.

Construction d'une échelle sociale

Généralement, la stratification sociale doit refléter le niveau de revenus et/ou d'études de la population. Etant donné que les mutualités ne disposent pas de données exhaustives sur les revenus de leurs membres et d'aucune donnée sur leurs diplômes, il nous faut procéder autrement. Nous construisons une échelle sociale à l'aide de statistiques fiscales existantes au niveau des secteurs statistiques.

Secteurs statistiques et revenus fiscaux

Un secteur statistique est une petite unité géographique de la taille d'un quartier. L'ensemble du territoire belge est découpé en 20.000 secteurs statistiques (qui se répartissent au sein des 589 communes du Royaume). La Direction générale de la statistique et de l'information économique (anciennement Institut National de Statistique) dispose de

séries statistiques sur les revenus fiscaux au niveau de ces secteurs statistiques. La notion fiscale utilisée est le *revenu total net imposable*².

Les séries statistiques disponibles comprennent :

- 1° le *revenu moyen* (= somme des revenus totaux nets imposables divisée par le nombre de déclarations fiscales prises en compte);
- 2° le *revenu médian* (= montant de la déclaration fiscale qui partage la série en deux, les déclarations étant classées par ordre croissant de valeur).

On a donc bien, pour chaque secteur statistique, une indication de la 'richesse' de ceux qui y habitent, dans la mesure du moins où ils remplissent une déclaration fiscale. Sur la base de l'adresse du domicile de nos membres, on peut retrouver le secteur statistique où ils résident. Enfin, via le secteur statistique, on attribue un niveau de revenu (moyen ou médian).

Échelle sociale en cinq classes

Pour la présente étude, nous privilégions le revenu médian des secteurs statistiques comme indicateur de richesse (la médiane d'une série n'étant pas sensible aux valeurs extrêmes). Les statistiques utilisées correspondent aux déclarations fiscales de 2006 (portant donc sur les revenus de 2005). Nous synthétisons ces informations en construisant cinq classes de secteurs statistiques, par ordre de valeur croissante des revenus fiscaux médians.

Les limites des classes sont établies de façon à ce que chacune regroupe 20 % des déclarations fiscales au niveau du pays. La 1ère classe correspond aux secteurs statistiques où les revenus médians sont les plus faibles

¹ Disponibles sur : <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epiffr/index4.htm>.

² Selon le site de la DG Statistique : « Le *revenu total net imposable* est constitué de tous les revenus nets, moins les dépenses déductibles. L'ensemble des revenus nets est la somme de tous les revenus nets appartenant aux catégories revenus des biens immobiliers, revenus et recettes de capitaux et biens mobiliers, revenus professionnels et revenus divers ». Disponible sur : <http://statbel.fgov.be/surveys/fisc.asp>.

(notre interprétation : les quartiers où se concentre la population la moins favorisée), la 5^e regroupe les secteurs statistiques où les revenus médians sont les plus élevés (notre interprétation : les quartiers où se concentre la population la plus favorisée).

La population des membres de la MC (pour l'année 2006) est ensuite répartie en fonction de leur lieu de domicile, dans les cinq classes (voir tableau 1). Environ 3,3 % des membres ne peuvent être répartis dans cette échelle. Deux raisons possibles à cela : l'adresse ne permet pas de retrouver le secteur statistique, ou il n'y a pas de revenu médian calculé pour le secteur statistique en cause³.

Dans la recension des résultats, la 1^{re} et la 5^e classe sont dénommées, respectivement, « la classe la plus faible, la plus basse » et « la classe la plus élevée ».

Tableau 1 - Répartition des membres MC dans les cinq classes de secteurs statistiques

Classe	Membres MC	
Pas de répartition	149.428	3,3 %
1. inférieurs	542.652	12,1 %
2. bas	775.179	17,3 %
3. moyens	924.381	20,6 %
4. hauts	1.025.168	22,8 %
5. supérieurs	1.073.867	23,9 %
Total	4.490.675	100,0 %

L'inconvénient majeur est que l'on ne dispose pas d'une échelle sociale construite sur les revenus individuels mais bien d'une approximation via la 'valeur' des secteurs statistiques de résidence. Or, au sein d'un même secteur statistique, il peut y avoir de grandes variations de richesse entre les familles qui y résident.

Indicateurs de santé : indice standardisé

En tant qu'organe de gestion de l'assurance maladie, une mutualité ne dispose pas de données diagnostiques à propos de ses

membres. Toutefois, les données en notre possession nous permettent de mettre en évidence divers événements liés à la santé. Ces derniers sont :

1° *déduits* directement des données administratives (p. ex.: décès, incapacité primaire, statut d'invalidité, admission à l'hôpital, dossier médical global, etc);

2° *construits* sur la base de codes de prestations de soins de santé faisant l'objet d'un remboursement de la part de l'assurance maladie (p. ex.: avoir bénéficié de soins dentaires, avoir eu un contact avec un médecin généraliste, avoir consommé une certaine catégorie de médicaments...).

■
Les personnes issues des classes socio-économiques moins favorisées peuvent moins compter sur leur réseau social.

Disposant de cette échelle sociale en cinq classes, nous pouvons voir dans quelle mesure ces événements liés à la santé suivent un gradient social. En guise d'indicateur, nous utilisons la notion d'*indice standardisé*. Par exemple, pour un événement comme 'décès au cours de l'année 2006', on calcule l'indice standardisé de mortalité (*Standardized Mortality Ratio - SMR*) pour les cinq classes décrites ci-dessus. L'indice standardisé s'obtient grâce à une standardisation indirecte⁴ afin de tenir compte du 'profil', de la structure particulière de la population au sein de chacune des classes. Sauf mention contraire, les paramètres pour la standardisation sont l'âge, le sexe et la région (Wallonie, Flandre, Bruxelles) où se situe le secteur statistique de domicile.

L'indice standardisé est calculé pour chaque classe de notre échelle sociale. *Il exprime alors le rapport entre le nombre d'événements observés et le nombre d'événements attendus* (d'après l'effectif, le profil spécifique de la population de la classe concernée et en appliquant les taux correspondants de la population de référence).

La population de référence étant indiquée à la valeur 100, si la valeur de l'indice standardisé est de 130 pour un certain événement et pour une certaine classe, alors cela signifie que la fréquence de cet événement est 30 % supérieure dans cette classe par rapport à la population de référence.

Résultats

Nos résultats d'analyses sont présentés dans les figures 1 à 10. Attention, l'échelle de l'indice standardisé change d'une figure à l'autre, la population de référence peut varier d'une courbe à l'autre. Dans la mesure où ils sont visibles, nous donnons également l'intervalle de confiance (à 95 %) autour de la valeur de l'indice standardisé.

Etat de santé

Mortalité et lieu de décès (figure 1, page suivante)

Concernant la mortalité, le gradient est particulièrement fort : nous observons que les individus appartenant à la classe la plus faible présentent un risque de mortalité de 21 % supérieur à la population de référence, soit l'ensemble des affiliés. Comparé à la classe la plus élevée, le risque de mortalité est de 45 % supérieur.

Des inégalités sociales s'observent également quant au lieu de décès. Plus on descend dans les classes sociales, plus la fréquence de décès en institution de soins (et non à domicile) est élevée. Par institution de soins, on entend notamment les hôpitaux, les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS). Ainsi, les individus appartenant à la classe la plus faible ont 17 % et 24 % de chance en moins de décéder à domicile, comparés respectivement à la population de référence (soit les décédés de 2006) et aux individus rattachés à la classe la plus élevée.

Ceci peut en partie être expliqué par le fait que les individus issus des classes moins favorisées peuvent moins se permettre des services d'aide et de soins à domicile. Un autre élément explicatif pouvant être avancé est lié au réseau social. De Boyser et Levecque (2007) ont mis en évidence le fait que les personnes issues des classes socio-économiques moins favorisées peuvent

3 Lorsque le nombre de déclarations fiscales est trop faible, il n'y a pas de calcul des revenus moyens ou médians. La limite a été fixée à 20 déclarations fiscales.

4 Cette méthode a également été utilisée pour l'analyse des différences régionales de consommation dans Cornelis (2005), Avalosse et al. (2008).

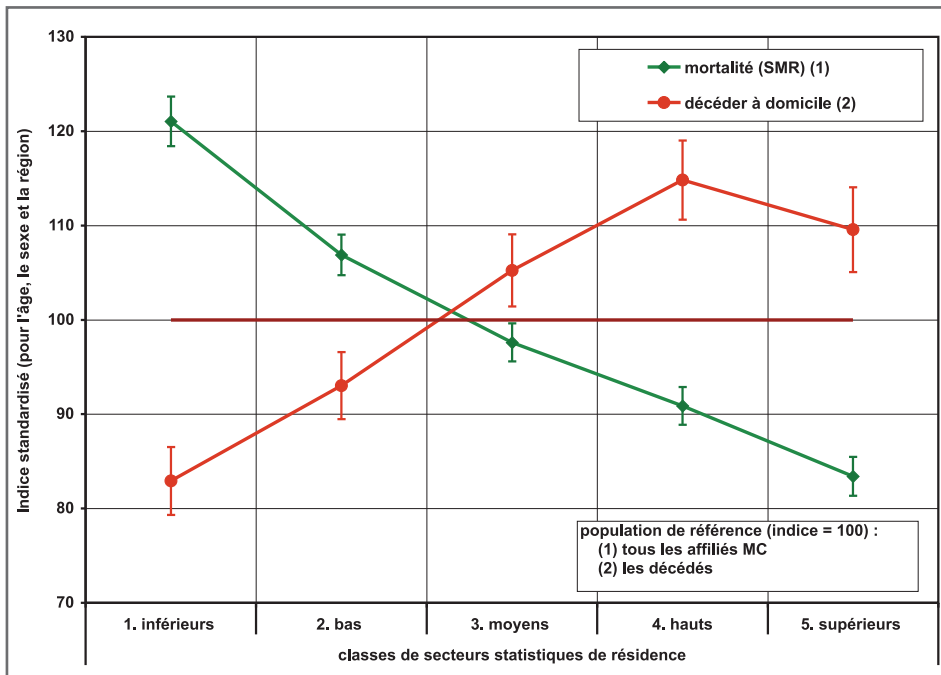


Figure 1 : Mortalité et lieu de décès

moins compter sur leur réseau social. On peut penser qu'à un certain âge, elles peuvent moins compter sur leur entourage pour les aider dans la gestion de leur vie quotidienne à domicile.

Morbidité

La morbidité peut être estimée par le nombre de personnes souffrant d'une maladie donnée pendant un temps donné, en général une année, dans une population. Différents événements peuvent faire l'objet d'une telle approche. Dans le cadre de cet article, nous en proposons quatre : les maladies broncho-pulmonaires, les maladies cardio-vasculaires, l'incapacité primaire de travail et le passage en invalidité.

Maladies broncho-pulmonaires et cardio-vasculaires (figure 2)

Les affiliés MC concernés par ces pathologies ont été détectés à l'aide de leur volume (estimé en DDD⁵) de médicaments consommés, relatifs à certains codes ATC. A noter que les médicaments pris en compte concernent uniquement les spécialités pharmaceutiques remboursables et déli-

vrées par des officines publiques. Les personnes ayant consommé au moins 90 DDD pour les codes ATC sélectionnés ont été considérées comme souffrant de la maladie. La broncho-pneumopathie chronique obstructive ou BPCO est une maladie principalement causée par le tabagisme (dans 80 à 90 % des cas). Elle est caractérisée par une obstruction lente et progressive des voies respiratoires. Il s'agit d'une affection sérieuse

(c'est une des principales causes de mortalité dans le monde) et très invalidante⁶.

Notre analyse montre que le risque d'être atteint de BPCO⁷ suit un gradient social. En effet, la prévalence observée pour la classe la plus faible est de 8 % supérieure à celle de la population de référence (personnes de plus de 50 ans) et de 15 % supérieure à celle de la classe la plus élevée. Le fait que les personnes issues de groupes sociaux moins favorisés fument davantage et depuis plus longtemps est un élément explicatif de ce gradient social⁸.

Pour les maladies cardio-vasculaires, nous nous limitons au code Co1 de la classification ATC. Les médicaments ainsi sélectionnés sont typiquement utilisés en cas de décompensation cardiaque, angine de poitrine et trouble du rythme cardiaque. Ils ne correspondent pas à l'ensemble de la problématique cardio-vasculaire, mais leur utilisation est un bon indicateur d'une atteinte cardiaque.

La population de référence étant ici consti-

6 D'après

http://www.fares.be/affections_respiratoires/bpco/theoriebpco.php.

7 Les codes ATC sélectionnés sont les suivants : Ro3A (adrénergiques et produits pour inhalations), Ro3BA (glucocorticoïdes), Ro3BB (anticholinergiques), Ro3DAo4 (théophylline et théophylline sodium glycinat).

8 Enquête de santé 2004, voir Demarest et al. (2006)

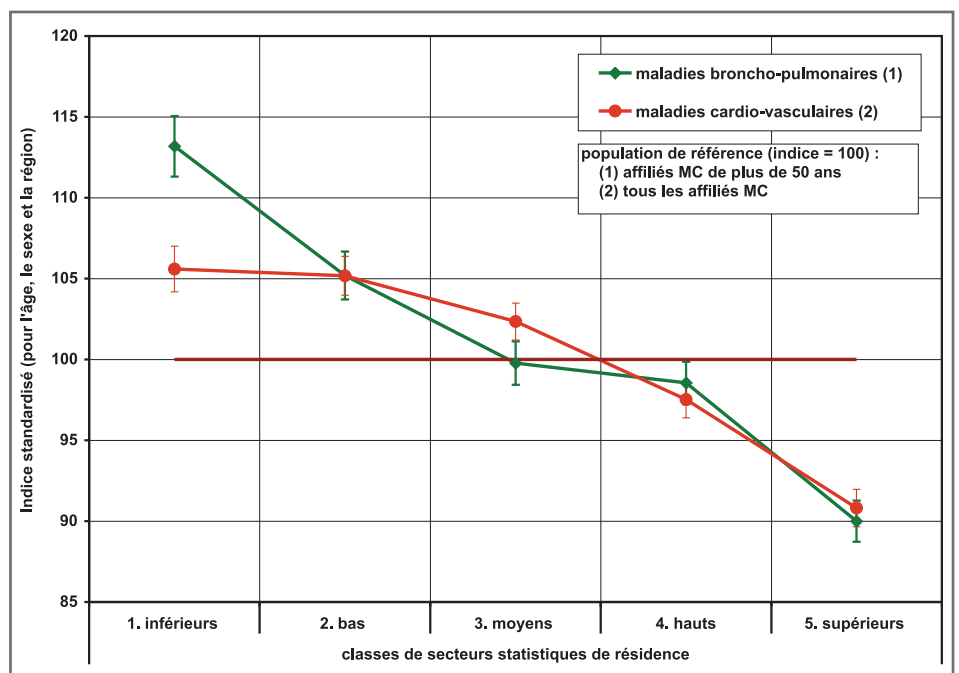


Figure 2 : Maladies broncho-pulmonaires et cardio-vasculaires (détection via pharmanet, min 90 DDD)

5 La DDD, « Defined Daily Dose » ou « Dose Journalière Moyenne », est un instrument de mesure lié à la classification ATC (classification des principaux principes actifs des spécialités pharmaceutiques établie par l'OMS). L'OMS définit la DDD comme la dose journalière moyenne supposée pour un médicament utilisé pour son indication principale chez un adulte (Source : INAMI).

tuée de tous les affiliés de la MC, nous observons des différences se marquant essentiellement entre les classes 'inférieure', 'basse' et 'moyenne', et la classe 'supérieure'. Par rapport à la classe la plus élevée, les individus appartenant aux trois premières classes présentent un risque accru de 13 % à 16 % d'avoir une atteinte cardiaque, traitée par cette catégorie de médicaments Co1.

Le fait que les personnes issues de groupes sociaux moins favorisés fument davantage et depuis plus longtemps est un élément explicatif du gradient social de la santé.

