

Bulletin d'Education du Patient Promotion de la santé du nourrisson

Tome 1 - vol. 19, n°4, 2000

Editorial, Jean-Luc Collignon

Promouvoir la santé des nourrissons et de leurs parents, Brigitte Sandrin Berton

La mort subite du nourrisson

Les parents et les professionnels face à la mort subite du nourrisson: résultats d'enquête en Communauté française de Belgique, Nathalie Martin

Evolution de la mortalité post-néonatale en Belgique entre 1987 et 1997, José Groswasser, Patricia Franco et André Kahn

Mort subite du nourrisson en Communauté française: quoi de neuf?, Françoise Ravet

Approche du tabagisme dans la prévention de la mort subite du nourrisson, Geneviève François

Tabagisme

Le tabagisme des femmes enceintes: bilan et recommandations pour les professionnels de santé, Bérengère Janssen

Le tabagisme foetal et ses conséquences, Laurence Galanti

Le tabagisme environnemental et la santé de l'enfant, Véronique Godding

Alimentation

Alimentation et grossesse, Anne Méan

Tome 2 - vol. 20, n°1, 2001

Drogues

Effets néfastes pour le fœtus et le nouveau-né de la consommation de drogues par la femme enceinte et influence sur le risque de MSN, Françoise Ravet

Embryofœtopathie à l'éthanol et syndrome foeto-alcoolique, Alain Verloes

Allaitement

Les intérêts de l'allaitement. La situation dans les pays industrialisés, Mikel de Ajuriaguerra

Allaitement maternel: c'est bien pour la mère aussi!, Irène Loras-Ducaux

Comment les professionnels peuvent-ils aider les mères à nourrir leur bébé?, Lilian Pirard-Gilbert

Les représentations de l'allaitement chez les femmes, le public, les soignants, Ingrid Bayot

L'allaitement maternel: un secret pour les jeunes?, par les enseignants responsables de la formation des sages-femmes Hemes, Institut Ste Julienne, Liège

Allaitement maternel: pourquoi et comment former les équipes soignantes?, Christilla Coussement

Le droit d'être informé(e)? Oui, mais pas n'importe comment!, Ingrid Bayot

Evolution dans l'accompagnement de l'allaitement maternel au sein d'une maternité, Anne-Marie Corbier, Soeur Lucrèce, Marie Stevens

Campagne en faveur de l'allaitement maternel dans le Finistère 1993-2000, Irène Le Gouill

L'allaitement maternel en France en 1995, Monique Kaminski, Monique Crost

Pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel, une initiative internationale et un label de qualité "Hôpital Ami des bébés", Françoise Moyersoen

Infor-Allaitement, Liliane Schaner

Le rôle éducatif

Le rôle éducatif du gynécologue dans l'information des parents à l'hôpital et au retour à domicile, Christiane Brasseur

Sage-femme, praticienne de la naissance, Annick Nouis

Rôle éducatif du personnel infirmier face à la maman et son nouveau-né, Edgard Peters

Rôle (éducatif) du pédiatre dans l'information des parents à la maternité et au retour à domicile, Michel Dechamps

Les nourrissons, leurs parents et leur généraliste, Thierry Liégeois, Christine Lambotte, Jean Laperche

L'approche des programmes de santé par les professionnels de l'ONE dans leur rôle envers les familles, Mireille Delestrait

Promotion de la santé du nourrisson: quelques outils disponibles au Centre d'Education du Patient, Nathalie Martin

Ces deux numéros du Bulletin d'Education du Patient sont disponibles au prix de 300 F/7,44 € chacun.

Pour tout renseignement ou pour les conditions d'abonnement: Centre d'Education du Patient asbl, rue Fond de la Biche 4, 5530 Godinne. Tél.: 082-61 46 11.

Fax: 082-61 46 25.

Mél: cep-godinne@swing.be

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

Rédacteur en chef: Christian De Bock (02-246 48 50).

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans (02-246 48 52).

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux (02-515 05 85).

Collaboratrice: Anne-Marie Pirard

Responsable des rubriques Acquisitions, Brèves, Documentation, Lu pour vous, Matériel et Vu pour vous: Maryse Van Audenhaege (02-246 48 51).

Documentation: Maryse Van Audenhaege, Astrid Grenson (02-246 48 51)

Abonnements: Franca Tartamella (02-246 48 53).

Comité stratégique: Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Anne Fenaux, Sophie Fiévet, Christian Grégoir, Véronique Janzyk, Roger Lonfils, André Lufin, Paul Sonkes, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorne.

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

Editeur responsable: Edouard Descampe, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Logistique ANMC

Tirage: 3.000 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 ou moyennant mention de la source.

Documentation consultable sur rendez-vous pris au 02-246 48 51.

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 48 53. Fax: 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire). Mél: 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

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



Education Santé

NUMERO 164 - NOVEMBRE 2001

Initiatives

Prévention des traumatismes: les défis de l'évaluation

Cet été, un des moments importants en promotion de la santé fut le Séminaire international francophone de prévention des accidents et des traumatismes et de promotion de la sécurité, intitulé "Les défis de l'évaluation: enjeux et outils".

Une bonne centaine de participants se sont ainsi retrouvés à Bruxelles du 8 au 11 juillet. Pas de surprise pour la forme avec succession de séances plénières et d'ateliers, mais l'essentiel résidait dans la qualité du contenu et dans la dimension très conviviale qui a permis de nombreux échanges: quelles sont les priorités des Suisses, Québécois, Libanais, Français, Africains et Belges en matière de prévention des traumatismes? Comment abordent-ils l'évaluation? Quelles sont leurs réalités structurelles et les moyens mis au service de l'évaluation? Quels sont les résultats et les enseignements que l'on peut en tirer?

Il y a évidemment les petites spécialités de chaque pays: par exemple au Québec, la première cause de traumatisme dans la sphère des loisirs et des sports est le hockey. Normal donc que des programmes de prévention s'y attellent. Mais au-delà de ces données factuelles, les questions de fond sont communes: que devons-nous évaluer? Quel en est l'enjeu? Quelle utilisation tirer des résultats de l'évaluation? Quelle est la place de l'expert et de l'expertise dans la prise de décision politique?

Quatre ateliers thématiques (prévention du suicide, prévention des accidents et des traumatismes à domicile, approche communautaire de la sécurité et prévention des accidents et des traumatismes des jeunes) ont permis de débattre de l'évaluation de façon transversale.



Photo: Françoise Bertrand

Sans vouloir caricaturer les attitudes et réalités de chaque pays, nous avons malgré tout chacun nos particularités: les Québécois avec des objectifs clairs, des structures, des ressources et des moyens adaptés aux objectifs (et qui nous feront toujours rêver), les Français toujours friands de débats et de remises en question, les Belges

aux petits moyens mais plein d'inventivité (et, osons le dire, de compétences) pour optimiser les programmes. Voici deux interventions proposées lors de ces journées. Nous espérons vous en faire découvrir d'autres dans un prochain numéro. Bonne découverte!
Bernadette Taeymans

La valeur de la vie humaine et la prise de décision en prévention

En matière de prévention des accidents, le décideur se trouve devant de nombreuses questions quant aux choix à faire: combien investir en prévention? Quel niveau de sécurité (et donc de victimes) est acceptable? La vie n'a pas de prix, dit-on, ne devrait-on pas alors viser "zéro victime"? Pour aider à répondre à ces questions, **Claude Dussault** a évalué différentes méthodes d'estimation de la valeur de la vie humaine (de type économique) et tenté de répondre à la question: ces méthodes peuvent-elles aider à la prise de décision en prévention?