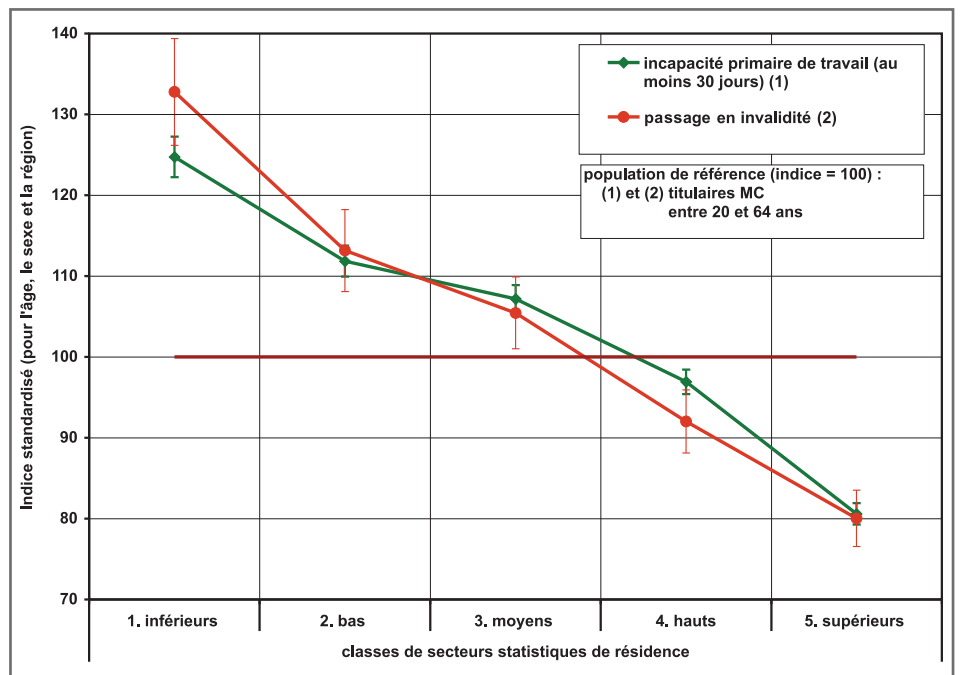


Figure 3 : Incapacité primaire de travail et passage en invalidité

Les facteurs qui peuvent influencer l'apparition de maladies cardio-vasculaires sont l'alimentation, le tabac et une tension artérielle élevée. Outre les différences de consommation en matière tabagique, nous avons observé qu'en règle générale, les personnes moins qualifiées ont un style de vie moins sain (consommation de moins de légumes, de fruits, de poisson et de pain gris) et présentent davantage de surpoids et d'obésité⁹. Un régime alimentaire peu sain et une surcharge pondérale augmentent le risque d'avoir un taux de cholestérol élevé et une hypertension artérielle, et dès lors de souffrir de maladies cardio-vasculaires.

Incapacité primaire de travail et passage en invalidité (figure 3)

En guise d'épisode d'incapacité primaire de travail, nous utilisons le critère suivant : au moins 30 jours indemnisés au cours de l'année 2006. La population de référence est constituée par les titulaires affiliés à la MC entre 20 et 64 ans.

Pour rappel, l'incapacité primaire correspond aux 12 premiers mois de l'incapacité de travail. Après 12 mois d'incapacité primaire, la personne passe alors en invalidité. Pour ce dernier événement, nous sélectionnons les titulaires entre 20 et 64 ans devenus invalides au cours de l'année 2006. Ces modalités administratives sont bien des marqueurs de morbidité : « pour être reconnu incapable

de travailler, le titulaire doit avoir cessé toute activité et un lien de causalité doit exister entre la cessation de l'activité et le début ou l'aggravation des lésions. En outre, sa capacité de gain doit, en raison de lésions et de troubles fonctionnels, être réduite d'au moins 66 % par rapport à la profession habituelle ou au groupe de professions dans lequel se range l'activité habituelle »¹⁰.

Par rapport à la population de référence, la classe la plus faible présente un risque accru de 25 % d'avoir au moins 30 jours d'incapacité, ainsi qu'un risque plus élevé de 33 % de devenir invalide.

Pour ces deux événements, le gradient social est relativement fort. Ainsi, par rapport à la population de référence (à savoir les titulaires affiliés à la MC entre 20 et 64 ans), la classe la plus faible présente un risque accru de 25 % d'avoir au moins 30 jours d'incapacité, ainsi qu'un risque plus élevé de 33 % de devenir invalide. Par rapport à la classe la plus élevée, ces mêmes pourcentages deviennent, respectivement, 55 % et 66 %.

D'après **Willems** et al. (2007), ces inégalités peuvent en partie être expliquées par le fait que « (...) les conditions matérielles de travail sont moins favorables aux groupes de faible statut socio-économique. Les personnes appartenant à ces groupes sont plus souvent soumises à un travail physique dur (...) ». Les conditions psycho-sociales de travail ont également un impact sur le risque d'incapacité et d'invalidité. Ainsi, l'étude britannique 'Whitehall II'¹¹ met en évidence que les travailleurs dans le bas de l'échelle professionnelle, de par leur manque de contrôle de la charge de travail et leur manque de reconnaissance, ont un risque d'infarctus et d'autres affections plus important. A noter que les conditions psycho-sociales de travail peuvent également avoir un impact sur la santé mentale de l'individu.

Santé mentale (figure 4, page suivante)

Pour la Belgique, différents auteurs ont récemment mis en évidence le lien qui existe entre situation socio-économique et problèmes de santé mentale (dont les problèmes de dépression, d'anxiété et les troubles du sommeil)¹². Dans le cadre de la présente étude, nous avons sélectionné deux événements pour illustrer les inégali-

9 Enquête de santé 2004, voir Demarest et al. (2006)

10 <http://www.inami.fgov.be/secure/fr/allowances/informations/index.htm>.

11 Gillis et Mertens (2008a), pp. 12-13.

12 De Booyer (2007).

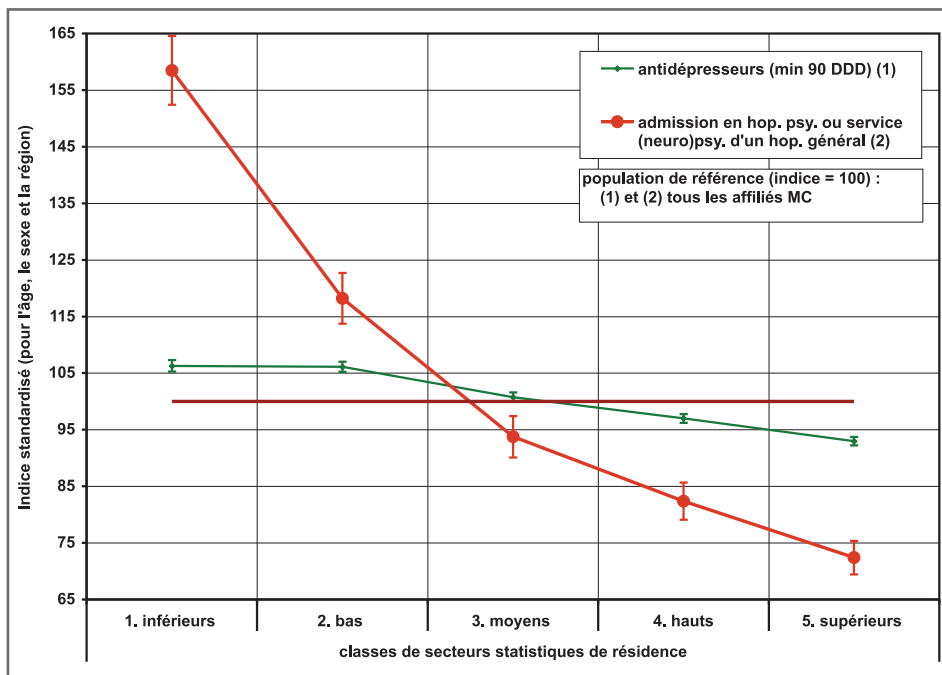


Figure 4 : Santé mentale

tés sociales en matière de santé mentale : consommer des antidépresseurs¹³ (min 90 DDD au cours de l'année 2006) et être admis en hôpital psychiatrique ou en service (neuro)psychiatrique d'un hôpital général (au moins une admission en 2006). Dans les deux cas, la population de référence est constituée de l'ensemble des affiliés de la MC.

Concernant les antidépresseurs, il y a bien un gradient social : la classe la plus faible présente un risque de consommation d'antidépresseurs accru de 14 % par rapport à la classe la plus élevée.

Le gradient social est beaucoup plus marqué pour les admissions en hôpital psychiatrique ou en service (neuro)psychiatrique d'un hôpital général. Ici, les personnes issues de la classe la plus faible ont un risque de près de 60 % plus élevé par rapport à la population de référence (ensemble des affiliés). Lorsqu'on les compare avec ceux appartenant à la classe la plus élevée, ce même risque est deux fois plus important.

Il est intéressant de faire le lien entre santé mentale et invalidité. Ainsi, on observe que le groupe de maladie pour lequel l'effectif des titulaires invalides est le plus important concerne les troubles mentaux (pour le

régime général, +/- 33 % des titulaires invalides s'y retrouvent en 2005). A noter que « (...) le nombre de titulaires reconnus invalides pour troubles mentaux (psychoses, troubles de la personnalité, etc.) a fortement augmenté entre 2001 et 2005¹⁴ ».

Le groupe de maladie pour lequel l'effectif des titulaires invalides est le plus important concerne les troubles mentaux.

Soins préventifs (figure 5, page suivante)

Nous nous intéressons ici aux vaccins contre la grippe, au dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein.

Vaccins antigrippe¹⁵

La grippe n'a rien d'une maladie insignifiante : elle peut entraîner des complications graves (et parfois mortelles), plus particulièrement chez les personnes âgées ou souffrant de certaines maladies chroniques. Un remboursement du vaccin contre la grippe est accordé pour certains groupes à risque, dont les personnes particulièrement à risque de complication.

Pour la présente analyse, nous nous sommes concentrés sur les affiliés MC de 65 ans et plus. Outre l'âge, le sexe et la région, la standardisation tient compte d'un éventuel séjour en institution entre septembre et décembre. Ce paramètre supplémentaire est à prendre en considération : en effet, **Cornelis et Mertens** (2007) ont montré qu'en maison de repos, le taux moyen de couverture est supérieur à 90 % pour les vaccins antigrippe. Bien qu'il soit faible, nous observons bien un gradient social : plus on descend dans l'échelle sociale, plus le risque de ne pas avoir été vacciné en 2006 est important. Le différentiel entre les deux classes extrêmes est cependant relativement faible : de l'ordre de 7 %.

Dépistage du cancer du col de l'utérus : frottis cervical et vaginal¹⁶

Selon le KCE (2006), « le dépistage par frottis classique permet d'éviter en Belgique environ 1.400 cancers du col par an. Malgré tout, chaque année, 700 femmes sont encore atteintes d'un cancer invasif du col, cancer qui n'avait pas été détecté à temps par dépistage. Ce cancer sera mortel pour plus d'un tiers d'entre elles. Seulement 59 % des femmes de 25 à 64 ans se présentent régulièrement chez leur gynécologue ou médecin traitant pour un frottis de dépistage du cancer du col. (...) La mortalité due au cancer du col diminuera d'abord par une plus large participation au dépistage et, dans une moindre mesure, par l'amélioration de la qualité des tests ».

Les cas de détection de ce cancer ne se répartissent pas équitablement entre les différentes classes. Pour les femmes MC considérées (entre 25 et 65 ans), notre analyse met en évidence un gradient social relativement fort : plus on descend dans l'échelle sociale, plus la chance de réaliser un frottis est faible. Ainsi, appartenir à classe la plus faible entraîne 13 % de chance en moins de réaliser un frottis en 2006 par rapport à la population de référence, 21 % vis-à-vis de la classe la plus élevée.

A noter l'existence de deux vaccins contre le col de l'utérus, remboursés par l'assurance maladie (depuis le 1^{er} novembre 2007) pour les filles de 12 à 15 ans dans un premier

13 Code ATC sélectionné : No6A (antidépresseurs).

14 INAMI (2006), p. 111.

15 Code ATC sélectionné : J07BB (vaccins antigrippe)

16 Détection à l'aide des codes de nomenclature suivants : 114030, 114041, 149612, 149623.

temps, puis jusqu'à 18 ans. Le KCE (2007) considère que « ces vaccins protègent efficacement contre certains types du virus HPV¹⁷ et que, selon les estimations, jusqu'à 50 % des cancers du col de l'utérus pourraient être évités. Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis vaginal reste toutefois indispensable, même après vaccination ».

Dépistage du cancer du sein¹⁸

Selon l'Agence intermutualiste (2007), « en Belgique, durant la période 2004-2005, 57 % des femmes âgées de 50 à 69 ans ont réalisé une mammographie : 31 % par mammographie diagnostique et 25 % par mammothest dans le cadre du programme organisé. Après une forte progression lors du 1^{er} tour du programme national, le nombre de femmes évolue lentement. Les écarts entre les groupes d'âge et entre les catégories socio-économiques se réduisent ».

Notre analyse des données 2006 (pour les femmes âgées de 50 à 69 ans affiliées à la MC) met encore en évidence un gradient social significatif. Ainsi, d'après notre échelle sociale, les femmes issues la classe la plus basse ont 17 % de chance en moins de procéder à un dépistage par rapport à celles de la classe la plus élevée.

Selon Willems et al. (2007), un élément explicatif quant à ces différences socio-économiques en matière d'utilisation des soins préventifs est à chercher dans les inégalités sociales en matière d'information. Ces inégalités peuvent être en partie liées aux campagnes de prévention pas suffisamment axées sur les groupes socio-économiques défavorisés.

Contact avec les prestataires et structures de soins

Malgré qu'elles soient relativement faibles, on observe des différences socio-économiques en matière de consultations et/ou visites des médecins généralistes et spécialistes. Les soins dentaires et les admissions hospitalières témoignent d'inégalités plus importantes.

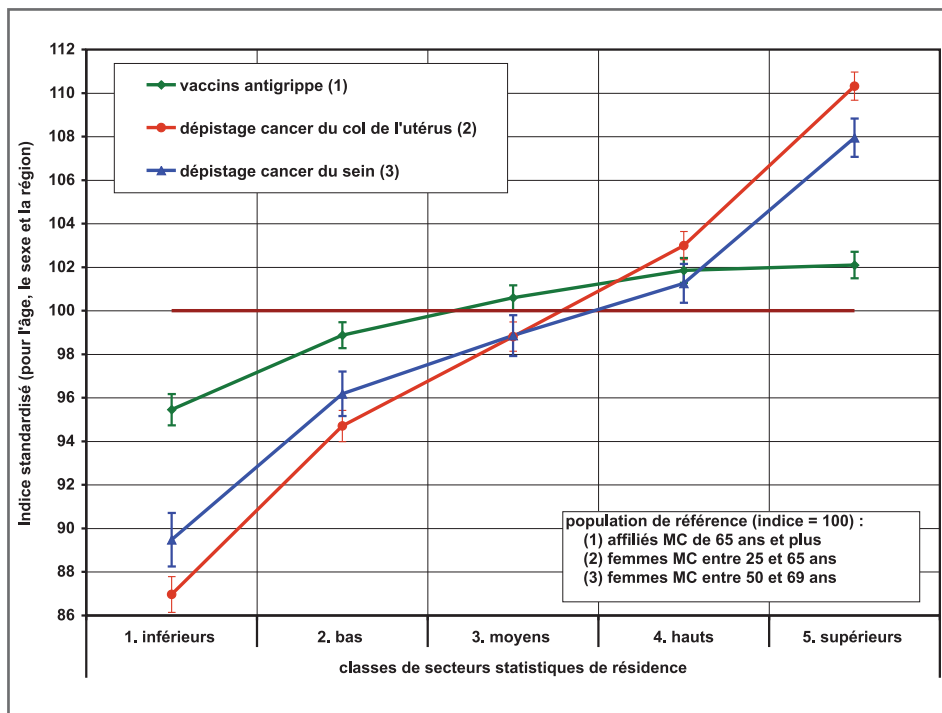


Figure 5 : Soins préventifs

Médecins généralistes (figure 6)

Concernant les contacts avec les médecins généralistes (tous types de contacts confondus), il n'y a pas tellement de différences entre les classes, hormis la plus faible qui se démarque sensiblement des autres. Elle présente une propension légèrement plus faible d'entrer en contact (au moins une fois) avec un médecin généraliste au cours de

l'année 2006. Cependant, lorsqu'il y a eu au moins un contact, la fréquentation des généralistes se révèle plus intense dans cette classe : le nombre médian de contacts pour 2006 est de 6,45 pour ceux appartenant à la classe la plus basse, tandis que ce même nombre est de 5,23 pour ceux de la classe la plus élevée.

Ces données confirment les résultats de l'en-

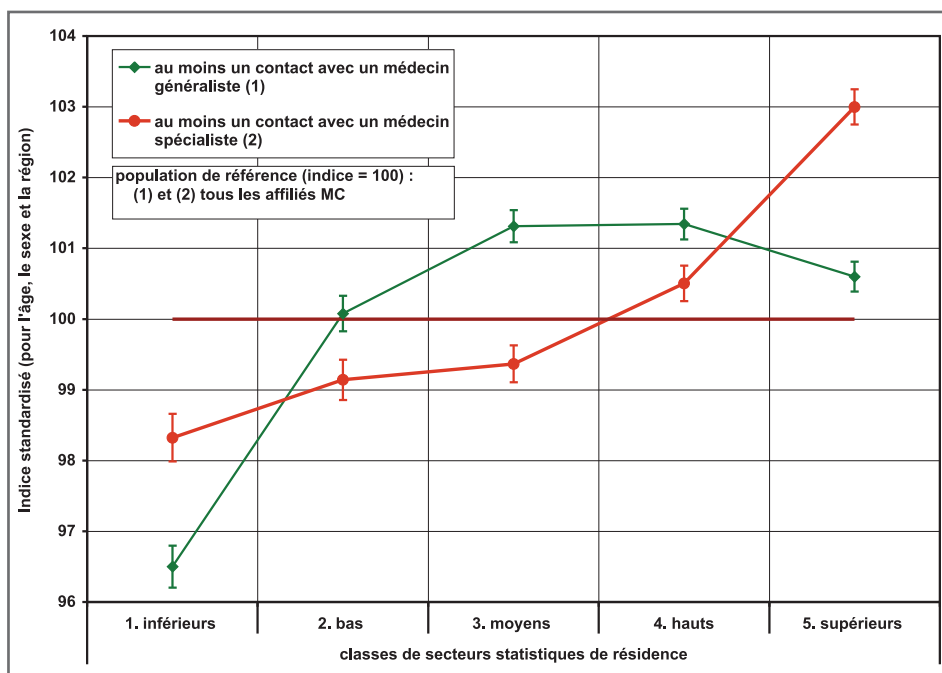


Figure 6 : Contacts avec les médecins généralistes et spécialistes

17 Le cancer du col de l'utérus est causé par un virus appelé papillomavirus humain (HPV).

18 En prenant en compte les codes nomenclatures sélectionnés par Fabri et al. (2007).

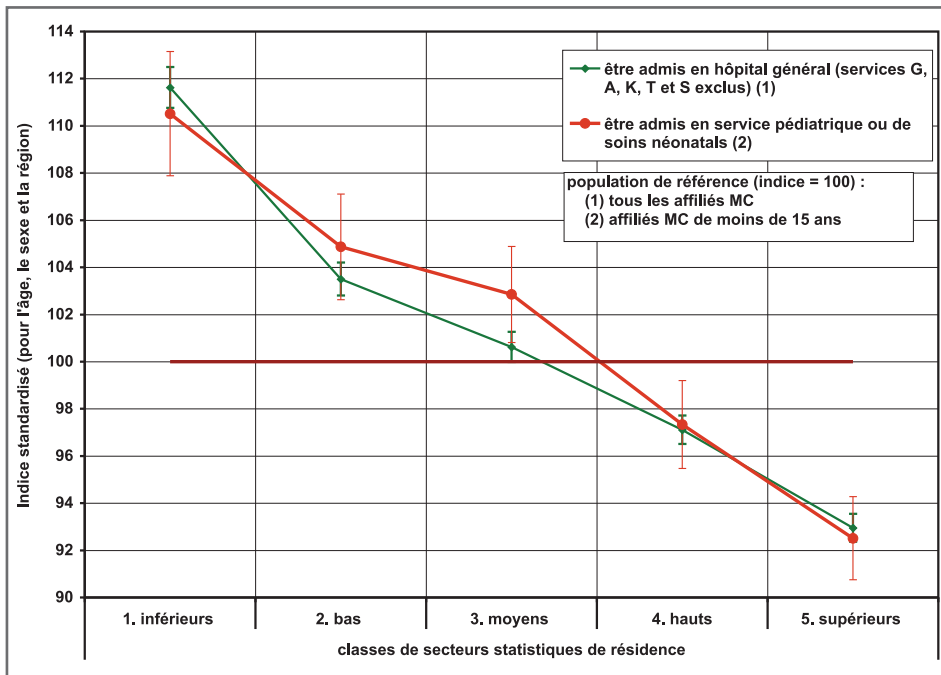


Figure 7 : Admission hospitalière

quête de santé de 2004 qui met en évidence que les personnes socio-économiquement défavorisées ont davantage de contacts avec le médecin généraliste. Elle met également en évidence que le nombre de visites à domicile est plus important chez les personnes socio-économiquement défavorisées, et que les contacts se font davantage sur l'initiative du médecin généraliste lui-même.

Médecins spécialistes (figure 6, page précédente)

Pour les contacts avec les médecins spécialistes (tous types de contacts et de spécialistes confondus), le gradient social est progressif, même s'il est très faible. On observe que la classe la plus élevée se distingue quelque peu des autres (elle manifeste une préférence d'entrer en contact avec un médecin spécialiste au cours de l'année 2006).

En outre, l'enquête de santé de 2004 met en évidence que le nombre de contacts avec un médecin spécialiste est relativement moins important chez les personnes socio-économiquement défavorisées, et que celles-ci ont moins de contact sur leur propre initiative (41% contre 73% chez les personnes plus scolarisées¹⁹).

Soins hospitaliers (figure 7)

Les admissions à l'hôpital général que nous avons considérées sont essentiellement celles qui ont eu lieu dans des services de soins aigus²⁰. De façon générale, le risque d'avoir eu au moins une telle admission en hôpital général durant l'année 2006 aug-

²⁰ Nous n'avons pas considéré les séjours dans les services de gériatrie, de (neuro)psychiatrie, les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle.

mente au fur et à mesure que l'on descend l'échelle sociale. Les personnes appartenant à la classe la plus faible présentent 20% de risque supplémentaire d'être admis en hôpital général en 2006, par rapport à ceux appartenant à la classe la plus élevée. Cette tendance se confirme lorsqu'on examine les données en 2006 concernant l'hospitalisation en service de pédiatrie ou de soins néonataux (pour les enfants âgés de 15 ans et moins).

L'enquête de santé de 2004 apporte un complément d'information et d'explication par rapport à ces observations. « La proportion des admissions en hôpital de jour par rapport aux hospitalisations classiques augmente quand le niveau d'instruction est plus élevé. Ceci est sans doute dû au fait que l'on préfère garder de manière prolongée à l'hôpital des patients qui pourraient avoir des complications difficiles à reconnaître, ceci afin d'éviter des problèmes. Cela est peut-être lié au souhait du patient qui n'est pas sûr de pouvoir assumer à domicile les soins postopératoires »²¹.

Soins dentaires (figure 8)

Depuis trois ans, les prestations de dentisterie pour les enfants jusqu'au 12^e anniversaire sont remboursées à 100% des tarifs prévus

²¹ Demarest et al. (2006), p. 60.

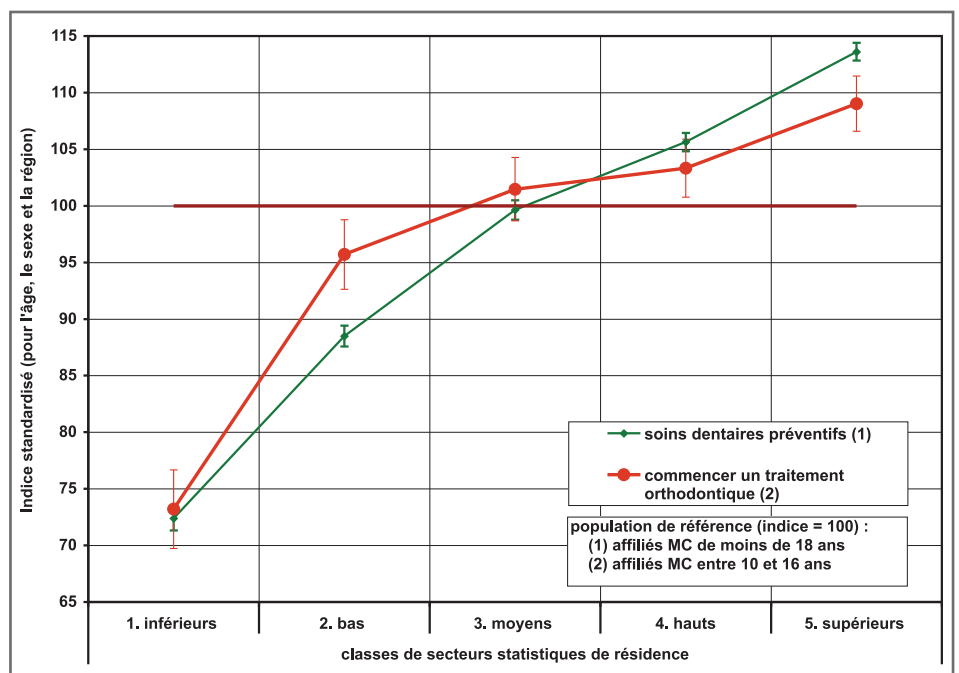


Figure 8 : Soins dentaires

¹⁹ Demarest et al. (2006), p. 51.

à la convention. De plus, ces enfants bénéficient également de règles permettant une application plus large du tiers-payant. Depuis le 1^{er} juillet 2008, ces mesures sont étendues aux jeunes jusqu'au 15^e anniversaire.

Elles permettent dès lors une meilleure accessibilité financière pour toutes les couches de la population, ce qui ne résout pas pour autant la problématique des inégalités de santé en la matière. En effet, le gradient social observé au niveau des soins dentaires préventifs ²² (chez les affiliés MC de moins de 18 ans) est relativement fort : les jeunes issus de la classe la plus faible ont 28 % et 36 % moins d'opportunité de bénéficier de ces soins par rapport à, respectivement, l'ensemble des jeunes de moins de 18 ans et ceux provenant de la classe la plus élevée.

Le remboursement à 100 % des tarifs officiels jusqu'au 12^e anniversaire (et jusqu'au 15^e anniversaire à partir du 1^{er} juillet 2008) ne concerne pas les soins orthodontiques. Selon une étude KCE (2008), pour ces soins « le coût total se situe souvent au-delà de 2.000 euros. L'INAMI rembourse environ 30 % de ce montant si la demande est introduite avant le 15^e anniversaire de l'enfant. Les organismes assureurs interviennent en outre pour près de 20 % via l'assurance complémentaire. Le jeune patient, ou plus exactement ses parents, doit donc déboursier environ 50 %, soit un peu plus de 1.000 euros ».

L'ampleur de ces frais explique les inégalités sociales que nous observons en 2006. En effet, les affiliés MC âgés entre 10 et 16 ans issus de la classe la plus basse ont une opportunité plus faible à commencer un tel traitement (27 % par rapport à la population de référence, 33 % par rapport aux jeunes issus de la classe la plus élevée).

Comportement 'adéquat' par rapport au système de soins

Ces dernières années, différentes mesures ont été mises en place afin d'inciter à une utilisation plus rationnelle et efficace du système de soins, le but étant de mieux maîtriser

la croissance des dépenses publiques de santé, tout en améliorant la qualité et l'accessibilité financière des soins pour le patient. L'introduction du dossier médical global (DMG) et de mesures encourageant la consommation de médicaments moins chers et décourageant le recours aux services d'urgence, en font partie.

Facturation du forfait pour soins urgents (figure 9)

Le forfait de soins d'urgence a été introduit le 1^{er} mars 2003. L'objectif de cette mesure était de responsabiliser le patient par rapport à une utilisation appropriée du service des soins d'urgence à l'hôpital. L'idée était la suivante : lorsque le patient sollicite à tort le service d'urgence d'un hôpital, un forfait restant à sa charge lui est facturé. Initialement fixé à 12,50 euros, le montant du forfait est ensuite passé à 9,5 euros (ou 4,75 euros pour les bénéficiaires de l'intervention majorée). Sur le terrain, l'application du forfait pour soins d'urgence a soulevé bien des critiques. Il a d'ailleurs été supprimé au 1^{er} juillet 2007 et remplacé par de nouvelles dispositions. Selon notre échelle sociale, que peut-on observer pour l'année 2006 ? C'est bien la classe la plus faible qui a été davantage exposée au risque de se voir facturer ce forfait (à raison de 43 % par rapport à l'ensemble des affiliés MC et de 64 % par

rapport à la classe la plus élevée). Ceci doit nous faire réfléchir à l'organisation non seulement des services d'urgence (en tant que portes d'entrée vers les soins hospitaliers) mais aussi à la médecine de garde et à l'information du public par rapport à ces structures de soins.

■
C'est la classe la plus faible qui a été davantage exposée au risque de se voir facturer le forfait pour soins urgents.
■

Le Dossier Médical Global (figure 9)

Le DMG a été introduit le 1^{er} mai 1999 afin d'améliorer la coordination des soins médicaux et la collaboration entre les prestataires de soins grâce à un meilleur échange de données. Il permet d'éviter des prescriptions contradictoires et/ou de refaire inutilement des examens identiques. L'ouverture ou la prolongation d'un DMG ne coûte rien aux patients. Au contraire, ces derniers bénéficient d'un réel avantage : réduction de 30 % du ticket modérateur sur les consultations. Sa diffusion est très inégale selon les régions : fin 2007, seulement 29 % des membres de la MC disposaient d'un DMG en Wallonie, 25 % à Bruxelles, et 63 % en

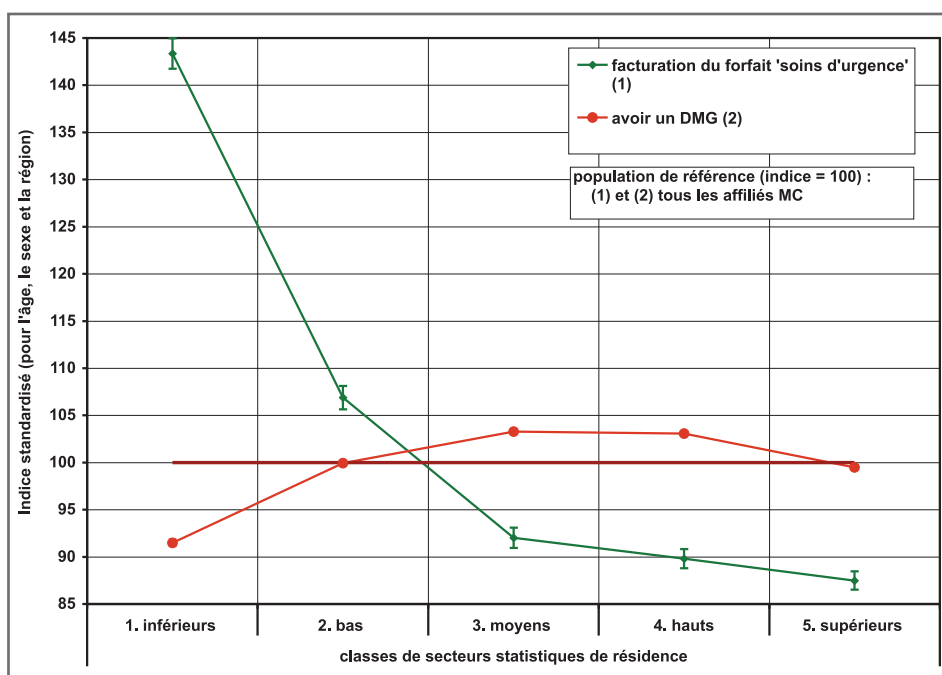


Figure 9 : Forfait « soins d'urgence » et DMG

22 Codes de nomenclatures dénotant les examens, les scelllements des fissures et puits, le nettoyage prophylactique et le détartrage.