Trois méthodes d'estimation de la vie humaine

Commençons par celle basée sur la valeur privée prenant habituellement comme référence le montant de l'assurance-vie. Pour **Claude Dussault**, cette valeur privée est d'une utilité quasi nulle en prévention et ce, pour plusieurs raisons: l'assurance-vie est une protection économique pour les proches au moment du décès de la personne et n'a pas grand chose à voir avec la valeur de la vie. En effet, si l'on n'est pas assuré, cela équivaut à n'avoir aucune valeur. Prenons l'exemple d'un enfant: celui-ci n'est pas assuré, s'il décède la perte économique est limitée; cependant quand un enfant est malade, la famille, l'entourage et même la communauté sont prêts à investir financièrement de façon illimitée. Une vie en prévention n'a donc rien à voir avec une vie en indemnisation.

Autre méthode d'estimation: l'approche du coût du capital humain. Celle-ci assimile l'humain à un appareil de production en termes d'années de vie perdues (de production). Mais cette approche est déconnectée de la demande en prévention notamment en ce qui concerne les enfants.

Troisième méthode présentée, celle qui se base sur la disponibilité à payer: "Combien êtes-vous prêt à investir pour réduire un risque?" L'utilité en prévention est là plus directe: la réponse qui en découle est plus représentative de la demande et varie selon les contextes.

En fait, la valeur de la vie humaine dépend de plusieurs paramètres:

- l'âge de la victime;
- le contrôle ou non que l'on peut exercer sur la situation;
- la finalité de l'activité;
- la richesse d'une société.

Des ceintures de sécurité pour les bus scolaires?

Pour illustrer son propos, **Claude Dussault** nous a présenté le cas du transport scolaire: au Québec, le transport scolaire en autobus est très développé. Avec seulement un décès par 3 années, c'est aussi le mode de déplacement routier le plus sûr si on le compare au déplacement en voiture.

Suite à un accident, il y eut un décès et des blessés parmi les passagers d'un autobus scolaire. Les parents et l'opinion publique ont fortement réagi: "les transports scolaires sont dangereux, il n'y a pas de ceinture de sécurité dans les autobus, s'il y en avait eu cet enfant ne serait pas mort..."

Du seul point de vue économique, l'équipement en ceintures de sécurité de tous les autobus scolaires représentait quelque 48 millions de dollars canadiens, pour un décès tous les 3 ans. Selon une estimation économique de la vie humaine, la réponse est claire: non, une vie humaine tous les trois ans ne vaut pas 48 millions de dollars. Ce n'est pas un investissement prioritaire, il ne faut donc pas de ceinture de sécurité dans les autobus scolaires!

Mais cette approche économique ne prend pas en compte les attentes de la population.

Faire révéler les préférences de la population

L'approche préconisée a été de faire révéler les préférences de la population en donnant toutes les informations disponibles et en posant une question via un référendum: "êtes-vous prêt à payer 18 dollars par an pour des ceintures de sécurité dans les autobus scolaires?" Le public a répondu

"oui" même si l'on sait qu'il y a très peu d'accidents (et d'accidents mortels) dans ce type de transport, même si l'on sait que le nombre d'accidents est bien plus important quand ce sont les parents qui conduisent individuellement leur enfant, même si l'on sait que les parents n'exigent pas souvent que les enfants mettent leur ceinture dans leur auto, même si l'on sait...

Mais voilà, dans ce cas-ci, le public a exigé une sécurité à 100% lors du transport collectif. **Claude Dussault** émettait une hypothèse pour expliquer cette "aberration" en termes de choix de priorité de prévention: "Avec moi, quand je conduis, mes enfants ne risquent rien (contrôle interne), et je ne peux pas admettre qu'il puisse leur arriver quelque chose quand ce n'est pas moi qui conduis (contrôle externe)!"

Conclusions

L'approche préconisée est une méthode référendaire de démocratie directe. Elle présente plusieurs avantages:

- elle se révèle plus efficace en réglant le problème;
- elle répond le mieux à la demande de la population;
- elle est plus équitable et plus prometteuse pour l'amélioration de la sécurité;
- cette approche débloquerait de nombreux dossiers...

L'utilité de l'approche économique est donc marginale, le point de vue des experts n'est qu'un des points de vue dans la prise de décision. La prise de décision est politique, il est donc normal qu'elle réponde au marché politique c'est-à-dire aux attentes de la population.

D'après l'intervention de **Claude Dussault**, études et stratégies en sécurité routière, Société de l'assurance automobile du Québec ■

Cette analyse me rappelait l'émotion et les mises en cause des conditions de sécurité du transport ferroviaire suite à l'accident ferroviaire de Pécrat. Cet accident, il est vrai, était spectaculaire et dramatique mais, si on prend un peu de distance par rapport à l'événement, quel est le nombre de tués via le transport ferroviaire et quel est le nombre de tués sur les routes chaque année? Nous ne poussons pas (hélas!) de grands cris chaque fois que quelqu'un se tue en voiture!

Cette journée est une initiative de la Ministère de la Santé de la Communauté française Wallonie-Bruxelles, organisée par le Service communautaire de promotion de la santé Question Santé et l'asbl Forum santé.

Elle aura lieu à l'Institut provincial des Arts et métiers, rue P. Pastur 1, 7100 La Louvière, de 9 à 16 heures. L'inscription préalable est indispensable mais gratuite, et comprend aussi le lunch.

Si elle est du même niveau que la première journée du 19 mai (voir *Education Santé* n° 161, p. 4 et 5), cela vaudra à coup sûr le déplacement dans la cité des Loups!

Renseignements et inscriptions (jusqu'au 15/11): **Christophe Ruaux**, Question Santé, rue du viaduc 72, 1050 Bruxelles. Tél.: 02-512.41.74. Fax: 02-512.54.36. Mél: question.sante@skynet.be.

Fibromyalgie Bruxelles

24 novembre 2001

La Ligue belge francophone des patients fibromyalgiques organise une séance d'informations sur *La fibromyalgie et la Ligue*, s'adressant aux patients et à leur entourage.

Lieu: Salle Ten Wyngaert, rue des Alliés 51, 1190 Bruxelles (à 14h30).

Gratuit pour les membres de la Ligue, 2,48 € pour les autres.

Renseignements: **Lydia Vanhamme-Dewilde**, secrétaire de la Ligue belge francophone des patients fibromyalgiques, avenue Del Copette 5, 1325 Dion-Valmont. Tél.: 010-22 65 87. Fax: 010-22 27 14. Mél: lbfpf@hotmail.com.

Santé mentale Nivelles

30 novembre 2001

Santé mentale, émoi et moi!, journée organisée par la Mutualité chrétienne du Brabant wallon.

Côtoyer une personne que l'on aime et qui vit un trouble de santé mentale n'est pas facile. Souvent, nous avons l'impression que tout l'univers bascule parce que la personne n'est plus comme avant. Et lorsqu'elle s'accroche à nous, comme si nous étions sa seule bouée de sauvetage, nous pouvons craindre, d'être emporté, nous aussi, dans la tourmente. Lorsque cela se prolonge au fil des mois, des années, la famille s'essouffle et cherche de l'aide.

Le but de cette journée d'étude est justement de donner des pistes à l'entourage (familles, amis, bénévoles...) pour l'aider à soutenir cette personne que l'on apprécie et qui souffre.

Au programme:

- Santé mentale, qu'entend-on par là?, **Dr Pierre Schepens**, psychiatre, clinique St Pierre Ottignies

- Les services existants pour soigner le malade et soutenir l'entourage, **Bernadette Serve**, centre de guidance du CPAS de Nivelles

- Comment l'entourage peut-il aider la personne malade mentale?, **Paul Vander Borgh** et **Jean-Claude Dehem**, Similes Brabant wallon

- Santé mentale: aspects juridiques, économiques, sociaux, **Jacqueline Nicolay**, service social Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes

- Conclusions: **Olivier Magritte**, ACIH, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes.

Lieu: Motel de Nivelles (de 9H00 à 15H30)

PAF: membres Mutualité chrétienne 6,20 € (250 FB), non-membres 7,44 € (300 FB), associations 12,39 € (500 FB). La participation aux frais comprend: l'inscription, le repas-sandwich, la pause café et les actes de la journée d'étude.