Flandre. Au sein des autres unions nationales, la répartition géographique est similaire. On peut estimer, d'après **Laasman et Lange** (2006), qu'un peu moins de la moitié de la population dispose d'un DMG.

Nous observons également en 2006 des inégalités entre classes sociales, essentiellement entre la classe la plus basse et les autres (au niveau desquelles on n'observe pas de différences significatives). Ainsi, pour les personnes appartenant à la classe la plus basse, ne pas disposer d'un DMG est plus fréquent de 8 % par rapport au reste de la population. On peut mettre ces résultats en parallèle avec ceux relatifs au fait d'avoir eu au moins un contact avec un médecin généraliste, ce qui peut constituer un élément explicatif.

Consommation de médicaments moins chers (figure 10)

Diverses mesures, décrites dans Cornelis (2007), ont été prises dans le secteur des médicaments ambulatoires. Elles ont eu un impact considérable sur le volume de consommation des médicaments moins chers (génériques et médicaments dont le prix public a diminué jusqu'à celui des génériques correspondants). La part des médicaments moins chers, mesurée en DDD, est passée de 11 % au premier trimestre 2002 à 40 % au premier trimestre 2007.

La part des médicaments moins chers, mesurée en DDD, est passée de 11 % au premier trimestre 2002 à 40 % au premier trimestre 2007.

Qu'en est-il des différences de consommation entre classes sociales ? En 2006, le volume de médicaments moins chers représentait 37,8 % du volume total. A la figure 10, on voit que cette proportion ne varie que très peu en fonction de l'échelle sociale.

Pour tenir compte de la structure par âge, sexe et région de domicile, nous avons procédé à une standardisation directe. Avec ce calcul, nous obtenons alors la proportion *ajustée* compte tenu de ces critères de stratification. Après ajustement, on observe que la proportion de médicaments moins chers est légèrement plus importante dans les classes défavorisées et intermédiaires, légèrement plus faible dans la classe la plus élevée, les variations restant toutefois de très faible ampleur.

Ces résultats sont à mettre en perspective avec ceux d'une étude récente réalisée par le CRIOC d'après laquelle « les consommateurs issus des groupes sociaux inférieurs et moyens déclarent moins souvent connaître les médicaments génériques, à l'inverse des groupes

sociaux supérieurs. En général, les consommateurs membres des groupes sociaux inférieurs perçoivent plus négativement que la population les médicaments génériques. Ils doutent de leur efficacité, de leur prix, de leur composition et de la facilité d'obtention et de prise »²³. Malgré une moins bonne connaissance et une plus grande réticence par rapport aux médicaments génériques de la part des catégories sociales moins favorisées, nos résultats indiquent une propension un peu plus élevée de leur part à consommer des médicaments moins chers. Les obstacles identifiés par le CRIOC n'apparaissent donc pas déterminants, ce qui est plutôt une bonne nouvelle. Malgré tout, on aurait pu s'attendre à une plus grande pénétration des médicaments moins chers auprès des populations moins favorisées.

Conclusion

A l'aide de données administratives et de prestations de soins de santé des affiliés à la MC, nous avons mis en rapport divers indicateurs de santé avec une échelle sociale. Cette dernière regroupe cinq classes de secteurs statistiques où résident nos affiliés, l'ordre des classes reflétant la 'valeur' relative de ces secteurs (mesurée par la médiane des revenus fiscaux qui y sont déclarés en 2006).

Cette méthode d'approche est différente de celle des enquêtes de santé, mais révèle les mêmes tendances, à savoir la présence de gradients sociaux à divers niveaux d'analyse : mortalité, morbidité, utilisation et comportement par rapport aux structures de soins (de 1^{re} et 2^e ligne, soins préventifs et curatifs). Rappelons quelques résultats frappants. Par rapport aux individus de la classe la plus élevée, nous observons que les individus appartenant à la classe la plus faible ont :

- un risque de mortalité accru de 45 % et 24 % de chance en moins de décéder à domicile;
- un risque plus élevé, à raison de 55 %, d'avoir au moins 30 jours d'incapacité de travail et, à raison de 66 %, de devenir invalide;

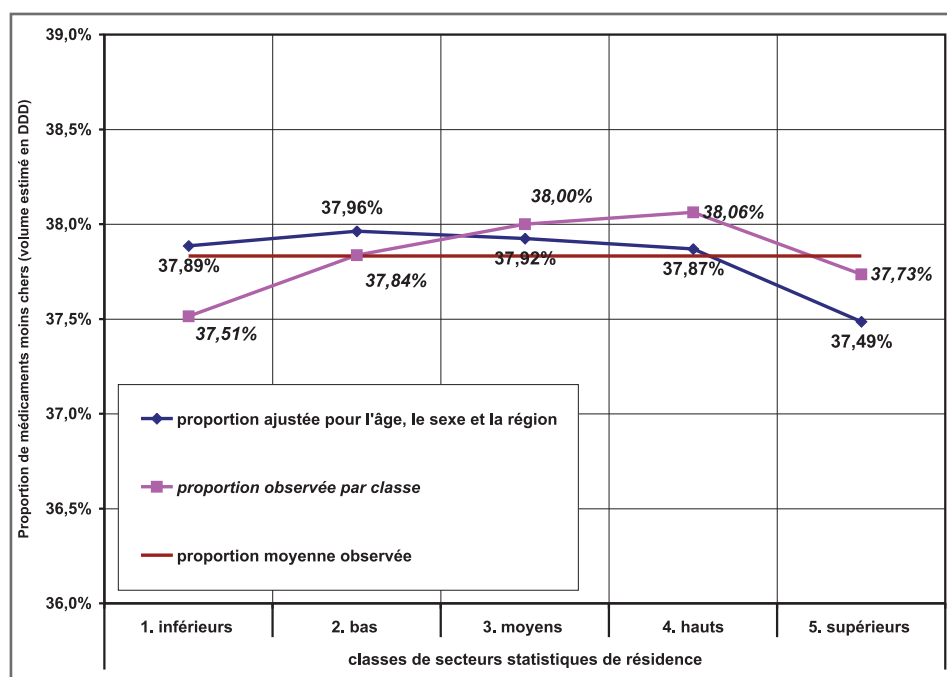


Figure 10 : Proportion de médicaments moins chers

23 Vandercammen (2008), pp. 66-67.

- deux fois plus de chance d'être admis en hôpital psychiatrique ou en service (neuro)psychiatrique d'un hôpital général;
- 36 % de propension en moins à bénéficier de soins dentaires préventifs (pour les mineurs d'âge);
- un risque plus élevé de 64 % de s'être vu facturé en 2006 un forfait pour soins urgents.

Ces inégalités ne s'expliquent pas uniquement par des difficultés quant à la disponibilité ou à l'accessibilité financière des services de santé. Elles renvoient également à d'autres déterminants liés à la position socio-économique d'un individu dans la société. Toute une série d'éléments explicatifs ont été mis en évidence par de nombreuses études, comme les comportements alimentaires, le tabagisme, les conditions de vie (matérielles et psycho-sociales, etc.). Ainsi, les individus issus des classes socio-économiques moins favorisées ont des pratiques alimentaires moins saines, fument davantage et ont des conditions de vie matérielles et psycho-sociales moins bonnes.

■
Les inégalités sociales de santé ne sont finalement qu'un révélateur de toutes les autres inégalités et lignes de fracture sociale de notre société.
 ■

Afin de réduire ces inégalités, tous les pouvoirs publics et les partenaires sociaux doivent se mobiliser et faire de cette problématique leur priorité. En effet, pour y arriver, il faudra mener des actions sur plusieurs plans : les revenus, l'emploi, le logement, l'éducation, l'environnement (matériel, social et culturel) et la santé. Plus spécifiquement pour les mutualités, les champs d'action sont nombreux : prévention et éducation pour la santé, diffusion d'informations ciblées, optimisation des droits, efforts soutenus pour favoriser l'accessibilité aux soins de santé. Mais il est illusoire de croire que le système de santé est seul en cause : les inégalités sociales de santé ne sont finalement qu'un révélateur de toutes les autres inégalités et lignes de fracture de notre société.

Hervé Avalosse, Olivier Gillis, Koen Cornelis, Raf Mertens, Département Recherche et Développement de l'ANMC
Cet article a été publié initialement dans MC- Informations - Analyses et points de vue, périodique trimestriel de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, n° 233, septembre 2008. Il est reproduit avec son aimable autorisation.

Bibliographie

Résultats des enquêtes de santé par interview

- Demarest S, Leurquin P, Tafforeau J, Tellier V, Van der Heyden J, Van Oyen H. 1998. *La santé de la population en Belgique. Enquête de Santé par Interview, Belgique 1997, Résumé des résultats*. Bruxelles. Service d'Epidémiologie. Institut Scientifique de Santé Publique. <http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crospfr/hisfr/his97fr/his.pdf>.
- Buziarsist J, Demarest S, Gisle L, Miermans PJ, Sartor F, Tafforeau J, Van der Heyden J, Van Oyen H. 2002. *Enquête de Santé par Interview, Belgique 2001. Synthèse*. Bruxelles. Service d'Epidémiologie. Institut Scientifique de Santé Publique. IPH/EPI reports 2002-25. <http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crospfr/hisfr/hiso1fr/hisfr.pdf>.
- Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J. 2006. *Enquête de Santé par Interview, Belgique 2004. Synthèse*. Bruxelles. Service d'Epidémiologie. Institut Scientifique de Santé Publique. IPH/EPI reports 2006 - 36. <http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crospfr/hisfr/hiso4fr/hisfr.pdf>.
- Vancorenland S. 2006. Tous les Belges ont-ils le même droit à la santé ? - Synthèse des résultats de l'enquête santé 2004. *MC- Informations*. 224 : 3-10. http://www.mc.be/fr/128/info_et_actualite/mc_informations/mc_informations_224.jsp.

Sur les inégalités sociales de santé

- De Boyser K. 2007. Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers. In : Vranken J, de Boyser K, Dierckx D, Campaert G. (ed.) *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. Leuven. Acco : 153-166.
- De Boyser K, Levecque K. 2007. Armoede en sociale gezondheid : een verhaal van povere netwerken ? In : Vranken J, de Boyser K, Dierckx D, Campaert G. (ed.) *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*.

Leuven. Acco : 167-178.

- Gillis O, Mertens R. 2008a. Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé ? *MC- Informations*. 231 : 4-16 (aussi dans *Education Santé*. 239 : 1-8). http://www.mc.be/fr/128/info_et_actualite/mc_informations/mc_info_mars_2008/inegalite_sociale/.
- Gillis O, Mertens R. 2008b. Mesures concrètes de réduction des inégalités de santé : quelques exemples européens. *MC- Informations*. 232 : 3-14. http://www.mc.be/cm-tridion/fr/128/Resources/inegalites_de_sante_lres_tcm178-49240.pdf.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *The New England Journal of Medicine*. 358 : 2468-81.
- Willems S, Van de Geuchte I, Impens J, De Maeseeneer J, Alaluf V, Van Nespens I, Maulet N, Michel Roland M. 2007. Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique. *Santé conjugulée*. 40 : 25-34.

Sur les méthodes de standardisation

- Groupe d'analyse du Programme spécial pour l'analyse de la santé. 2002. La standardisation : une méthode épidémiologique classique pour la comparaison des taux. Organisation Panaméricaine de la Santé. *Bulletin Epidémiologique*. Volume 23.3. Disponible sur : www.paho.org/french/dd/ais/EB_v23n3.pdf

Autres références

- AIM. 2007. Programme national de dépistage du cancer du sein. Communiqué de presse de l'Agence Intermutualiste (AIM) du 02/10/2007. Disponible sur : <http://www.nic-ima.be/library/documents/quality%20projects/MA%205%20FR%20communiqu%C3%A9%20de%20presse.pdf>.
- Avalosse H, Cornelis K, Geurts K, Mertens R, Hermesse J. 2008. Les différences de consommation de soins de santé en Belgique. Où sont les vrais enjeux ? *MC- Informations*. 231 : 17-29. http://www.mc.be/cm-tridion/fr/128/Resources/mc_info_231_diff_regionales_tcm178-45075.pdf.
- Cornelis K. 2005. Analyse régionale des dépenses en soins de santé en 2003 : nuances quant aux différences brutes de consommation. *MC- Informations*. 218 : 3-10. http://www.mc.be/cm-tridion/fr/128/Resources/analyse_regionale_soins_de_sante_tcm178-8348.pdf
- Cornelis K. 2007. L'influence des mesures prises dans le secteur des spécialités pharmaceutiques ambulatoires remboursables, sur l'évolution des dépenses

et des volumes. *MC-Informations*. 230 : 3-11.

http://www.mc.be/cm-tridion/fr/128/Resources/reportage_tcm178-39180.pdf.

■ Cornelis K, Mertens R. 2007. De grandes différences dans la consommation de médicaments en maisons de repos. *MC-Informations*. 229 : 1-6.

http://www.mc.be/cm-tridion/fr/128/Resources/consommation_medicaments_mr_tcm178-37463.pdf.

■ Fabri V, Remacle A, Mertens R. 2007. *Programme de dépistage du cancer du sein - période 2002-2003 et 2004-2005*. Bruxelles. AIM. Rapport 5.

Disponible sur : http://www.nic-ima.be/library/documents/quality%20projects/MA%205%20FR%20Depistage_cancer_sein.pdf.

■ INAMI. 2006. Rapport annuel.

Disponible sur : <http://www.riziv.fgov.be/presentation>

</fr/publications/annual-report/2006/index.htm>.

■ KCE. 2006. Cancer du col de l'utérus : d'abord une question de dépistage méthodique. Communiqué de presse du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) du 11/10/2006.

Disponible sur : http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3470&CREF=7760.

■ KCE. 2007. Le vaccin HPV offre une protection partielle contre le cancer du col de l'utérus, le dépistage reste néanmoins crucial. Communiqué de presse du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) du 17/10/2007.

Disponible sur : http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=8945&CREF=9983.

■ KCE. 2008. L'orthodontie chez les jeunes : parfois pour des raisons médicales, souvent pour l'esthétique. Communiqué de presse du Centre fédéral

d'expertise des soins de santé (KCE) du 07/04/2008.

Disponible sur : http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=10498&CREF=10912.

■ Laasman JM, Lange B. 2006. *Dossier médical global. Evolution et variation des taux de couverture de la population de septembre 2004 à octobre 2005*.

Bruxelles. Union nationale des mutualités socialistes. Direction Etudes.

Disponible sur : <http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/8CB92AD0-0520-4F4D-9CC8-C31E15898643/0/DMGo32006.pdf>.

■ Vandercammen 2008. *La consommation des ménages à revenu modeste*. CRIOC.

Disponible sur : <http://www.oivo-crioc.org/files/fr/3218fr.pdf>.

Le Plan de promotion des attitudes saines à 3 ans



Les ministres de la Santé, de l'Enseignement et des Sports de la Communauté française ont élaboré en 2005 un Plan de promotion des attitudes saines (PPAS) en matière d'alimentation et d'exercice physique pour les enfants et adolescents. Ce plan constitue la contribution de la Communauté française au Plan national nutrition santé belge, lancé début 2006 par le ministre fédéral de la santé (voir www.monplannutrition.be).

Une quarantaine de mesures ont été et vont être prises jusqu'en 2009 dans le cadre du PPAS.

Ces mesures sont mises en évidence par le site www.mangerbouger.be, un blog et un journal trimestriel, diffusé dans toutes les écoles, de l'enseignement maternel à l'enseignement secondaire, tous réseaux scolaires confondus. Le journal est également distribué dans les Services de promotion de la santé à l'école (PSE), les Centres psycho-médico-sociaux (CPMS), les 9 Centres locaux de promotion de la santé (CLPS) et les 4 Services communautaires de promotion de la santé.

Ces différents outils offrent des informations et adresses utiles et mettent en valeur

des projets d'écoles exemplaires en matière d'alimentation saine et d'exercice physique. La place nous manque pour développer l'ensemble des mesures, mais celles-ci sont par ailleurs téléchargeables sur www.mangerbouger.be. En voici quelques-unes.