Renseignements et inscriptions (avant le 15 novembre): **Mutualité chrétienne du Brabant wallon**, Aide aux Malades, 54 bd des Archers, 1400 Nivelles. Tél.: 067-89 36 80. Mél: eric.jauniaux@mc.be

Nutrition Bruxelles

30 novembre, 1er décembre 2001

4^{ème} Congrès de Nutrition et Santé, qui traitera des développements récents dans le domaine de la nutrition.

Lieu: Palais des Congrès, Coudenberg 3, 1000 Bruxelles.

Prix: 2950 F / 73,13 € pour les deux jours (inscription avant le 24 novembre); tarif étudiants 1600 F / 39,66 €.

Programme complet: *Congrès de Nutrition et Santé*, BP 118, 8500 Courtrai. Tél.: 0495 23 81 76. Fax 057-46 95 25. Tél./Fax: 014-72 47 37. Site: <http://surf.to/congresnutrition>

Anorexie - boulimie Bruxelles

5 décembre 2001

1^{er} Forum Jade d'information professionnelle et de sensibilisation du grand public sur la boulimie et l'anorexie. La matinée, de 10 à 13 h, est réservée aux professionnels (P.A.F. 3.000 F), et l'après-midi, de 15 à 18 h au grand public (P.A.F. 300 F).

L'asbl Jade prépare aussi un site internet, des offres de formation, et une ligne d'écoute anonyme et gratuite.

Le Forum aura lieu au Palais des Congrès de Bruxelles.

Renseignements: **Jade asbl**, rue des Ateliers 7-9/2, 1080 Bruxelles. Tél.: 02-412 10 19 Fax: 02-412 10 30. Mél: lum.jade@cemo.be.

Bruxelles - Ville Santé

Le Service santé de la Commission communautaire française a créé un *Fonds de participation pour les habitants en matière de santé*, dans le cadre du projet Bruxelles - Ville Santé. Il vise à soutenir des initiatives d'habitants, individuelles ou collectives, impliquant et ayant trait à leur lieu de vie: rue, quartier, école, entreprise ouverte sur le quartier.

Concrètement, un maximum de 1239,46€ (50.000) peut être accordé, sur base d'un dossier et de factures. Le dossier à présenter comporte une présentation du projet, les objectifs poursuivis, le budget prévisionnel, le numéro de compte pour l'éventuelle aide financière, le(s) nom(s), adresse(s) et numéro(s) de téléphone du ou des responsables du projet.

Pour tout renseignement: **Service Santé de la Commission communautaire française**, Bd de Waterloo 100-103, 1000 Bruxelles. Tél. 02-542 83 16. Fax: 02-542 83 90. Mél: t.lahaye@belcast.be

Emploi - demande

Licenciée en Sciences de la santé publique - éducation pour la santé (Ulg), ayant suivi une formation pratique à la conception de projets en promotion de la santé et une formation informatique, recherche un emploi dans le secteur de l'éducation pour la santé. Coordonnées: **Anne-France Hubaux**, rue du Poncia 14, 5030 Gembloux. Tél.: 0476-43 52 55. Fax: 081-60 00 97. Mél: afhubaux@hotmail.com.

Emploi - offre

Promosanté Scolaire et Familiale asbl recrute deux ACS, de formation médicale, paramédicale ou infirmière sociale et de préférence licenciés en éducation pour la santé ou ayant une expérience dans ce domaine.

Leur travail consistera à animer des groupes de mères et d'enfants, programmer des activités, gérer des projets, etc.

Envoyer C.V. et lettre motivée au **Dr Martha**, présidente, av. de Fré 283, 1180 Bruxelles.

Correction

Une erreur s'est glissée dans la nouvelle adresse électronique du CLPS de Liège que nous vous renseignions dans le numéro 162! L'adresse correcte est: clps.liege@infonie.be

Conseil supérieur d'hygiène (Ministère fédéral de la Santé publique), au contraire de son homologue francophone la SSMG (Société scientifique de médecine générale);

- il n'y a pas eu de campagnes audiovisuelles de promotion de la vaccination au nord du pays.

Conclusions

L'amélioration progressive des couvertures vaccinales pour la grippe et le pneumocoque en Communauté française est

certainement la résultante de plusieurs facteurs, parmi lesquels une intervention plus active des professionnels de santé.

La contribution de la communication sur le passage à l'acte de vaccination semble incontestable. Elle est favorisée, dans le cas particulier de l'immunisation des personnes de plus de 60-65 ans, par le caractère saisonnier de l'acte préventif. Cette particularité permet de concentrer les efforts sur une période courte (quelques semaines), chaque année.

Dans le domaine spécifique de la vaccination des personnes de plus de 60-65 ans, on constate une corrélation entre la visibilité d'un programme de communication et l'adoption d'un comportement de vaccination.

Philippe Mouchet, Patrick Trefois,
Question Santé

Adresse des auteurs: Question Santé, rue du viaduc 72, 1050 Bruxelles. ■

Brèves

Troubles des conduites alimentaires Bruxelles

Le Groupe d'étude des troubles des conduites alimentaires de l'APSY-UCL organise un groupe de parents, qui se réunit un vendredi toutes les trois semaines, de 17h30 à 19h.

Lieu: S.S.M. "Chapelle-aux-Champs", salle 6ème étage (a.629), Clos Chapelle-aux-Champs 30, 1200 Bruxelles.

Prix: 14,87 € (600 FB) par personne ou 24,79 € (1000 FB) par couple.

Renseignements:

- Mme M. Goffin, psychologue, Dépt. Adolescents - jeunes adultes, SSM Chapelle-aux-Champs. Tél.: 02-764 31 20 ou 02-764 31 43

- Dr Anita Mortelmans, psychiatre, Dépt. Adultes, SSM Chapelle-aux-Champs. Tél.: 02-764 31 20 ou 02-764 31 43, GSM 0479 26 06 32.

Sécurité routière Bruxelles

15 et 16 novembre 2001

L'Institut belge pour la sécurité routière propose une session de *Clefs pour la route* aux enseignants du secondaire. Cette formation de deux jours à la sécurité routière et à la circulation est également ouverte aux acteurs de prévention désireux d'améliorer la sécurité routière et la mobilité des jeunes.

Elle permet d'expérimenter des techniques et des séquences d'animations à adapter avec un groupe-classe. A l'issue des deux journées, les enseignants recevront une mallette pédagogique comportant une méthodologie, des carnets de l'élève et des dépliants et brochures relatifs aux sujets traités.

Clefs pour la route vise à éveiller le sens de la citoyenneté des jeunes car elle les invite à poser un regard critique sur la circulation et la mobilité actuelles. Parmi les thèmes abor-

dés, citons notamment: la prise de risques, la sécurité à vélo, à cyclomoteur et en voiture, l'agressivité au volant, une réflexion sur les modes de déplacement.

L'inscription doit concerner au minimum deux membres du personnel éducatif de l'établissement. Le nombre de participants est limité à 20.

Prix: 24,79 € (1000 FB) pour les deux jours. Date-limite d'inscription: le 5 novembre.

Renseignement: Institut belge pour la sécurité routière, Bénédicte Vereecke, chaussée de Haecht 1405, 1130 Bruxelles.

Tél.: 02-244 15 79. Fax 02-216 43 42.

Mél: Benedicte.Vereecke@ibsr.be

Alcool - drogue Bruxelles

De novembre 2001 à octobre 2002

Le Réseau d'aide aux toxicomanes organise un module de sensibilisation sur l'accueil et le suivi des usagers d'alcool et des produits "drogue", destiné aux intervenants de première ligne.

Objectifs: informer les participants sur les propriétés, les effets des produits "drogue" y compris l'alcool et les médicaments et favoriser une meilleure connaissance de la question des assuétudes, du phénomène "drogue" et des consommateurs; les aider à aborder sans tabou les questions que soulève la rencontre avec les "clients" usagers de ces produits et les soutenir pour qu'ils puissent gérer, au quotidien, tout ce que la dépendance à ces produits peut générer comme difficultés.

Dates: 10 vendredis de 9h30 à 12 heures, à savoir les 16 novembre et 14 décembre 2001, 18 janvier, 1er février, 1er mars, 22 mars, 3 mai, 7 juin, 20 septembre et 18 octobre 2002.

P.A.F.: 123,95 € (5000 francs).

Renseignements: Réseau d'aide aux toxicomanes, rue du Monténégro 67, 1190 Bruxelles. Tél.: 02-219 13 48. Fax: 02-538 05 22.

Santé mentale Liège

18 au 21 novembre 2001

2^{ème} Congrès international de la francophonie en prévention du suicide "Prévention du suicide et pratiques de réseaux".

Lieu: Palais des congrès de Liège.

Renseignements: Maison du social de la Province de Liège, tél. 04-232 31 46.

Jeunes et tabac La Louvière

21 novembre 2001

La prévention peut-elle faire un tabac auprès des jeunes?

Sous ce titre alléchant se cache une journée thématique au sujet particulièrement judicieux. Son objectif est d'apporter balises et pistes de réflexions aux professionnels confrontés quotidiennement au tabagisme des adolescents.

Les moyens mis en œuvre par les organisateurs permettront une mise au point générale et des appropriations concrètes pour les participants:

- le matin, exposés sur le sens de la règle en regard de la réalité quotidienne du jeune (par **B. Defrance**, prof. de philosophie dans un lycée de la banlieue parisienne), sur les mécanismes d'installation de la dépendance chez le jeune (par **L. Galanti**, tabacologue à l'UCL Mont-Godinne), présentation du coffret pédagogique "Libre comme l'air" (par **M. Perrot**, chargée de mission au CFES);

- l'après-midi, 6 ateliers offrant un espace de parole et d'échanges aux participants;
- présentation permanente de vidéos et d'outils.

Tout au long de la matinée, des comédiens illustreront par des mini-saynètes diverses situations rencontrées dans les milieux de vie des jeunes.

Roulez futés, roulez casqués!

Un programme pour promouvoir le port du casque vélo

En 1998, 135 cyclistes ont perdu la vie sur nos routes, 1092 ont été gravement blessés et 5755 ont été blessés légèrement. Ce chiffre ne tient compte que des accidents impliquant un cycliste et un véhicule motorisé. Les accidents de vélo sont en réalité bien plus fréquents: de nombreuses chutes, aux conséquences parfois très graves, ne sont pas répertoriées dans les statistiques officielles.

Les parties les plus touchées des cyclistes en cas de chute ou d'accident sont la tête, puis les genoux et enfin les pieds et les épaules. Une étude réalisée dans no-

tre pays par une société d'assurances a révélé que 2 personnes sur 3 hospitalisées au service des urgences à la suite d'un accident de vélo souffraient de lésions crâniennes ou cérébrales.

Ceux qui disent que les casques ne sont pas utiles car ils ne protègent pas les cyclistes en cas d'accident grave perdent de vue que les accidents de vélo se produisent souvent sans collision. En effet, de nombreux cyclistes perdent tout simplement l'équilibre, butent contre un obstacle ou ont un problème technique, ce qui provoque leur chute.

Le casque vélo protège efficacement en cas de collision ou de chute. Car souvent la tête est la première endommagée. Il réduit significativement (85%) le risque de lésion à la tête en cas d'accident. En cas de chute, le casque répartit la force de l'impact sur l'ensemble de la boîte crânienne et il absorbe les chocs. Le cycliste qui ne porte pas de casque a un risque trois fois plus élevé de blessures à la tête que celui qui en porte un. En Belgique le port du casque vélo n'est pas obligatoire mais vivement recommandé.

Qui porte un casque vélo?

Selon un sondage fait par l'association Pro-Vélo (1999), le nombre de cyclistes casqués est d'à peine 15%.

Ce pourcentage varie beaucoup en fonction des régions et de l'âge des cyclistes. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce faible pourcentage:

- le casque reste peu connu;
- les parents ignorent généralement les risques de blessures à la tête liés aux accidents de vélo et ne connaissent pas l'efficacité du casque;
- de nombreux parents considèrent encore le vélo comme un jouet alors qu'il est un moyen de transport routier.

Un programme, des actions

Pour convaincre de l'importance du casque vélo et augmenter le nombre de cyclistes qui le portent, il est nécessaire de développer des actions de sensibilisation et d'éducation qui s'échelonnent sur plusieurs années.

C'est pourquoi, en collaboration avec l'Institut Belge pour la Sécurité Routière et l'association Educa-Santé, la Mutualité chrétienne a lancé un programme de prévention comprenant plusieurs axes et visant plus spécifiquement les enfants de 6 à 12 ans:

- une campagne d'information pour sensibiliser tous les cyclistes et donner une image positive du port du casque vélo (dépliants, affiches, événements, articles et contacts avec les médias, spot TV?);
- un dossier pédagogique pour les enseignants et une brochure pour les enfants des classes primaires (6-12 ans) diffusés via un courrier à l'ensemble des écoles de la Communauté française;
- de plus, des mutualités régionales ont offert gratuitement un casque vélo aux enfants selon certaines modalités ainsi que des bons de réduction pour l'achat d'un casque pour l'entourage de ces enfants (en accord avec la firme produisant les casques).

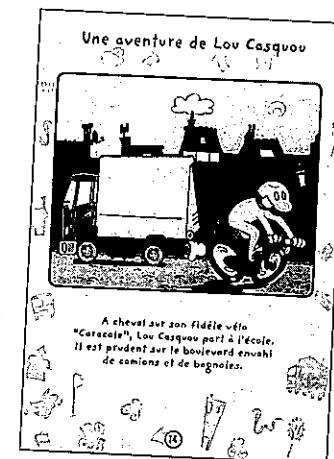
Pré-test de certains outils de la campagne

Une étude qualitative, exploratoire et créatrice d'idées a été réalisée par un organisme extérieur sur base d'une interview de groupe avec 9 enfants. L'étude devait permettre d'obtenir un maximum de réactions et impressions du public cible (enfants de 6-12 ans) à l'égard de:

- la pratique du cyclisme et le port du casque;
- le casque lui-même;
- des propositions de look pour le casque;
- l'attrait des messages.

Synthèse des résultats et effets sur la campagne

- La couleur proposée (jaune) pour le casque a été très peu appréciée par les enfants: le jaune est voyant mais associé aux ouvriers travaillant sur chantier, c'est une couleur instrumentale. Ce résultat nous a amené à refaire une étape de test quant au choix de la couleur du casque.
- La proposition de la mascotte Lou Casquou a été appréciée; elle donne une dimension plus sympathique, proche de l'enfant, plus émotionnelle.
- Le slogan proposé "Roulez futés, roulez casqués!" correspond bien à l'univers de la mascotte et de l'enfant.
- L'habillement du casque a également fait l'objet de modifications: il a été simplifié et complété par une pochette d'autocollants permettant à l'enfant de personnaliser son casque.



Evaluation de la campagne 2000

La diffusion

La diffusion a été réalisée par les mutualités régionales avec des modalités et développements variant suivant la région. Voici quelques informations concernant la diffusion et le nombre de personnes (enfants et parents) contactées.

2 Vous ne vous souvenez pas du petit dessin animé mettant en scène Lou Casquou, le cycliste fonceur? C'est normal: bien qu'autorisée par la Ministre de la Santé, la campagne a été censurée par les régies publicitaires, au mépris de la loi régissant l'octroi d'espaces gratuits pour les campagnes de promotion de la santé radiodiffusées. Une "première" dont les promoteurs du spot se seraient bien passés!