Un **cadastre de la restauration** dans les écoles précise qui organise les repas, comment sont composés les menus, quel est leur coût, quelle est l'infrastructure, quels projets sont entrepris, etc. Ce cadastre a notamment mis en évidence que 40 % des cuisiniers n'avaient pas reçu une formation adéquate.

Des **cours théoriques** ont été dispensés gratuitement; ils abordent l'hygiène, la sécurité alimentaire, la norme HACCP¹, les modes de cuisson, les grammages adaptés à l'âge, des idées de menus, etc.

Deux **conseillers en alimentation saine** ont été engagés pour se rendre dans les écoles, proposer conseils et soutien, et repérer les bonnes pratiques.

Une vingtaine de cuisiniers (dont certains étoilés) se rendent régulièrement dans les écoles pour animer des **ateliers du goût**.

Ces mêmes chefs organisent des **ateliers cuisine** avec des groupes d'une quinzaine de cuisiniers de collectivités. Durant une après-midi, ils confectionnent, pour un prix moyen de repas scolaire et dans les conditions réelles des cantines, un repas composé d'une entrée et un plat ou d'un plat et un dessert.

Un projet « **collectivités scolaires de qualité** » a été lancé avec l'aide de l'asbl Bioforum Wallonie. Il s'agit d'accompagner durant deux ans près de 80 cantines scolaires, afin d'améliorer la qualité des repas distribués.

Un **label « Mangerbouger »** récompense les écoles cherchant à améliorer la qualité et la diversité de l'offre alimentaire et sportive et menant des actions pédagogiques allant dans ce sens.

Un projet pilote de **dédoublage des heures sportives** est en cours dans dix écoles de la Communauté française et est évalué par une étude pluri-universitaire.

Des **formations en diététique** ont été données dans le secteur de la petite enfance par

¹ Analyse des dangers et maîtrise des points critiques (Hazard Analysis Critical Control Point): système qui détermine, évalue et contrôle les dangers ayant une importance critique pour la salubrité des aliments.

l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE). Un appel à projets pour la **promotion des boissons saines** à l'école a permis de soutenir 41 écoles tant primaires que secondaires et ce, tous réseaux confondus. Une brochure, des grilles d'auto-évaluation et des affiches ont été distribuées à tous les responsables de **mouvements de jeunesse et de camps de vacances** pour leur prodiguer

des conseils en termes d'alimentation et d'hygiène alimentaire. Toutes ces mesures ont soutenu les établissements scolaires. Les évaluations intermédiaires montrent que ceux-ci s'inscrivent de plus en plus massivement dans les différents projets. L'environnement favorable a fait naître des initiatives locales qui s'inscrivent aujourd'hui dans un tout cohérent. La fréquentation du site

et du blog ainsi que le nombre de courriels reçus attestent de la popularité des mesures. Le plan court encore jusqu'en 2009. Les évaluations définitives seront disponibles d'ici un an.

Bettina Cerisier, Service communautaire de promotion de la santé Question Santé

Des patients aux soins de la société

Il y a les patients, les associations (grandes et petites) et les couples qui les fédèrent. Tous sont en marche vers 'des soins et des services de qualité et accessibles à tous'.

Deux recherches réalisées avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin ont servi d'amorce au colloque organisé par la Ligue des usagers des services de santé le 5 décembre dernier à Namur.

La première, présentée par **Chantal Vandoome** et **Gaëtan Absil** (APES-ULg), prend acte du rôle social des associations de patients et dégage des pistes pour un renforcement du rôle de la LUSS en tant que couple les fédérant en vue d'être incontournable aux yeux des autres acteurs de la santé. L'enjeu est de travailler ensemble pour le bien-être des patients et de leurs proches. Dans cet espace de collaboration la LUSS cherche à jouer un rôle d'interface et d'accompagnement sur base d'une expertise de proximité avec le terrain et d'une observation des pratiques.

Pour passer de l'action sociale à l'action sociétale, il faut des moyens afin de développer une offre de services. Mais quelles sont les ressources humaines, financières et matérielles dont disposent les associations de patients ?

Hervé Lisoir (Fondation Roi Baudouin) a présenté les résultats d'une première enquête exploratoire à laquelle 102 associations ont participé : leur action recouvre 14 millions € de dépenses en 2007 dont 70 % de frais fixes (salaires et frais de fonctionnement) et 30 % de frais liés à des projets. Ces budgets reflètent beaucoup d'ambition tant du point de vue du volume d'activités (en augmentation

au fil du temps) que de la qualité des projets développés.

Du point de vue du bénévolat, cela représente plus de 70.000 journées de travail. Pour 2009-2011, la Fondation Roi Baudouin souhaite contribuer au développement d'une offre de formation adaptée aux besoins des associations ainsi que lancer une étude sur des pistes de financement des associations. Pour les mutualités, le premier terrain d'action pour un combat transversal vers l'accès aux soins pour tous est celui de la gestion paritaire de l'assurance soins de santé et indemnités qui couvre solidairement 75 % des dépenses totales, ainsi que le rappelait **Alda Greoli** (Collège intermutualiste national).

Mieux connaître

les associations de patients

En marge du colloque et des Rencontres de Namur Expo, la LUSS a publié une plaquette d'information intitulée 'Qu'est-ce qu'une association de patients ?', qui explique brièvement et clairement qui elles sont, ce qu'elles font, qui les compose, à qui elles s'adressent, quelles collaborations elles développent avec les professionnels et quelle place elles revendiquent au sein du système de santé.

Disponible à la

Ligue des usagers des services de santé,
av. Sergent Vrithoff 123, 5000 Namur.

Tél.: 081 74 44 28. Fax : 081 74 47 25.

Courriel : luss@luss.be. Site : www.luss.be

La solidarité organisée opère donc une redistribution importante. Il est bon de le redire dans un contexte où le vieillissement de la population, l'apparition de nouvelles maladies, la médicalisation des problèmes sociaux mettent le système de soins davantage sous pression. Les enjeux de représentation de tous les assurés sociaux demeurent donc, en particulier pour les groupes plus défavorisés.

Les mutualités souhaitent que l'on regroupe au sein d'un seul organe consultatif à l'INAMI les résultats des études relatives aux dépenses des patients chroniques, aux besoins non rencontrés, l'évaluation des coûts à prendre en compte dans un budget d'assurance maladie suffisant. Enfin pour participer à la vie en société il faut avoir le revenu suffisant. Une série de mesures doivent donc être concrétisées en matière de revalorisation des indemnités aux invalides, de soutien aux aidants proches, d'octroi automatique du statut *omnio*.

Le **D^r Geneviève Haucotte** (INAMI) est venue annoncer la création (au 01/1/2010) d'un *observatoire* de la situation des patients chroniques au sein du Comité consultatif pour les malades chroniques mis en place en 1998. Il aura pour mission, en collaboration avec les associations, d'assurer le suivi des problèmes et des solutions apportées à la prise en charge des patients chroniques.

Laurette Onkelinx, notre ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé est venue expliquer le suivi qu'elle entend donner à la concertation avec les associations dans le cadre de la mise en place du 'Plan malades chroniques' (107 millions € sur 2009-2010).

Une série de mesures seront intégrées dans la loi programme en discussion au Parlement (dont le *maximum à facturer (MAF)* pour les malades chroniques et l'intégration du ticket modérateur de certaines prestations dans ce même MAF), d'autres viseront la simplification du statut omnio, et l'établissement des listes de maladies chroniques.

La ministre entend également prendre d'autres initiatives :

- un forfait de soins pour les pathologies lourdes;
- l'élargissement du tiers payant pour les patients gravement malades;
- l'intégration dans l'assurance-maladie invalidité de programmes de soins concernant les

maladies lourdes (diabète, mucoviscidose...);

- la transparence sur les prix et les coûts dans le cadre de l'information à laquelle le patient a droit afin d'éviter l'emballement des prix et les surcoûts;
- la mise en place, à côté de la voie judiciaire, d'un fonds d'indemnisation pour couvrir les erreurs médicales (aléas thérapeutiques);
- la prise en charge du patient à la sortie de l'hôpital;
- le remboursement de médicaments innovants via la baisse de prix de médicaments qui ont amorti leurs frais de recherche et développement.

Enfin **Pierre Sterckx**, Président de la LUSS, a clôturé le colloque en demandant que l'on arrête

de tourner en rond. Dans une société où tout se marchande, le patient seul ne réussit pas à s'imposer pour changer les choses. C'est pourquoi il se regroupe en association pour faire entendre avec d'autres une voix qui transcende l'expérience individuelle. Cependant le secteur de la santé n'est pas à l'abri d'intérêts divergents. La LUSS demande donc que chacun arrête de tirer la couverture à soi : chacun doit être à sa place à l'écoute des autres dans un espace complexe qui place au-dessus de tout la santé de l'ensemble des usagers.

Bernard Van Tichelen, Département socio-éducatif des Mutualités chrétiennes

RÉFLEXIONS

Quelques réflexions autour des soins palliatifs

Plutôt qu'un exercice de synthèse, je propose ici quelques réflexions de type philosophique ou éthique autour du thème des soins palliatifs. Ces réflexions porteront d'abord sur les soins palliatifs et le sens de la médecine, ensuite sur la souffrance humaine, enfin sur ce qu'on entend par la dignité humaine et l'esprit de l'homme.

Le sens des soins palliatifs propose un nouveau sens à la médecine

L'apparition des soins palliatifs a constitué une révolution dans les mentalités médicales. Pour de multiples motifs, comme l'a par exemple bien montré **David Le Breton**, les médecins ne se sont que très lentement intéressés à soulager la douleur physique.

Il a fallu vaincre de nombreuses résistances pour faire admettre l'anesthésie dans la chirurgie. Il en a fallu tout autant pour faire admettre qu'une des tâches du médecin était de soulager les douleurs physiques, et plus encore pour admettre qu'il s'intéresse aux souffrances psychologiques.

Je ne m'étendrai pas sur les multiples motifs qui expliquent cette situation surprenante. Il en reste que, actuellement encore, de

nombreux médecins et infirmiers ou infirmières doivent être formés pour prendre en compte les douleurs et les souffrances de leurs patients. C'est d'ailleurs un des rôles de formation qui incombent aux centres de soins palliatifs.

En quelque sorte, les soins palliatifs donnent l'image d'une médecine idéale, telle qu'elle devrait toujours se pratiquer.

C'est en cela que les soins palliatifs apportent une révolution du sens de la médecine. Ils se centrent sur la soulagement de la douleur et de la souffrance, et veulent accompagner de leurs soins les malades jusqu'à leur mort. En fin de vie, ils prennent en charge également les souffrances de l'entourage, et cela même jusqu'au-delà de la mort du patient. C'est une révolution des mentalités parce que c'est un changement apporté aux buts, aux finalités de la médecine elle-même.

Médecins et soignants définissent généralement le but de leur métier comme la lutte

contre la maladie et la restauration de la santé. L'important, c'est de guérir, et les progrès de la médecine sont d'abord des progrès dans les techniques de diagnostic et de traitement. Dans cet esprit, la douleur et même les souffrances que provoquent les maladies disparaîtront d'elles-mêmes si on guérit le malade. A fortiori, la mort sera évitée. C'est une des raisons pour lesquelles de nombreux médecins ressentent la mort comme un échec qu'ils répugnent à rencontrer et s'intéressent assez peu à la souffrance sous ses diverses formes.

Les soins palliatifs, en se donnant pour but de soulager les souffrances et d'accompagner la mort, changent le but de la médecine. Ils donnent un modèle de ce que la médecine, toute la médecine et pas seulement celle des mourants, pourrait être.

En quelque sorte, les soins palliatifs donnent l'image d'une médecine idéale, telle qu'elle devrait toujours se pratiquer. Non plus être centrée sur la guérison des maladies comme unique but, mais être centrée sur le soulagement des souffrances qui proviennent des maladies, sous toutes leurs formes.

Vous n'ignorez pas qu'on se plaint souvent

du manque de compassion et d'humanité des soignants : ce sont d'excellents techniciens, mais ils ne savent pas écouter leurs malades ni leur parler, dit-on.

Si les soignants avaient en tête que leur métier n'est pas seulement de guérir, mais que l'essentiel est de soulager les souffrances qu'entraînent les maladies, ils retrouveraient leur compassion et leur humanité. Ils viseraient toujours la guérison, bien évidemment, mais comme moyen de soulager les malades, et pas comme but unique. Tout au long du processus, ils prendraient le soulagement des patients comme une tâche permanente.

C'est une médecine plus difficile, il ne faut pas se le cacher. Elle demande de s'adapter aux souhaits des malades, de négocier avec eux, d'avoir en tête le souci d'un coût-bénéfice qui ne se mesure pas seulement par des analyses médicales ou le coût des temps de travail perdus, mais aussi en termes de qualité de vie.

Tout cela nous le savons, et petit à petit ces dimensions apparaissent dans les soins, mais cette évolution reste difficile. La médecine palliative, en changeant résolument le but des soins, apparaît bien comme un modèle idéal pour tous ceux qui sont concernés par la médecine en général.

La souffrance

En se donnant le soulagement de la souffrance comme but, on soulève nécessairement la question du sens de la souffrance, et ceux qui se consacrent aux soins palliatifs le savent bien. Question redoutable !

Il me paraît important de souligner l'influence de l'ambiance culturelle de la société sur le sens que les personnes peuvent donner aux souffrances qu'elles rencontrent. Jusqu'à la guerre 40 environ, le sens général était religieux. On y gagnait son ciel et on participait à la rédemption du monde.

Dans notre société laïcisée, ces significations ont disparu même parmi la minorité des personnes croyantes. Pour presque tous nos concitoyens, la souffrance n'est qu'une fatalité absurde de la vie humaine.

Parallèlement, en dehors de la maladie, le sens de la vie humaine a fortement changé. Dans le temps, ce qui faisait le sens de la vie était de se consacrer à un projet de société, ou tout au moins un projet qui concernait les autres.



Photo © Isopix

Des milliers de personnes ont accepté des frustrations et diverses souffrances dans l'espoir de contribuer à l'avènement d'une société communiste, par exemple. D'autres ont consacré beaucoup de leur vie à la défense syndicale, ou à l'émergence d'une meilleure économie, ou de plus de libertés démocratiques, ou pour lutter contre la violence. Même aujourd'hui heureusement, il y a encore des parents pour qui le sens de leur vie est d'essayer de faire le bonheur de leurs enfants.

Ce qu'il faut comprendre, c'est que la culture ambiante proposait des idéaux de société et que cela mobilisait les énergies des citoyens vers une œuvre collective, vers les autres. Peu à peu cependant, sous l'impact des facilités de consommation, mais plus encore par une espèce de désenchantement, il ne se trouve plus guère de personnes qui proposent des idéaux de société. Nous manquons d'utopies qui nous mobiliseraient à travailler à un monde meilleur. Notre société ne propose plus guère de modèles collectifs pour lesquels s'enthousiasmer. Le but de la vie qui nous est suggéré par tous les médias est l'épanouissement individuel, que chacun doit réaliser par ses propres qualités. Ce n'est plus en se consacrant aux autres ou à de grands projets qu'on doit s'épanouir, c'est en soignant son hygiène, en restant jeune, en s'occupant de ses distractions, en se donnant une bonne vie sexuelle, en se construisant soi-même sa sérénité, et ainsi de suite. Cet idéal de vie réussie est très pernicieux. Il

encourage un solide égoïsme et ne crée pas de liens sociaux. On dit avec raison que nous sommes dans une culture très individualiste. La règle de l'économie libérale est le chacun pour soi et que le meilleur gagne. En outre, cet idéal de vie ne fait que renforcer l'absurdité de la souffrance. Or tout le monde rencontre dans sa vie des frustrations et des souffrances. La place du souffrant devient honteuse parce qu'il n'a pas réussi sa vie. Et même si tout va bien, nul n'est jamais assuré d'avoir atteint son plein épanouissement, ce qui laisse aux gens un sentiment d'insuffisance et de pessimisme. Le pessimisme de la culture ambiante est palpable.