Casques	Liège	Tournai	Bruxelles	Nivelles	Charleroi-Centre-Thudinie
Tranches d'âge visées	6 à 8 ans	6 à 11 ans	6 à 8 ans	6 à 8 ans	6 ans
Nombre d'enfants potentiels	6754	5380	4500	3200	1100
Modalités choisies	Réseau	Mailing + événement + réseau	Concours écoles	Mailing + événement + réseau	Mailing + événement + réseau
Nombre de casques distribués	3306	2800	550	1000	500

Matériel pédagogique	Quantités diffusées auprès des écoles
Dépliant	22.662
Dossier pédagogique	1012
Brochure enfant	22.702

Événements	Charleroi-Centre-Thudinie	Tournai	Bruxelles	Nivelles	Mouscron	Total
Nombre de participants (enfants et leurs familles)	480	1130	600	1000	1000	4210

L'adéquation des outils diffusés

Des commentaires et réactions ont été récoltés lors des réunions du groupe de projet et par un questionnaire aux collaborateurs régionaux. Ils ont permis de confirmer la qualité de la majorité des outils et d'en modifier certains pour la campagne 2001:

- les bons de réduction ont été supprimés: très peu de revendeurs ayant accepté de collaborer à la campagne;
- suite aux échos des enseignants relayés par les responsables régionaux, une nouvelle brochure pour les 5-8 ans a été produite pour la campagne 2001. La brochure existante, trop complexe pour cette tranche d'âge, a été conservée pour les 9-12 ans.

L'impact de l'offre de casque

Une enquête s'est déroulée par voie téléphonique durant le mois de mars 2001 (plus de 6 mois après la distribution des casques). Des familles ayant reçu effectivement le casque, à l'occasion d'un événement ou bien via le réseau des bureaux de permanence ont été interrogées.

Au départ, le nombre de répondants avait été fixé à 300 personnes (150/événement, 150/permanence). Au total, il y a eu effectivement 288 répondants. Ce sont les parents qui ont répondu aux questions de l'enquête.

Les enfants dont les parents ont été contactés et qui ont reçu le casque, se répartissent en fonction de l'âge de la façon suivante.

Age des enfants qui ont reçu un casque	nombre	%
De 6 à 8 ans	185	64,2
De 9 à 10 ans	41	14,2
De 11 à 12 ans	62	21,5
Total	288	100

Le niveau de satisfaction, exprimé par une cotation sur une échelle de 1 à 10, par rapport au casque reçu est élevé:

Caractéristiques du casque qui ont été évaluées	Nombre de répondants	Satisfaction
Moyenne des points (/10)		
Les autocollants fournis qui permettent de personnaliser le casque	266	9,26
Les autocollants réfléchissants qui se trouvent à l'arrière du casque	268	9,18
La mention "Lou Casquou"	258	8,74
Le design, la forme, l'esthétique du casque	283	8,62
La rigidité du casque, le fait qu'il paraît solide, résistant	285	8,58
Le logo de la mutualité	215	8,52
Le nom du fabricant du casque	97	8,46
La couleur du casque	286	8,41
L'adaptabilité du casque	285	8,24

De multiples événements locaux et régionaux ont eu lieu; de nombreuses collaborations se sont ainsi développées avec Jeunesse et Santé, l'IBSR, la gendarmerie et d'autres asbl telles que l'APPER, Pro-Vélo pour proposer des activités ludiques et pédagogiques.

Tableau 3 - GRP cumulé	
Années	GRP CUMULE
1997	535
1998	547
1999	673,2
2000	303,9

radio- et télédiffusion, ceci principalement sur RTL-TV1 (régie IP) (voir tableau 2).

En additionnant les GRP obtenus sur chacune des chaînes, on obtient un GRP "historiquement" bas en 2000, puisqu'il atteint environ 300, contre plus de 500 les années précédentes (voir tableau 3).

Par contre, en Communauté flamande, on constate qu'en 2000, la visibilité est meilleure que celle des années précédentes (tableau 1). Par ailleurs, la visibilité de la campagne de communication est comparable au nord et au sud du pays (Bruxelles + Wallonie).

Il est difficile d'expliquer ces chiffres avec certitude. On pourrait y voir l'influence d'un événement survenu au mois de novembre 2000 (annonce non fondée d'une rupture de stock de vaccins contre la grippe). En effet, près de 6 personnes interrogées sur 10 ont entendu parler de "pénurie" de vaccin contre la grippe (61% au Nord, 54% au Sud du pays). Cette rumeur, très largement répercutée dans l'ensemble du pays par la presse écrite et audiovisuelle, a probablement contribué à homogénéiser la visibilité pour l'ensemble du pays.

Par ailleurs, en Communauté flamande, on constate également un accroissement en 2000 du pourcentage de personnes de 60 ans et plus signalant adopter le comportement de vaccination contre la grippe (tableau 4). Les causes de cet accroissement sont certainement multiples; cependant, on constate une évolution parallèle aux chiffres de visibilité de la campagne.

Autres réflexions

L'examen des résultats des enquêtes menées de 1996 à 2000 suscite encore quelques réflexions.

En Communauté française, on constate une hausse très significative (plus de 30%) du recrutement de personnes de 60 ans et plus signalant adopter le comportement de vaccination contre la grippe (de \pm 44% en 1996 à \pm 58% en 2000); après une baisse en 1998, ce recrutement semble stabilisé (voir tableau 4). Une des questions qui se posent est de savoir si nous arrivons à un nouveau seuil de couverture vaccinale qu'il sera plus difficile de faire évoluer.

Tableau 4 - Cet automne, vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe ?					
	96	97	98	99	2000
Nord	44 %	56 %	46 %	44 %	55 %
Bruxelles et Wallonie	44 %	59 %	49 %	57 %	58 %

Tableau 5 - Cet automne, vous êtes-vous fait vacciner contre le pneumocoque ?						
	96	97	98	99	2000	Cumulatif
Flandre	-	10 %	6 %	6 %	4 %	26 %
Bruxelles et Wallonie	-	18 %	14 %	17 %	13 %	62 %

On constate une nette corrélation entre la qualité du bilan d'audience d'un programme de communication audiovisuelle et la visibilité du même programme auprès du public.

Cette constatation sur base des enquêtes est confortée par des chiffres croissants des ventes de vaccins; bien sûr, une part de cette augmentation de vente s'explique aussi par le recrutement de personnes plus jeunes (démarche de vaccination en entreprises, accroissement de la notoriété générale du vaccin, ...).

Le vaccin contre le pneumocoque ne nécessite pas de rappel avant un délai d'au moins 5 ans. L'année 1996 a vu les premières vaccinations. Le pourcentage cumulatif (de 1997 à 2000) de personnes de 65 ans

et plus déclarant avoir été vaccinées contre le pneumocoque est de 62% au sud du pays (Bruxelles + Wallonie) et de 26% seulement au nord du pays (voir tableau 5). Ces chiffres sont peut-être surestimés (surdéclaration dans l'enquête). Quoi qu'il en soit, la différence est impressionnante.

Parmi les facteurs pouvant expliquer cette différence, deux apparaissent a priori plus évidents:

la WVVH (Wetenschappelijk Vereniging van de Vlaamse Huisartsen) ne soutient pas activement la recommandation officielle du

La campagne 2001

"Chaque automne, il est nécessaire d'encourager les personnes de 60 ans et plus à voir leur médecin pour faire un bilan de leurs vaccinations".

Fondamentalement, le message ne change guère d'une année à l'autre, et la campagne radiodiffusée et d'affichage reprend d'ailleurs les éléments de la campagne précédente.

Parmi les innovations, signalons un effort particulier des pharmacies affiliées à l'Association pharmaceutique belge pour attirer l'attention de leurs clients visés par la campagne (autocollant sur le ticket de caisse!).

De son côté, le Dr Snacken, Chef de travaux à l'Institut scientifique de santé publique, un spécialiste de l'influenza, estime que les recommandations en matière de vaccination contre la grippe devraient être sérieusement étendues. Selon lui, les personnes âgées de 50 ans et plus, même si elles ne présentent pas d'affection à risque, devraient se

faire vacciner; ainsi que les femmes enceintes qui seront au-delà du premier trimestre de grossesse durant la saison hivernale. Voilà une proposition qui n'est pas faite pour déplaire aux producteurs du vaccin, qui ont déjà prévu de fabriquer plus de doses que l'an dernier!

En ce qui concerne le pneumocoque, le Dr Van Laethem, du Service des maladies infectieuses du CHU St-Pierre à Bruxelles, insiste sur trois points: d'abord, la mortalité précoce (dans les 2 ou 3 jours) de l'infection est peu modifiée par le traitement antibiotique; ensuite, nous assistons à une résistance croissante des pneumocoques vis-à-vis des antibiotiques habituels (pénicilline et macrolides); enfin, des études récentes tendent à confirmer l'efficacité du vaccin utilisé en Belgique, qui contient 23 séro-types de pneumocoques représentant 95% des pneumocoques circulant dans notre pays.

Vu à la télévision...

Le recours à un outil audiovisuel comme un spot télévisé est relativement coûteux. La production d'un spot revient en effet à plusieurs centaines de milliers de francs, pour des montants allant de 600.000 F (14.874 €) à 1.500.000 F (37.184€) selon les formules choisies. Il est dès lors légitime d'interroger la rentabilité d'un tel investissement, surtout dans le cadre des budgets limités qui sont souvent le lot des programmes de promotion de la santé.

Deux questions plus spécifiques se posent aux promoteurs de programmes de communication:

- les bilans d'audience (comme ceux utilisés classiquement dans le monde de la publicité) ont-ils une signification quelconque dans le domaine de la communication en promotion de la santé?

- peut-on établir une corrélation entre la visibilité d'un programme de communication et l'adoption d'un comportement précis proposé par le message véhiculé?

Dans cet article, nous vous proposons des éléments permettant d'éclairer ces questions.

Contexte

Depuis de nombreuses années maintenant, nous coordonnons durant l'automne un programme de promotion de la vaccination pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

Ce programme comporte une conférence et un communiqué de presse, une campagne de communication audiovisuelle (spots télévisés et radiophoniques), la diffusion d'affiches et de brochures via des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, etc.), des services de soins à domicile, des communes et CPAS, etc.

Chaque année également, un programme d'intensité identique, à l'exception du volet de communication audiovisuelle, est mené en Communauté flamande par la vzw Omrent Gezondheid. Pour rappel, la Communauté flamande ne bénéficie pas du dispositif mis en place en Communauté française², qui permet de diffuser gratuitement des messages de promotion de la santé sur les ondes des chaînes télévisées et radiophoniques (principalement RTBF et RTL-TVI).

Nous évaluons a posteriori le programme par une double approche:

- bilan de la campagne de communication audiovisuelle, par les techniques habituelles de la publicité (audience, OTS/OTH, GRP)³;

- enquête de type CATI auprès d'un échantillon représentatif de la population nationale des personnes âgées de plus de 65 ans. Dans le cadre de cette enquête, les questions posées visent à estimer la visibilité de la campagne, les connaissances du public vis-à-vis des vaccinations recommandées (grippe, pneumocoque, tétanos) et le passage à l'acte (vaccinations réalisées).

Evaluation de la visibilité du programme de l'automne 2000

L'enquête menée en décembre 2000 montre qu'en Communauté française, la visibilité de la thématique "vaccination" est nettement inférieure à celle qui avait été relevée au cours des années précédentes (voir tableau 1).

Tableau 1 - Réponses à la question: "Depuis le mois de septembre, avez-vous entendu parler de conseils pour la vaccination des personnes de 60 ans et plus?"

Région/Année	1996	1997	1998	1999	2000
Nord	47 %	38 %	20 %	38 %	51 %
Bxl + Wall.	84 %	76 %	64 %	71 %	54 %

Tableau 2 - Récapitulatif du bilan d'audience des campagnes de promotion de la vaccination contre la grippe de 1997 à 2000

RTBF	1997	1998	1999	2000
Nombre de passages	42	60	64	58
Equivalent budget (*)	1.918.200	3.746.125	4.812.500	1.700.000
Coût moyen d'l passage TV	45.671	62.435	75.195	29.310
Cible retenue	> 55 ans	> 55 ans	> 60 ans	> 65 ans
GRP	212	270	418.8	250.8
OTS	2.9	3.7	5.2	4.1
Couverture	73,30%	73,40%	80,80%	61,20%
RTL-TVI	1997	1998	1999	2000
Nombre de passages	45	42	60	39
Equivalent budget (*)	3.023.523	2.549.550	3.389.500	n.c.
Coût moyen d'l passage TV	67.189	60.703	56.492	n.c.
Cible retenue	> 65 ans	> 65 ans	> 55 ans	> 55 ans
GRP	323	277	254.4	53.1
OTS	4.7	3.9	3.7	2.4
Couverture	68,70%	70,80%	66,40%	22,20%

(*) : coût des espaces pour un acheteur commercial

Bien que plusieurs éléments puissent influencer cette perception, nous sommes frappés par la corrélation avec l'évolution des bilans d'audience des campagnes. En effet, ces études d'audience montrent une attribution en 2000 d'espaces exceptionnellement médiocres par les régies gérant les espaces publicitaires des chaînes de

1 La campagne de promotion du don d'organe avait déjà permis de répondre affirmativement à cette question (voir Education Santé n° 156, février 2001, pp. 15 à 17).

2 Arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif à la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion paru au Moniteur du 19/4/95.

3 L'audience est le pourcentage estimé de la population cible qui a vu (télévision) ou entendu (radio) le message. OTS, opportunity to see, et OTH, opportunity to hear: nombre moyen d'exposition au message (vue ou ouïe) de chaque personne touchée par la campagne. On considère généralement qu'une personne doit avoir vu ou entendu le message au moins 3 fois pour le mémoriser.

GRP, gross rating point: indice obtenu en multipliant l'audience par l'OTS ou l'OTH. Il reflète la force d'impact, l'intensité de la campagne audiovisuelle. Si on prend un échantillon de 100 personnes du public visé, le GRP représente le nombre de fois que ces 100 personnes ont été touchées par le message. On considère généralement qu'un GRP de 300 est bon.

L'élément essentiel de l'évaluation a évidemment trait à l'utilisation effective de ce casque. De ce point de vue, les résultats sont extrêmement favorables:

Utilisation à vélo	Nombre de répondants	Pourcentage
Très souvent	151	52.4
Souvent	93	32.3
Peu souvent	30	10.4
Pas du tout	8	2.8
Je ne sais pas	6	2.1
Total	288	100

Est-ce que votre enfant utilise le casque à d'autres occasions que le vélo?

Autre utilisation	Nombre de répondants	Pourcentage
Trottinette	51	17.7
Patins à roulettes	37	12.9
Skateboard	3	1.0
Autre/ ne sait pas	151	52.4
Pas de réponse	46	16.0
Total	288	100

Conclusions

L'investissement dans l'évaluation du programme a été faible (environ 1% du coût de l'ensemble de l'opération). Malgré cela, les actions d'évaluation ont permis d'ajuster différents aspects du programme et de confirmer l'accroissement du taux d'utilisation du casque vélo, qui était le but premier de cette action de promotion de la santé.

Certaines dimensions n'ont pas été évaluées mais mériteraient de l'être:

- des parents ne sont pas venus chercher le casque: pourquoi?

- quel a été l'impact des actions menées dans les écoles: le nombre et le type d'actions menées, l'évolution du nombre d'enfants qui portent un casque (avant et après les actions de sensibilisation),...

Au printemps 2001, le programme a donc été relancé dans les différentes régions et se poursuit encore par des animations en collaboration avec des écoles ou des

Si l'enfant utilise "peu souvent" ou "pas du tout" le casque (= 38 enfants), pour quelles raisons (ici il faut interpréter les chiffres avec prudence, vu le faible nombre de répondants concernés)?

Raisons	Nombre de répondants	Pourcentage
Mon enfant oublie de le mettre	14	36.8
Casque trop petit, trop grand, pas adapté	9	23.7
Le casque n'est pas joli	5	13.2
Les camarades de mon enfant n'en portent pas	4	10.5
J'oublie d'imposer à mon enfant de rouler avec le casque	3	7.9
Autres raisons*	14	36.8

* roule à 4 roues, ne va pas beaucoup à vélo, ne le portent pas quand ils roulent sur la pelouse...

groupes d'animation locale: activités ludiques, éducatives et distribution de casques vélo se multiplient localement. Et à chaque fois, l'enthousiasme et le plaisir des participants, enfants, parents ou organisateurs, sont au rendez-vous!