La philosophie des soins palliatifs ne prétend pas créer un nouveau sens à la souffrance due à la maladie, mais elle prétend y apporter des réponses pratiques pour la rendre supportable. Nul au monde n'a jamais réellement expliqué le pourquoi du mal et de la souffrance.

La question est dès lors comment l'aborder pour qu'elle ne détruise pas les vies humaines et que les souffrants ne fassent pas l'objet de rejet voire de mépris. C'est par une sorte de découverte des soins palliatifs que cette réponse doit passer, non seulement par les aides techniques comme il est bien évident, mais tout autant par l'accompagnement bienveillant, affectueux même si possible venant d'autres personnes.

Cet accompagnement va plus loin que la pitié ou la compassion envers celui qui souffre. Ceux

qui le pratiquent le savent bien : il se base sur la conviction, et sur l'expérience, que tout humain, même malade et diminué, apporte quelque chose de positif à ceux qui l'accompagnent et tentent de le soulager. Les soignants en soins palliatifs valorisent les malades au lieu de les considérer seulement comme des êtres diminués. Ils sont les témoins de ce que la maladie et même la mort font partie de toute expérience humaine, qu'il ne sert à rien de le cacher ou de le fuir, et que les humains ont assez de grandeur en eux-mêmes pour être capables de traverser ces épreuves sans perdre leur humanité et leur dignité. Mais cela, pour autant qu'ils trouvent des personnes pour les accompagner avec bienveillance et respect. Ils apprennent à ceux qui les accompagnent comment rester humains malgré les fatalités de la vie humaine. Toutes les personnes qui s'occupent de soins palliatifs savent qu'elles ont été améliorées dans leur humanité par la relation aux malades qu'elles y ont rencontrés. Elles y ont appris une tolérance, une bienveillance et même une relation de tendresse envers l'humanité souffrante qu'elles n'auraient pas acquise sans ces rencontres.

La dignité humaine : l'esprit humain

Ces réflexions me conduisent à dire quelques mots de la dignité humaine. Vous savez que, dans notre société, on base cette dignité sur l'autonomie des personnes : le fait qu'elles soient capables de raison, et de choisir librement les valeurs qui conduiront leurs vies. Cette idée de la dignité humaine est une des raisons pour lesquelles l'idéal de la vie est l'épanouissement personnel. C'est la même idée qui défend l'euthanasie : chacun a le droit de décider librement de sa propre vie. S'il estime que la souffrance, l'impuissance où le plonge la maladie et la dépendance qui en résulte altèrent gravement son autonomie et donc sa dignité, il est en droit de demander la mort et qu'on la lui accorde. Les soins palliatifs n'ont pas été créés pour s'opposer aux tenants de l'euthanasie. Ce n'était pas le souci de leurs fondateurs et ces soins existaient bien avant que la question de l'euthanasie se pose dans le domaine public et politique. Mais il est vrai que la philosophie des soins palliatifs, quant à ce qui

fait la dignité humaine, est très différente d'une philosophie de l'autonomie.

Pour le point de vue des soins palliatifs, ce qui fait la dignité humaine c'est d'être reconnu par l'autre, estimé, respecté ou mieux encore aimé par d'autres. La dignité, dans cette optique, est comme une qualité que chacun accorde à l'autre dans ses relations, et attend de lui. La dignité se lit dans le regard de l'autre comme le dit un slogan d'ATD / Quart Monde.

■
Par une espèce de désenchantement, il ne se trouve plus guère de personnes qui proposent des idéaux de société.

■
C'est bien l'idée des soins palliatifs : c'est l'accompagnement respectueux et même affectueux des malades qui leur rend le statut d'interlocuteurs valables, le sentiment qu'ils sont acceptés par les autres malgré leurs faiblesses et qu'ils sont encore capables de susciter de l'intérêt, voire même de l'affection. Ils ne sont pas devenus des inutiles. Ils ont gardé leur dignité malgré leur maladie. Au-delà d'une bonne médecine, les soins palliatifs témoignent dans la société que la dignité humaine peut être comprise autrement que comme liée à l'autonomie ainsi que le pensent si souvent les comités d'éthique et les politiciens. En ce sens ils sont un espoir pour notre avenir.

Ceci me pousse à proposer, en terminant, quelques réflexions un peu moins habituelles et peut-être un peu plus difficiles. Elles concernent la dignité humaine en général, mais plus particulièrement la dignité des personnes faibles de tous ordres, de ceux que j'appellerais les paumés de la vie.

L'idée du philosophe **Kant** que la dignité vient de la capacité de l'humain à une autonomie que ne présente aucun animal est séduisante et exacte pour une part. Elle fonde par exemple l'idée de démocratie, qui veut que toute personne a le droit d'exprimer son avis. Mais elle protège mal la dignité des personnes mentalement atteintes et ayant donc perdu leur autonomie. D'autre part, défendre la dignité humaine à partir d'un principe religieux n'est pas parlant pour les non croyants, qui sont la majorité. Par contre l'idée selon

laquelle tous les humains attendent des autres d'être traités avec dignité et reconnus comme partenaires humains est proche de la réalité vécue et s'adresse à tous, quelle que soit leur situation.

Cependant cela pose au philosophe la question de préciser ce qui doit être respecté comme spécifiquement humain chez tous : quel est l'objet de ce respect ? Ce que les gens en disent spontanément n'est guère éclairant : ils désirent être respectés « pour eux-mêmes » disent-ils, c'est-à-dire indépendamment de leurs attributs sensibles, intelligence, santé, efficacité, argent, capacités diverses, etc. Quel est ce « soi-même » que tous comprennent sans pouvoir en donner la définition ?

Je ne puis ici faute de temps entrer dans les détails. En un mot je dirai que ce que les gens désignent de la sorte c'est qu'ils ont un esprit, qu'ils sont un esprit. Cette proposition n'a rien de religieux ni de métaphysique.

Il faut comprendre que tous les humains, par le fait qu'ils disposent d'une conscience réflexive, savent qu'ils existent. Les animaux sentent qu'ils existent. Les hommes également, mais en outre, ils savent qu'ils se sentent exister. Ils sont capables de se prendre eux-mêmes comme objet de leur pensée. Or, pour se penser, se prendre comme un objet de sa propre pensée, il faut se placer comme en recul, comme en dehors de soi-même de telle sorte que ce recul permette de se « voir » comme objet de pensée. Or cette position « hors de soi » n'est pas le corps, et n'est pas représentable, bien que chacun la ressente vivement comme le lieu essentiel de lui-même.

C'est en effet à partir de cette position qu'il pense, qu'il se pense, qu'il se juge et juge le monde. C'est une position de pure pensée, qui dépend de son corps mais qu'il ressent comme distincte de son corps. C'est d'ailleurs à partir de là qu'il peut parler de « son » corps comme d'un objet qui ne le définit pas exactement dans l'essentiel de lui-même, dans son identité intime. Il peut d'ailleurs perdre des parties de son corps tout en restant la même personne. En un mot, c'est lui comme source de sa pensée, qu'il désigne d'habitude comme « lui-même », ou encore « le vrai lui-même », ou enfin comme son « esprit ».

Tout être humain se sent ainsi un esprit, au

delà des avatars de son corps, de sa santé, de sa réussite, de sa richesse, de son efficacité, etc. C'est en tant qu'esprit que chacun demande à l'autre de le reconnaître quelle que soit sa situation. C'est quand on le reconnaît comme esprit, source de sa pensée, qu'il se sent vraiment accepté sur un pied d'égalité, comme vraiment un humain. C'est sur cette base que la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme édicte ses préceptes. Accepter l'autre comme esprit, c'est l'accepter comme humain, différent des choses et des animaux. « On n'est pas des chiens » disent ainsi les gens. Cette acceptation se manifeste par l'écoute, la prise au sérieux de ce que l'autre a à dire, la patience pour le comprendre, la bienveillance, la confiance qu'on lui accorde et, mieux que tout, l'affection qu'on lui porte. La dignité humaine c'est le respect de l'esprit des humains.

Toute cette explication vous semble peut-être un peu difficile à suivre. C'est bien parce que nous vivons dans une société foncièrement matérialiste, qui ne s'occupe pas de l'esprit des gens, et que nous ne sommes plus habitués à penser l'esprit des gens.

■
L'idée selon laquelle tous les humains attendent des autres d'être traités avec dignité et reconnus comme partenaires humains est proche de la réalité vécue et s'adresse à tous, quelle que soit leur situation.
 ■

La science croit qu'elle peut définir les humains seulement en connaissant les détails de fonctionnement de leur cerveau. Il faut bien sûr un cerveau pour penser, mais aucune

analyse ne montrera que l'homme se sent et se sait être et qu'il y attache sa dignité. La dignité humaine ne se voit pas au bout d'un microscope. D'autres définissent l'humain par l'économie, ou par d'autres propositions matérielles encore. Mais tout cela n'est pas l'esprit qui fait la dignité de l'humain. La dignité est une qualité d'esprit que les personnes se reconnaissent entre elles. C'est bien là ce que les soins palliatifs mettent en avant comme ce qui inspire et anime leurs pratiques, et c'est en cela, encore une fois, qu'ils sont un modèle d'humanité pour notre culture.

Prof. Léon Cassiers, professeur émérite UCL
Cet article a été rédigé à l'occasion d'une intervention donnée au cours d'un séminaire des Mutualités chrétiennes à Spa le 13 novembre 2008

OUTIL

Visages et paroles

Description de l'outil

Le coffret pédagogique « *Visages et paroles* » propose l'ensemble des portraits et témoignages tirés de l'exposition homonyme réalisée dans le contexte de la campagne « La Haine, je dis non ! » par le MRAX et la Ligue des droits de l'Homme.

Les 40 photographies de **Marc Detiffe**, accompagnées de 40 textes rédigés par **Luc Malghem** – sur base de conversations avec les personnes photographiées – nous invitent à nous questionner sur le regard que nous posons sur les autres.

Le travail porte sur la connaissance, la reconnaissance et l'expression de ses propres préjugés et ce, par une expression tantôt orale, tantôt écrite, tantôt scénique. A travers la douzaine d'activités proposées, les utilisateurs sont invités à faire travailler leur imagination et leurs représentations, à partir de ce qu'ils voient, c'est-à-dire de *l'identité visible* de la personne photographiée. Ainsi,



en jouant, en échangeant les points de vue, on parvient à rendre à la réalité sa complexité (au-delà de ce qui apparaît à première vue), à sortir de l'identité visible comme seul critère de jugement (au sens neutre du terme).

Le coffret comprend :
40 visages : photographies en noir et blanc;

40 paroles : textes correspondant aux portraits;

19 fiches :

- 1 fiche de recommandations pédagogiques
- 12 fiches d'activités
- 5 fiches d'évaluation
- 1 fiche de correspondances entre les *visages* et les *paroles*.

Un livret d'information incluant :

- des recommandations pédagogiques générales
- des idées pour exploiter et prolonger les activités
- des propositions pour « réagir face au racisme »
- la Loi Moureaux
- des réflexions sur le rôle des médias
- un glossaire
- des références bibliographiques et sites Internet
- une liste d'associations concernées par les thèmes abordés dans cet outil.

Le coffret pédagogique « Visages et Paroles » a été conçu, pensé et réalisé dans un esprit d'échange avec les utilisateurs, dans l'espoir que chacun développe et imagine des variantes et des adaptations possibles, à partir de fiches utilisables telles qu'elles par ailleurs.

Prix du coffret : 15 € + frais de port.

Disponible auprès du centre de documentation de la Ligue des droits de l'Homme, Olivier Sebasoni, 02 209 62 80 ou par courriel osebasoni@liguedh.be.

L'exposition itinérante « Visages et Paroles » est disponible gratuitement au Mrax (Mouvement contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie): 02 209 62 50.

Promoteur de l'outil : Ligue des droits de

l'Homme, chaussée d'Alseberg 303,

1190 Bruxelles. Tél.: 02 209 62 80.

Fax : 02 209 63 80. Courriel : ldh@liguedh.be.

Internet : <http://www.liguedh.be>.

L'avis de la Cellule d'experts de PIPSA

La cellule d'experts de l'Outilthèque-santé¹ 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 (mars 2007).

Appréciation globale

Dans le cadre de la lutte contre les discriminations, cet outil favorise la réflexion et l'expression autour des représentations, stéréotypes et préjugés. Complet, clair et très soutenant pour l'animateur tout en lui laissant une grande part de liberté et de créativité, l'outil propose des informations pertinentes et argumentées. Cependant, le manque de séparations et de dynamisme dans la présentation de l'introduction (origine et philosophie du projet) n'en favorise malheureusement pas toujours la lecture et découverte.

Les photos présentent des exemples variés de personnages issus de la vie de tous les jours, n'étant de plus pas uniquement focalisés sur des personnes de couleur. Destinées à des enfants dès l'âge de 8 ans, celles-ci ne représentent cependant aucun enfant.

Utilisable avec un public large et varié, les

activités proposées à partir des photos suscitent l'interaction entre participants et avec l'environnement extérieur. Les fiches proposent de plus de nombreuses possibilités d'extensions et d'animations. Plusieurs fiches présentent également différentes propositions d'évaluation.

Objectifs de l'outil

Prendre conscience de ses propres représentations, stéréotypes et préjugés et les confronter aux autres.

Public cible

A partir de 8 ans (enfants, jeunes et adultes) jusque 99 ans.

¹ Pour une description de l'Outilthèque et du fonctionnement de la cellule d'experts, voir SPIECE C., La Cellule d'experts de l'Outilthèque-santé, paru dans Education Santé, n° 172, septembre 2002 (<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=339>). Lire aussi du même auteur Quels outils en promotion de la santé ?, Education Santé n° 210, mars 2006 (<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=731>). L'Outilthèque se trouve exclusivement sur le site <http://www.pipsa.org>.

LU POUR VOUS

Comment les médias façonnent les normes en matière de santé

Les Presses de l'Université du Québec publient le fruit des recherches du Groupe « Médias et Santé » de l'Université du Québec (Montréal). Il s'agit d'une foisonnante compilation d'articles dans laquelle chacun (travailleur de la santé, de l'éducation, des médias...) trouvera éléments de réflexion. Depuis 2005, ce Groupe se consacre à l'étude du rôle des médias dans le façonnement des normes sociales, principalement en matière d'alimentation et d'activité physique.

Les recherches du Groupe (en fait une Unité pluridisciplinaire, instance du Département de communication sociale et publique de l'Université du Québec à Montréal) sont motivées par le double souci d'effectuer des études utiles aux acteurs de terrain et de favoriser une utilisation des médias susceptible d'améliorer la santé et le bien-être de la collectivité.

Postulat

La création du Groupe repose sur le postulat que les médias constituent des sources importantes d'influence sociale et de socialisation mais aussi qu'ils contribuent à structurer les environnements sociaux et physiques. Les médias peuvent de ce fait influencer sur le processus de changement individuel et collectif. Et ce de trois manières : en influençant les croyances et les attitudes individuelles, en recadrant le débat d'une perspective individuelle à une perspective sociopolitique (avec le concours de leaders d'opinions) et en modelant les normes sociales (définies comme ce qui est collectivement acceptable et reconnu par un groupe).

L'influence directe des médias sur les croyances et sur les attitudes sociales a fait l'objet de nombreuses études. L'ouvrage rappelle qu'une revue systématique de plus de

cent recherches quantitatives sur le lien entre les médias et des indicateurs de santé (obésité, tabagisme, drogue, alcool, hyperactivité, performance scolaire et comportement sexuel) fait état d'un lien entre le degré d'exposition aux médias des enfants et des adolescents et l'obésité et le tabagisme.

Cependant, peu de recherches ont analysé le façonnement médiatique des normes sociales liées à la santé et au bien-être, notamment l'effet des prises de décision des différents agents sociaux (industriels, politiciens, leaders d'opinion) sur la transmission des messages et à l'inverse la façon dont les médias influencent ces agents.

Ces patterns d'influence, leurs effets sur la nature du message émis et reçu, ainsi que sur les normes se situent au cœur du présent ouvrage. Le Groupe « Médias et santé »

a développé un modèle intégrateur de la norme. Dans ce modèle, les agents de changement comme les leaders d'opinion, les industriels et les politiciens exercent un rôle dans l'émergence et dans le renforcement de la norme. Ils peuvent influencer l'effet des médias sur la norme.