Bernadette Taeymans, responsable des projets Infor Santé, **Christian Léonard**

et **Hervé Avalosse**, Service Recherche et Développement, Alliance nationale des mutualités chrétiennes

Pour tous renseignements, vous pouvez vous adresser au service Infor Santé, ANMC, chaussée de Haecht 579 bte 40, 1031 Bruxelles, Belgique, tél: 02-246 48 52, fax: 02-246 49 88. ■

En terrain sûr!

Le droit aux bleus

Chaque enfant a le droit de jouer, personne ne conteste cela. Jouer, c'est se détendre, avoir du plaisir, découvrir et reconnaître ses limites. L'enfant apprend à connaître ses propres possibilités au fil de ses chutes et de ses nouvelles tentatives. Cela s'accompagne de bleus, d'égratignures ou de bosses. Ainsi l'enfant apprend à évaluer les risques. Les risques sont en effet inévitables. Aussi, en tant qu'adultes, nous devons veiller à limiter les dangers.

Le Ministre **Magda Alvoet** a soutenu la mise en place d'une politique de prévention proactive grâce à une nouvelle réglementation innovante: pas de règles ou de consignes interminables mais plutôt des

procédures qui incitent à adopter une démarche permettant aux différents partenaires - fabricants, exploitants, organes de contrôle, utilisateurs et pouvoirs publics - d'intervenir dans le processus selon leurs possibilités.

La réglementation seule ne suffit pas. L'éducation et l'information ont aussi une place importante dans le dispositif de prévention.

Des campagnes pour informer et éduquer

Misez... sécurité

"Misez... sécurité" est une brochure qui s'adresse aux exploitants semi-professionnels (comme l'horeca, les campings, les



écoles, les garderies de jour, les gardiennes d'enfants, les mouvements de jeunesse, etc.). A l'aide de quelques chiffres sur les accidents les plus courants, elle souligne l'importance de la sécurité en la matière. La brochure clarifie également les explications techniques contenues dans l'arrêté royal et reprend les éléments les plus im-

portants de la norme européenne concernant les aires de jeux.

En terrain sûr!

La brochure "En terrain sûr!" s'adresse aux parents et aux enfants. Elle pose pour principe qu'il est de la responsabilité des accompagnateurs de se comporter de manière

sûre sur une aire de jeux. Pas de morale mais quelques conseils utiles sont donnés pour jouer en toute sécurité.

Cette brochure a été imprimée en 24.000 exemplaires. Elle est diffusée auprès du grand public et est disponible via:

- les Centres locaux de promotion de la santé;

Accidents domestiques

Données

En Belgique

Une étude menée par le Réseau des médecins vigies vise à estimer le nombre d'accidents domestiques pour lesquels les patients ont consulté le médecin généraliste. Elle permet également de formuler, en fonction des circonstances de l'accident, des conclusions en matière de prévention pour les différents groupes d'âge.

En 1995, les accidents dont étaient victimes les personnes âgées ont été enregistrés en détail. En 1996, c'est un enregistrement succinct dans tous les groupes d'âge qui a été réalisé.

Accidents domestiques et personnes âgées

1442 accidents impliquant des personnes de plus de 60 ans ont été enregistrés en 1995. L'âge moyen des patients était de 79 ans. Dans 78% des cas, la victime était une femme. Dans 58% des cas, l'accident a eu lieu au domicile du patient, dans 16% des cas dans un lieu public. Les accidents ayant eu lieu au domicile du patient sont survenus dans 49% des cas dans la chambre ou la pièce de séjour. Dans 89% des cas, les patients ont glissé, trébuché ou sont tombés. Une lésion de la peau et du système locomoteur a été enregistrée dans respectivement 59% (au domicile) et 45% (dans un lieu public) des cas. Des facteurs de prédisposition ont été enregistrés chez 63% des patients; des objets, des produits, des animaux ou des personnes étaient impliqués dans 16% des cas, des facteurs de l'environnement dans 27% des cas. Dans 28% des cas, le patient a été hospitalisé.

Accidents domestiques et population générale

En 1996, on a enregistré, pour tous les groupes d'âge, 3039 cas, parmi lesquels 42% d'hommes et 58% de femmes. L'âge médian pour les hommes (34 ans) était nettement inférieur à celui des femmes (62 ans). Chez les femmes, 75% des accidents étaient dus à une chute ou à un faux pas. Chez les hommes, il s'agissait plutôt de coups, de frappe-

ment ou de pénétration d'objets étrangers. Généralement, il s'agissait d'une lésion cutanée ouverte ou non. Dans un cas sur cinq, il s'agissait d'une fracture. Trois quarts des fractures de la hanche et du poignet touchaient des femmes et principalement des femmes plus âgées. Chez les femmes, 64% des accidents sont survenus pendant les tâches ménagères. Chez les hommes, 58% des accidents se sont produits pendant des travaux de bricolage.

Conclusions

D'après les estimations, chaque année, plus de 220.000 Belges sont victimes d'accidents domestiques pour lesquels l'intervention du médecin généraliste est demandée. Au vu de cette étude, il paraît essentiel de porter plus d'attention à la façon dont on peut intervenir préventivement dans le cadre des accidents et des lésions. Veiller à commercialiser des jouets, produits et appareils plus sûrs, tant pour les enfants que pour les adultes, est un premier point. La responsabilité de la population n'est pas seule en cause dans les accidents domestiques; les pouvoirs publics ont également un rôle à jouer en veillant en permanence à la sécurité des produits commercialisés.

C'est tout sauf une surprise: les chutes constituent le type d'accident domestique le plus fréquent chez les personnes âgées, ce qui rappelle la nécessité de soutenir des mesures de prévention auprès des personnes âgées tenant compte de trois facteurs essentiels: l'exercice physique, la prévention de l'ostéoporose et un habitat plus sûr. Toutes les personnes appartenant à l'entourage des seniors, membres de la famille et prestataires de soins, devraient être impliquées dans cette démarche.

Devroey D., Van Casteren V., Walckiers D., Accidents domestiques nécessitant l'intervention du médecin généraliste, Bruxelles, ISSP Section d'épidémiologie, Médecins vigies, 2001 (IPH/EPI Reports n° 2001-005).

Institut scientifique de la santé publique, rue J. Wytsman 14, 1050 Bruxelles. Tél.: 02-642.50.30. Fax: 02-642.54.10. Mèl: viviane.vancasteren@iph.fgov.be.

• le centre de documentation du Ministère de la santé de la Communauté française, tél. 02-413 26 62;

• le centre de ressources documentaires de l'asbl Educa-Santé, tél. 071-30 14 48;

• les consultations pour enfants de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE). ■

En France

Le Comité français d'éducation pour la santé a également publié un document présentant une synthèse des principales données épidémiologiques disponibles aujourd'hui en France. Les informations recueillies ne diffèrent pas fondamentalement de ce que nous connaissons en Belgique.

Près d'une personne sur dix est victime chaque année d'un accident de la vie courante. Ils surviennent en majorité à l'intérieur de la maison et aux âges extrêmes de la vie. Pour les 15-64 ans, ce sont les accidents de sport et de loisirs qui entraînent le plus d'hospitalisation et de suspension d'activité. La part des chutes dans les causes de mortalité augmente progressivement avec l'âge pour représenter deux tiers des décès par accidents chez les 75 ans et plus.

Malgré une baisse réelle de la mortalité par accident de la vie courante, ces chiffres sont toujours élevés:

- plus de 18.000 décès par an parmi lesquels les chutes chez les personnes âgées de sexe féminin représentent la cause principale;
- un décès sur cinq chez les enfants de moins de 5 ans.