Ces émetteurs de normes, dépositaires d'enjeux, sont en interaction avec les organisations et les individus qui créent et qui produisent des messages médiatiques (télédiffuseurs, producteurs, scénaristes), ce qui les définit comme émetteurs-relais auprès du public. Lequel public s'approprie et interprète les normes transmises en fonction de son contexte de vie et de son état de santé. Les médias ne représentent cependant, il faut le rappeler, qu'une des forces d'intégration de la norme. Une force d'intégration loin d'être insensible à la santé justement. On apprend ici que près de 1500 professionnels des médias ont été interrogés sur leur intérêt pour la santé. Les trois-quarts affirment aborder le thème de la santé dans leur projet médiatique. Un professionnel sur dix affirme que l'on devrait accorder à la santé une importance majeure vu les dépenses publiques dans le secteur et l'intérêt des citoyens. Les choix quant aux contenus santé, sont faits en fonction de l'existence de débats sociaux (y compris dans des pays voisins), de l'intérêt de la population, de l'originalité possible dans le traitement du sujet. Sont aussi avancés les prises de position des scientifiques et le traitement de certains sujets par la concurrence.

Vie de la norme

Le cycle de vie d'une norme compte trois temps : l'émergence, la cascade et l'internalisation. Ce cycle peut être influencé par le contexte général mais aussi par des problèmes particuliers, par exemple par un problème de santé publique comme le SRAS (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère).

Au temps de **l'émergence**, des spécialistes (au sens large, car il peut s'agir de citoyens ayant expérimenté une situation, comme des membres de groupes de self-help souhaitant contribuer à modifier une norme) s'essaient à la construction de normes, avec l'aide de leaders d'opinion qu'ils tentent de persuader du bien-fondé des normes mais



Photo © Fotolia

aussi de convaincre de les adopter. Les médias peuvent être considérés comme des leaders d'opinion. Ils peuvent jouer un rôle dans la vie des normes.

On signalera ici l'apport d'un chercheur comme **Linkebach** pour qui les médias, pour changer la perception de certains comportements, devraient présenter la norme réelle. Dans le cas du « binge drinking », cela signifierait que les médias devraient mettre l'accent sur le très faible pourcentage de jeunes qui ont ce comportement excessif plutôt que sur les cas les plus choquants ou spectaculaires.

Une des principales conditions d'émergence des normes résiderait dans leur caractère instrumental. Autrement dit, il faut qu'elles soient perçues comme permettant à des individus d'atteindre un but. Lors de la **cascade**, les leaders usent de leur pouvoir de conviction. Les adjuvants à l'adhésion à la norme seront le sentiment d'appartenance à un groupe, la conformité, l'estime. Avec **l'internalisation**, les débats concernant la norme se tarissent.

Nombreux médias

L'approche du Groupe « Médias et Santé » l'a amené à se pencher sur l'évolution des discours médiatiques sur la santé, l'évaluation des campagnes de promotion de la santé, les perceptions de différents publics quant

aux messages sur l'alimentation et l'activité physique, les contenus médiatiques ciblant les jeunes ou encore l'épidémie d'obésité et le rôle joué par l'industrie agroalimentaire. De la vingtaine d'entretiens menés au sein de ce secteur, il ressort que les décideurs pensent qu'il appartient aux seules autorités publiques de sensibiliser à l'équilibre alimentaire le consommateur, défini comme cuisinant définitivement moins qu'il y a quelques années !

Les médias interrogés au cours des contributions qui composent l'ouvrage sont variés : actualités, publicité, séries TV... Ainsi, pour ces dernières, une étude exploratoire de treize séries TV révèle que les références à l'alimentation sont plus fréquentes (40 % des séquences !) que celles à l'activité physique (6 % seulement des séquences !). De l'alcool est consommé dans la grande majorité des émissions (10 sur 13). Les fruits et les légumes ne comptent que pour 10 % des occurrences des aliments (127). Le choix se porte vers des silhouettes féminines (le constat ne concerne pas les hommes !) dont la corpulence est loin d'être représentative de celle du commun des vivants.

Les publicités diffusées lors de la présentation de ces séries ont été analysées. Friandises, céréales et fast-food y sont les aliments sur-représentés. L'activité physique est deux fois moins présente à l'image que des aliments. L'activité physique informelle, intégrée au quotidien, est quasiment absente de l'écran.

■
Les médias constituent des sources importantes d'influence sociale et de socialisation et contribuent à structurer les environnements sociaux et physiques.
■

L'activité physique étant un des thèmes prioritaires du Groupe, celui-ci a analysé l'évolution de la sédentarité de la population québécoise en lien avec les actions gouvernementales et la couverture médiatique en activité physique.

A partir de trois sources de données (données d'enquêtes, couverture médiatique et interventions des autorités publiques via le

programme Kino Québec de 1984 à 2005), l'analyse montre un lien ténu entre le bruit sociétal et la pratique d'une activité physique. L'étude met aussi en avant des lacunes en ce qui concerne des données comparables dans le temps.

Les jeunes

Sur le même thème, une étude auprès des jeunes entre 12 et 14 ans révèle qu'ils sont peu interpellés par les messages portant sur l'activité physique qui leur sont destinés. La moitié des jeunes ignorent la fréquence de pratique recommandée.

Des différences se font jour dans la perception des filles et des garçons. Les filles associent l'activité physique aux loisirs, au maintien ou à la perte de poids quand les garçons mettent, à cet âge, en avant les performances et le développement de leurs muscles...

Les chercheurs ont aussi demandé aux jeunes de décrire la journée d'une personne sédentaire. Il ressort des réponses un portrait caricatural : la personne sédentaire mange, dort et regarde la télévision. On voit combien, du coup, les jeunes se sentent peu concernés par la sédentarité.

Les mêmes jeunes ont fait part de leur perception de la campagne québécoise de promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine. Le recours à un personnage, soit « Vasy »

ou « Le bonhomme bleu », fut-il pertinent ? Les filles se montrent critiques quant au look du personnage, et par ricochet au message qu'il colporte, ce dont s'abstiennent les garçons. Au contraire, ils apprécient un personnage masculin et « musclé » ! Garçons comme filles soulignent le rôle de leurs parents dans leur alimentation, ce qui invite à ne pas oublier les parents comme cibles des campagnes destinées aux jeunes.

En matière d'alimentation, l'impact d'une campagne grand public à l'alimentation saine (dite aussi « offensive » !) a été analysé. La campagne comprenait des émissions TV, des spots santé télévisuels, des articles, un site internet et la possibilité de participer à un défi individuel.

Parmi les limites pointées par le public : la crainte de voir utilisées des données confidentielles. Les répondants proposent de varier encore davantage les outils de communication : circulaires, tournée d'un porte-parole de la campagne dans des magasins et des lieux publics, organisations de stands, journées-événements dans les municipalités, sensibilisation dans le milieu du travail.

Pistes d'action

L'ouvrage se clôt par une série de pistes d'action pour les praticiens en santé publique. Ces pistes concernent le rôle des interve-

nants, les messages et les cibles de ceux-ci. Le rôle des intervenants est quadruple : intervenir dans le processus de sensibilisation de l'opinion publique, travailler avec des acteurs de différentes sphères, développer une réelle connaissance des relais médiatiques et enfin tenir compte des représentations de la santé propres aux acteurs médiatiques, aux acteurs de santé et aux acteurs des différentes sphères. Concernant le contenu des messages qu'ils diffusent, les intervenants sont invités à ne pas perdre de vue qu'ils devraient proposer des données probantes sur des expériences menées ailleurs, être sans cesse curieux des messages véhiculés par les médias et enfin assurer la continuité de leurs propos dans le temps. Il s'agirait donc à la fois de prévoir des « retours de campagnes » et de mettre systématiquement en place des actions-relais. La cible devrait être approchée selon trois priorités : l'action locale, l'identification des relais de terrain et l'adaptation des contenus aux publics ciblés.

Véronique Janzyk

Les médias et le façonnement des normes en matière de santé, sous la direction de Lise Renaud, Presses de l'Université du Québec.

A visiter, le site du Groupe « Santé et Médias » à l'adresse www.grms.uqam.ca

BRÈVES

Education du patient

Bruxelles

26 février 2009

Comprendre pourquoi patients et soignants se mobilisent

Trop souvent un projet éducatif en éducation du patient est conçu comme quelque chose de figé, de 'décidé une fois pour toutes'. Trop souvent, l'éducation du patient prend comme point de départ des besoins construits par les soignants 'pour' le patient, et non pas de besoins construits 'à partir' de l'itinéraire du patient.

Et pourtant, tout plan éducatif doit tenir compte des besoins, ressources, rythmes... des différents partenaires.

Ces questions seront au cœur du cycle de quatre

rencontres organisé par le Comité interinstitutionnel d'éducation pour la santé du patient.

L'objectif de ces journées est de 'revisiter' les différents moments de la démarche éducative :

- 26 février, UCL, Ecole de santé publique - Analyse des besoins et processus éducatifs;
- 26 mai, Mont-Godinne - Alliance thérapeutique, projet éducatif commun et contrat éducatif;
- 29 octobre, Charleroi - Les interventions éducatives, lien entre 'itinéraire clinique' et 'itinéraire thérapeutique'. Complémentarité ?
- Février 2010, lieu à déterminer - L'éducation, le point de vue du patient et du soignant.

Détails pratiques : 140 participants maximum. P.A.F.: 30 euros par jour (repas compris) pour les membres du CIESP, 35 pour les autres et 20 pour les étudiants.

Renseignements : Marie-Madeleine Leurquin, Centre d'éducation du patient, rue Fond de la Biche 4, 5530 Godinne. Courriel : cep_godinne@skynet.be.

Outil

Mille facettes

Calendrier des prochaines sensibilisations à l'utilisation de l'outil *Mille Facettes*.

A Liège

En individuel

Les lundi 2 et 16 mars de 14h à 17h.

Pour les institutions

Le 26 mars de 10h à 17h.

Le 2 avril de 10h à 17h.

Organisation : Asbl Nadja (Liège). Personne de contact : Anne-France Hubaux, 04 223 01 19.

A Bruxelles

Les mercredi 21 et 28 octobre de 13 h 30 à 17 h.

Organisation : *Asbl Prospective-Jeunesse (Bruxelles)*.

Personne de contact : *Etienne Cleda, 02 512 17 66.*

A Louvain-la-Neuve

Le mardi 26 mai de 9 h à 16 h 30.

Le mardi 22 septembre de 9 h à 16 h 30.

Organisation : *Asbl Prospective-Jeunesse (Bruxelles)*

en partenariat avec Univers santé et le CLPS Brabant

wallon. Personne de contact : Etienne Cleda,

02 512 17 66.

A Mons

6 octobre

Organisation : *CLPS de Mons Soignies. Personne de*

contact : Gwladys Vaillant, 064 84 25 25.

A Andenne

A partir de mars 2009

Organisation : *Zone T (Andenne). Personne de*

contact : Grégory Breynart et Mohamed

Bourhanem, 085 84 50 61.

A Namur

A partir de mars 2009

Organisation : *Sésame (Namur). Personne de*

contact : Vincent Huyghebaert, 081 23 04 40.

A Verviers

Date non connue

Organisation : *Avat (Verviers). Personne de contact :*

Oswald de Cock, 087 22 57 22.

Réduction des risques

Bruxelles

3 et 10 mars 2009

La prochaine formation introductive à la RdR se déroulera à Bruxelles les 3 et 10 mars 2009.

La formation consiste en une présentation globale de la réduction des risques liés à l'usage des

drogues, ses valeurs, principes et actions (distinction des méthodologies utilisées dans le secteur toxicomanie en complémentarité ou parfois en opposition avec la RdR).

Elle s'adresse à tout professionnel en réflexion par rapport aux usages de drogues, désirant approcher la RdR pour la comprendre ou l'utiliser. Le coût de la formation est de 60 euros pour les 2 jours, mais il ne doit pas être un obstacle à l'inscription.

Cela se passera dans les nouveaux locaux de Modus Vivendi, rue Jourdan 151, 1060 Bruxelles.

Renseignements et inscriptions :

Ariane Close, responsable de projets, Modus Vivendi asbl, ariane.close@modusvivendi-be.org.

Tél.: 02 644 22 00. Fax.: 02 644 21 81.

GSM : 0474 65 77 96.

Alcool - drogue

Bruxelles

Mars ou avril 2009

Cycle de formation à l'intention des travailleurs psycho-médico-sociaux en entreprise qui sont amenés à jouer le rôle de « structure d'aide interne » pour les travailleurs présentant des problèmes d'alcool ou de drogues.

Le module de base « Alcool et autres drogues au travail » se déroule en 2 journées les 03 et 10/03/09 ou les 21 et 28/4/09.

Le module d'approfondissement « Comment aborder, motiver et aider un consommateur à problème ? » se déroule en 4 journées les 22 et 29/09/09, 06/10/09 et 24/11/09

Renseignements : *Santé & Entreprise asbl, rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles. Tél./fax : 02 215 61 45.*

Courriel : nathalie.mathys@sante-entreprise.be.

Site : www.sante-entreprise.be

Système de soins

Paris

25 mars 2009

Première journée scientifique de l'Assurance maladie sur les thème 'Analyser et accompagner les transformations du système de soins'.

Depuis plusieurs années, l'Assurance maladie promeut la recherche sur les services de soins. Ce champ de recherche fait appel à l'épidémiologie, l'économie, la sociologie, plus globalement aux sciences humaines et sociales. Il étudie comment les facteurs sociaux, les modes de financement, les organisations et processus, les comportements individuels affectent l'accès aux soins, la qualité et le coût des services de soins, et, in fine, les résultats de santé.

Les apports de ce type de recherche sont devenus essentiels dans l'élaboration des politiques de régulation du système, qui visent à la fois à améliorer la qualité des soins et la santé de la population, ainsi qu'à optimiser la dépense publique.

Sur avis de son Conseil scientifique, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a financé des projets de recherche, par exemple pour analyser les programmes de dépistage et de prévention, les trajectoires ou filières de soins, la prise en charge de maladies chroniques ou encore la prescription en médecine ambulatoire.

Afin de faire émerger une culture de la recherche chez les professionnels, des bourses ont été allouées et un partenariat entre la CNAMTS et

l'Institut national de la santé et de la recherche scientifique (INSERM) a permis de soutenir des travaux de recherche en médecine générale.

Cette première journée sera l'occasion de présenter certains de ces travaux. Elle permettra également de montrer l'intérêt, pour cette recherche sur les services de soins, de l'exploitation des données rassemblées dans les systèmes d'information de l'Assurance maladie. Ces systèmes, fondés à la fois sur des données administratives et médicales, se sont beaucoup enrichis ces dernières années, autorisant dorénavant une connaissance de l'ensemble des processus et des trajectoires de soins. Les bases de données du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIR-AM) ont d'ores et déjà été mobilisées pour de nombreux travaux menés par les services de l'Assurance maladie ou dans le cadre de multiples collaborations avec d'autres institutions ou organismes de recherche. Le SNIIR-AM a aussi été utilisé par exemple pour réaliser des enquêtes de grande ampleur auprès des patients telles que l'enquête ENTRED sur les diabétiques pilotée par l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'enquête sur les conditions de vie des personnes atteintes d'un cancer conduite par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), et d'autres projets associant de nombreux partenaires tels que l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), la Haute autorité de santé (HAS), l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), etc.

L'objectif de cette journée scientifique est de faire bénéficier le plus grand nombre des expertises acquises à l'occasion de la réalisation de ces travaux, de montrer comment ces données peuvent être mises au service de problématiques de recherches opérationnelles sur les services de soins, utiles aux gestionnaires et aux décideurs, et d'inciter à leur développement.

Elle aura lieu de 9h30 à 17 h à l'amphithéâtre de la CNAMTS, 50 avenue du Pr. A. Lémierre, 75020 Paris. Le nombre de participants est limité à 350.

L'inscription est gratuite et se fait sur invitation.

Contact pour toute information sur cette journée scientifique, ou pour demander une invitation : Georges Borgès Da Silva, Direction de la stratégie, des études et des statistiques - CNAMTS.

Courriel : jsam@revuepos.org (merci de mentionner vos nom, prénom, profession, organisme professionnel, adresse, téléphone).

Concours Ma vision du tabac

Jusqu'au 30 avril 2009



Le Service Prévention tabac de l'asbl FARES organise avec le soutien du Ministère de l'Enseignement obligatoire un concours « Ma vision du tabac » à l'attention des élèves du 1^{er} degré de l'enseignement secondaire, tous réseaux confondus, en Communauté française. Le concours propose aux classes de 1^{er} et 2^e secondaire du premier degré de réaliser une production audiovisuelle autour du thème « Ma vision du tabac », soit un mini-film de maximum 3 minutes ou encore une série de 3 à 5 photographies. Le concours est destiné à des classes d'élèves (ou groupes d'élèves), avec l'assistance d'un professionnel du milieu scolaire (enseignant, éducateur, etc.). Les adultes souhaitant concevoir un mini-film ou une série de photos avec leurs classes, peuvent faire appel à une aide s'ils le souhaitent auprès des Points d'appui aux écoles en matière de prévention des assuétudes au sein des Centres locaux de promotion de la santé. Le contenu du message (audio)visuel doit porter sur la vision qu'ont les jeunes du tabac, sur la place qu'il occupe dans leur vie, à l'école, à la maison, avec leurs copains. Les thèmes abordés peuvent être très variés tels que leur vision du tabagisme passif, les conditions de l'initiation (les premières cigarettes), les risques de la dépendance, l'influence des médias, les nouveaux usages (chicha...), les avantages d'être non fumeur, etc. L'inscription de chaque classe au concours doit être transmise avant le 15 mars 2009 par courriel à francoise.cousin@fares.be. Les mini-films ou séries

de photos sont à remettre pour le 30 avril 2009. Au terme du concours, une rencontre festive est prévue pour tous les participants au cours de laquelle les différents projets seront présentés au travers d'une exposition multimédia. Lors de cette rencontre, l'ensemble des participants pourront élire un des projets en vue de son éventuelle adaptation ultérieure pour la réalisation d'une campagne de prévention du tabagisme auprès des jeunes. Un stage en création audiovisuelle et une journée dans un centre sportif seront offerts aux élèves des 2 classes dont le projet aura été sélectionné par le comité d'accompagnement au concours. Toutes les informations concernant le concours sont accessibles sur le site www.enseignement.be, sur www.mavisiondutabac.be, ainsi que sur le site des différents Centres locaux de promotion de la santé - Points d'appui aux écoles en matière de prévention des assuétudes.

Estime de soi

Liège

14 et 15 mai 2009

En finir avec Cosette, Narcisse et Caliméro
D'abord, il y a ceux qui ne se posent pas de questions, qui ne s'observent pas, qui « ne se prennent pas la tête » mais qui se comportent avec eux-mêmes comme avec un déchet : ils se négligent, se font du mal, connaissent des échecs répétés et n'ont jamais vraiment imaginé qu'ils méritaient autre chose. De l'autre côté, il y a ceux qui se jugent, se mesurent, se comparent... et se trouvent toujours plus laids, plus stupides, plus méprisables que les autres. Leurs grandes réussites ne comptent pas, en tout cas pas autant que leurs petits échecs ! Hypersensibles au jugement d'autrui, leur faible estime d'eux-mêmes tourne à l'obsession. Ensuite, nous voilà, nous les professionnels de la relation d'aide, tantôt experts en « regonflage d'estime de soi à plat », tantôt réceptacles d'une agressivité destinée à quelqu'un d'autre. Qu'en est-il de notre estime de nous-mêmes quand nous sommes confrontés à l'impuissance, à la disqualification, à l'échec dans nos interventions ? Enfants, adolescents, parents, conjoints, enseignants, professionnels de la relation d'aide, nous sommes tous confrontés à notre propre jugement sur nous-mêmes. Comment apprendre à se libérer de cette dictature pour entretenir une relation plus amicale avec soi-même et plus sereine avec les autres ?

Au programme de ces journées organisées par l'asbl *Paroles d'enfants* :

Judi 14 mai 2009

9h15 - Ouverture
9h30 - **Germain Duclos**, L'estime de soi, un passeport pour la vie
10h30 - **Gisèle George**, Confiance en soi, estime de soi et résilience
12h00 - **Vincent de Gaulejac**, Face à la honte
14h30 - **Yves Le Claire**, L'estime de soi comme axe majeur pour la compréhension et la prise en charge de la problématique alcool
15h30 - **Samira Bourhaba**, « Je t'aime, toi non plus » : la corruption du lien dans les situations d'abus sexuel intrafamilial et leur impact sur l'estime de soi des victimes
16h45 - **Marie-Françoise Boukhrissi et Florence Brunaux**, Les troubles des conduites alimentaires, une tentative pour restaurer l'estime de soi

Vendredi 15 mai 2009

9h00 - **Patrick Mauvais et Anne Jamet**, Détresse du bébé, effondrement de l'adolescent : quelles continuités dans les soins pour soutenir le narcissisme et restaurer l'estime de soi ?
11h30 - **Marjorie Huart et Alexiane Gillis**, Mettre en scène et apprivoiser ses voix intérieures : une façon de travailler l'estime de soi avec des groupes d'enfants et d'adolescents
14h00 - **Maridjo Graner**, Une mallette pour encourager l'estime de soi et le respect des autres à l'école
15h00 - **Régis Sécher**, Estime de soi et parentalité des populations en situation de précarité sociale
16h45 - **Marianne Obozinski**, Lâcher les « ego-trips » et trouver la joie dans la présence.

Infos pratiques

Organisation

Parole d'Enfants, Boulevard d'Avroy 7c, 4000 Liège.
Tél. : 00 32 (0)4 223 10 99. Fax : 00 32 (0)4 223 15 56

Lieu et dates

Palais des Congrès, Esplanade de l'Europe 2, 4020 Liège, le jeudi 14 mai 2009 de 9h30 à 17h15, et le vendredi 15 mai 2009 de 9h30 à 17h00.

Coût de l'inscription

105 euros si paiement avant le 1^{er} mars, 145 euros après. Etudiants et demandeurs d'emploi : 50 % de réduction (sur présentation d'une attestation), groupes de 5 personnes et plus : 20 % de réduction. L'inscription est ferme dès réception du bulletin d'inscription et du paiement (ou d'une attestation de prise en charge fournie par l'employeur). Frais administratifs en cas d'annulation : 25 euros.

Pour en savoir plus : www.parole.be.

Revues

Santé conjugquée

Le dossier du nouveau numéro de Santé conjugquée est consacré à diverses lectures des réalités sociales, en mettant plus particulièrement l'accent sur la formation comme levier vers un modèle de système de santé en phase avec les réalités sociales.

Dans la même livraison, relevons aussi un article sur 'Les médecins généralistes et les associations de promotion de la santé', qui envisage les points positifs et les points d'attention des collaborations de ceux qui, avec des logiques professionnelles différentes, consacrent une partie au moins de leur activité à une belle 'cause commune'. Nous publierons ce texte courant 2009.

Santé conjugquée, n°46, octobre 2008.

Disponible au numéro (individuel 8,68 euros / institutionnel 11,16 euros + port), ou par abonnement (individuel 29,75 euros / institutionnel 54,54 euros - prix pour la Belgique).
Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, boulevard du Midi 25 boîte 5, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 514 40 14.

Campagne

Le « Syndrome du bébé secoué »

Le « syndrome du bébé secoué » est le nom donné à une pathologie survenant lorsqu'un nouveau-né ou un très jeune enfant est violemment secoué par un adulte. Ce traumatisme cérébral résulte de la faiblesse des muscles du cou du bébé. Quelques mouvements suffisent à provoquer des lésions cérébrales gravissimes, susceptibles de tuer l'enfant ou de lui infliger des séquelles neurologiques irrémédiables. Il faut savoir que 10 % des petites victimes décèdent tandis que près de 50 % demeurent handicapées à vie. Le fait de secouer brutalement son bébé n'est pas forcément le fruit d'une maltraitance voulue. Il advient, par exemple, que l'enfant soit victime d'un malaise, que sa respiration s'interrompe ou qu'il avale de travers, et qu'un adulte paniqué tente de le réanimer de cette manière. Ou bien encore, certains parents peuvent se trouver confrontés à des moments d'énerverment, de frustration ou de fatigue, qui leur rendent tout à coup intolérables les pleurs de leur propre enfant. Dans tous les cas de figures, secouer un enfant est un acte à proscrire de manière absolue. D'ores et déjà, dans le cadre de son action de prévention de la maltraitance et d'accompagnement des familles, l'ONE informe régulièrement les parents de la dangerosité extrême du « syndrome du bébé secoué », que ce soit par le biais de ses



microprogrammes télévisés « Air de familles », de ses brochures de promotion de la santé, de ses consultations prénatales et pour enfants, et bien sûr, du travail d'information et de sensibilisation des Equipes SOS-enfants en Communauté française. Aujourd'hui, en collaboration avec l'association La Braise (centre de ressources en matière de lésion cérébrale acquise), l'ONE lance une nouvelle campagne mettant respectivement à la disposition des professionnels de l'enfance et du grand public, de nouveaux outils de sensibilisation sur ce thème dramatique :

- une affiche représentant le célèbre chat dessiné par Philippe Geluck, qui déclare : « *Il ne faut jamais secouer un bébé!* ».
 - un dépliant répondant à trois questions essentielles : « *Pourquoi un bébé pleure-t-il ? Que peuvent faire les parents pour le calmer sans le secouer ? Comment agir si les pleurs persistent ?* »
- Renseignements : ONE, Chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles. Courriel : info@one.be.
Internet : www.one.be

Nutrition

Société scientifique

La **Belgian Nutrition Society** a été officiellement lancée le 18 décembre dernier lors d'une séance au Palais des Académies. On saluera l'efficacité souriante avec laquelle **Nathalie Delzenne** (UCL) a joué les maîtresses de cérémonie, et on déplorera pour l'anecdote le choix de l'anglais comme langue de travail de l'association (après tout, ce n'est pas 'encore' une langue officielle en Belgique, et elle n'a rien fait aux francophones et Flamands qui la brutalisent avec une belle unanimité!). Plus intéressant, le représentant du sponsor privé

de la BNS a déclaré dans son 'speech' (je n'ose écrire discours) en guise de boutade que 'La nutrition est une chose trop importante pour être laissée aux seuls nutritionnistes'. A bon entendre... (CDB)

Liaison dangereuse

Vu sur un site relatif au sport à l'école, ce lien vers un autre site qui, dixit le premier, 'propose de nous donner des pistes, des priorités à suivre afin que nous adoptions un style de vie sain et équilibré'. L'internaute aboutit à un site vantant les mérites des sucreries, sponsorisé par Mars ! Et ce n'est pas un poisson d'avril précoce...

Changement d'adresse

Le Centre de prévention du suicide a déménagé. Nouvelle adresse : av. Winston Churchill 108, 1180 Bruxelles. Tél.: 02 650 08 69. Fax : 02 640 65 92. Courriel : cps@preventionsuicide.be. Ligne de crise : 0800 21 123.

Erratum

Une lectrice attentive nous signale qu'une erreur dans le tableau du budget santé 2007 de la Communauté française (n° 241, page 13)¹ peut faire croire que le programme 2 était doté de 19.478.415 euros, et non de 18.957.415 comme indiqué dans le total. Nous précisons donc que le total indiqué et le total général sont bien corrects.

¹ Le budget du contrôle médico-sportif a été ajouté au budget de la mise en œuvre du PCO alors que cela n'avait pas été fait pour 2006. Dans le sous-total de la mise en œuvre du PCO, il faut donc lire 12.631.582 au lieu de 13.152.582.

Avis aux impatientes

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 précédent la date de parution. Elle vous sera envoyée au format PDF.

Pour rappel, ce même PDF et les articles sont mis en ligne sur www.education-sante.be vers le 20 du mois indiqué sur la couverture.

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

Dossier. Développement durable et promotion de la santé

- Développement durable et santé ? Mème combat !, *Jacques A Bury*
- « La santé doit se situer au cœur du développement durable », *Laurence Tubiana*
- Développement durable et inégalités de santé : une question de solidarité, *Luc Ginot*
- « Une nutrition saine ne peut se passer du développement durable », *Serge Herberg*
- Brive-la-Gaillarde, une ville bien dans son assiette, *Marc Brandy*
- Suisse : des restaurateurs associent repas équilibrés et développement durable, *Elena Portolès Nikles*
- Au Québec, les fermes écologiques approvisionnent les écoles, *Marie-Eve Roy*
- L'autoréhabilitation accompagnée du logement : un outil de prévention, *Jean-Paul Barbot*
- Des agriculteurs cultivent des jardins avec les familles des cités, *Jean-Paul Barbot*
- En Belgique, des professionnels pour ausculter les logements, *Sandrine Bladt*
- Promotion de la santé et vélo : l'expérience des Pays-Bas, *Hans Voerknecht*
- Le « pédibus » : pollution zéro et activité physique garanties, *Yves Géry*
- Pour en savoir plus, *Céline Deroche*

Rubriques

Qualité de vie

- La Réunion : un réseau de professionnels pour lutter contre le syndrome d'alcoolisation fœtale, *Célia Provost*
- « Agir en proximité pour rompre l'isolement des femmes », *Annick Maillot-Leu, Martine Ribaira*

Enquête

- Les mangeurs face aux discours nutritionnels, *Chantal Crenn, Anne-Elène Delavigne, Matthieu*



Dubois de Labarre, Karen Montagne, Frédéric Précigout, Isabelle Téchoueyres

Santé à l'école

Maternelle : supprimer la collation ou éduquer ?, *Sophie Perrier-Ridet, Didier Jourdan*

Education du patient

Diabète : un film support pour l'éducation du patient, *Sabine Durand-Gosselin, Dorothee Romand*

Débats

Schémas régionaux d'éducation pour la santé : regards croisés, coll.

International

- Réduire les inégalités sociales de santé : un défi pour l'Europe !, *Anne Guichard*
- « Repérer et faire reconnaître les maladies professionnelles », *Catherine German-Labaume*
- « L'épicerie solidaire est un lieu de promotion de la santé », *Marie-France Sarbad*
- Des « bonnes pratiques » pour réduire les inégalités de santé, *Denis Dangaix*

Cinésanté

Persepolis (Marjane Satrapi), un film pour débattre avec les adolescents, *Michel Condé*

Lectures - outils

L'abonnement à La Santé de l'Homme (6 numéros par an) est de 28 € pour la France métropolitaine et de 38 € pour la Belgique. Pour tout renseignement : La Santé de l'Homme, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 42 Bd de la Libération, F-93203 Saint-Denis cedex. Tél. 1 49 33 22 22. Fax 1 49 33 23 90. Internet : www.inpes.sante.fr

Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Karin Rondia, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenaerhaeghe.
Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Thierry Poucet.
Editeur responsable : Jean Hermesse, chassée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.
Maquette et mise en page : Muriel Logist.
Impression : Impaprint.
Tirage : 2.800 exemplaires.
Diffusion : 2.600 exemplaires.
ISSN : 0776 - 2623.
 Les articles publiés par Education Santé n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Education Santé peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.
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).

SOMMAIRE

Initiatives

- Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutuellistes, par *Hervé Avalosse, Koen Cornelis, Olivier Gillis et Raf Mertens* 2
- Le plan de promotion des attitudes saines a trois ans, par *Bettina Cerisier* 12
- Des patients aux soins de la société, par *Bernard Van Tichelen* 13

Réflexions

- Quelques réflexions autour des soins palliatifs, par *Léon Cassiers* 14

Outil

- Visages et paroles, un outil de la Ligue des droits de l'Homme 17

Lu pour vous

- Comment les médias façonnent les normes en matière de santé, par *Véronique Janzyk* 18

Brèves

20

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 20 du mois en cours) et un agenda mis à jour toutes les semaines.

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).

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

Collaboratrice : Carole Feulien.

Journaliste : Gilles C Jourdan.

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

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

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

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Colette Barbier, Jean-Luc Collignon, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Fabienne

Internet : www.educationsante.be
 Courriel : education.sante@mc.be

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

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

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

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

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



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