Les auteurs concluent en mettant l'accent sur deux conditions essentielles pour conduire une politique de prévention des accidents à la fois adaptée et efficace: d'une part, la nécessité d'une connaissance actualisée des risques grâce à un recueil permanent de données, accompagné d'une exploitation rapide et d'une diffusion large de ces résultats et d'autre part, un travail pluridimensionnel permettant de prendre en compte toutes les dimensions nécessaires à la maîtrise des risques pour aboutir à des résultats concrets en terme de réduction de mortalité et de morbidité accidentelles.

Duval C., Bouvet M.L., Yacoubovitch J. et al., Accidents de la vie courante, Vanves, CFES/Cellule nationale d'observation des accidents de la vie courante, 2000, (La santé en chiffres), 30 pages.

CFES, 2 rue Auguste Comte, F-92174 Vanves Cedex. Tél.: + 1.41.33.33.33. Fax: + 1.41.33.33.90. Site: www.cfes.sante.fr.

C'est dangereux!

Mais qu'est-ce qui est dangereux? Toutes sortes de choses. Sauter dans les escaliers, rester trop longtemps au soleil, fumer des cigarettes, mettre les doigts dans le ventilateur. Tout ça, bien évidemment, c'est dangereux, et personne n'en doute.

Mais il y a bien d'autres choses dangereuses, et pas forcément de façon aussi claires. Comme par exemple mettre une carotte dans



son oreille, tirer la queue du chat, ou encore donner un coup de pied à un grand costaud.

Le livre propose une alternance d'exemples sérieux et drôles, avec un petit bonhomme dégourdi, qui a trois poils sur la tête et qui fait des bêtises avec le sourire. A mettre très certainement entre les menottes des tout-petits.

PITTAU, GERVAIS, *C'est dangereux!*, Paris, Ed. Seuil jeunesse, 2001, 80 pages, 12,96 €. ■

Petit guide d'évaluation en promotion de la santé

Régulièrement, les professionnels de la santé s'interrogent sur le bien-fondé et sur l'utilité de leur action en promotion de la santé. Sans se le dire clairement, car le mot reste rébarbatif, ils sont donc demandeurs d'une évaluation de leur action. Evaluer, en effet, ne signifie rien d'autre que d'accepter de se poser de bonnes questions, accepter de remettre sa pratique en cause, accepter d'interroger les objectifs de son programme, accepter de discuter des valeurs qui les sous-tendent, accepter d'évoluer.

Tout ceci est plus vite dit que fait... Pour évaluer correctement une action, il faut en effet accepter le regard de l'autre sur sa pratique, mais aussi utiliser une démarche adéquate, mettre en œuvre une stratégie et des outils opérationnels. Pour cela, la seule bonne volonté ne suffit pas. La Mutualité française a donc rédigé un *Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé*. Se fondant sur l'expérience professionnelle des acteurs de terrain et en collaboration avec eux, ce guide se veut résolument pratique et concret.

Un outil de travail

Le premier chapitre donne un aperçu synthétique du monde complexe de l'évaluation. Dans le maquis de références, de terminologies et de stratégies, l'auteur, **Francis Nock**, opère des choix et les expose clairement. Son but est de donner un outil pratique aux équipes engagées dans un programme qui fonctionne sur le terrain depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, et soucieuses de l'évaluer.

Les petits bobos

La collection des Petits imagiers publiée par Les Editions Père Castor Flammarion propose des livrets pour les enfants de 2-3 ans, à regarder en famille, afin d'enrichir leur vocabulaire.

Avec *Les petits bobos*, les enfants s'amuseront à retrouver des situations qu'ils ont pu

Le deuxième chapitre plonge donc dans le vif du sujet en définissant le cadre de l'évaluation. "Evaluer, c'est produire des connaissances sur lesquelles on applique un jugement pour prendre des décisions" affirme Francis Nock. Pour évaluer un programme, il faut donc s'assurer que les objectifs sont clairement définis. L'évaluation sera alors l'occasion d'une discussion sur les valeurs qui animent les intervenants et fondent le programme. Il faudra ensuite définir les indicateurs à recueillir pour rassembler suffisamment de connaissances sur le programme et ses effets.

Soumettre son activité aux regards

L'observation de l'activité fait l'objet du troisième chapitre sous le titre explicite "Dire ce que l'on fait". En effet, chacune des activités que l'on veut évaluer, nécessite un recueil de données spécifiques. Il faut partir des données "naturellement" disponibles (comptes rendus de réunions, éléments de communication, etc.) puis affiner les données recherchées. Il faut alors imaginer des grilles ou des fiches, les tester pour les améliorer, les analyser régulièrement. Fastidieux? Sans doute, mais indispensable pour avoir la distance qui permet de piloter le programme. Cette phase se fera en équipe, chacun acceptant de soumettre son activité au regard de tous. Toutefois, pour en savoir plus, il faut solliciter aussi les destinataires du programme. C'est l'objet du quatrième chapitre du Guide.

Rigueur et imagination

Comment utiliser les résultats? C'est l'objet du cinquième chapitre "Juger et décider". Maîtres mots de l'exploitation des données: rigueur et imagination. Rigueur dans l'analyse des données et dans l'examen des faits. Rigueur aussi dans l'interprétation des données, mais rigueur mélangée de curiosité et d'imagination. Il est utile de comparer les résultats obtenus avec les résultats d'autres enquêtes et utile aussi de les soumettre à différents intervenants ainsi qu'aux bénéficiaires du programme. Souvent, l'évaluation permet de répondre à certaines questions, mais elle en soulève d'autres...

Enfin, que faire des résultats? Les diffuser bien sûr et ceci sous des formes variées en fonction des objectifs poursuivis: rapport complet pour les décideurs et les principaux partenaires, résumé pour d'autres professionnels, synthèse vulgarisée pour le public...

Comme il se doit, le guide se termine sur une bibliographie détaillée qui permettra aux personnes intéressées d'approfondir encore la démarche.

Anne-Marie Pirard

NOCK F., *Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé*, Paris, Département Santé Publique de la Fédération nationale de la Mutualité française, 2000, 89 pages.

Tél.: 1 40 43 31 30. Fax: 1 40 43 36 83.

Site internet: <http://www.fnmf.fr> ■

grande scène. Sous chacune, une phrase apporte des informations sur les objets ou les situations illustrées.

FRONSACQA., *Les petits bobos*, Paris, Ed. Père Castor Flammarion, 2001 (*Les petits imagiers*), 15 pages, 3,8 € (25FF). ■

Croiser savoirs "savants" et "profanes"

Les professionnels de la santé, après de longues études et plus riches, au fil des années, d'une expérience "en béton", ont l'impression - légitime - de posséder les bons savoirs sur la maladie et sur la santé.

Sans être dotés de ce bagage théorique, les usagers de la santé possèdent, eux aussi, de réels savoirs sur la maladie. Tout d'abord, ils en ont l'expérience pratique, personnelle, tant physique qu'affective et psychologique. Ensuite, ils sont les dépositaires de représentations culturelles et sociales, héritées de leur famille et de leur entourage.

Un important: "Cahier" intégré dans la revue *Santé conjugulée* confronte sans préjugé ni hiérarchie les représentations profanes et les représentations "savantes" de la maladie. L'objectif du trimestriel des maisons médicales et collectifs de santé est, bien sûr, de questionner le sens de la gigantesque machine curative qui mobilise les professionnels de la santé.

Le cahier s'interroge d'abord sur les représentations de la maladie. "Santé et maladie sont des objets dont la définition ne va pas de soi, mais sont le résultat d'élaborations intellectuelles qui sont des processus sociaux". Ceci signifie donc que "le savoir profane n'est pas un objet de manipulation; il questionne ceux qui le confrontent". Cette confrontation, pour autant, n'a rien de simple. Les représentations

des uns et des autres sont largement conditionnées par les cultures: ainsi, les représentations des patients issus d'autres cultures peuvent interpellier celles du soignant.

S'ajoutant aux différences de représentations, ces différences culturelles rendent plus complexe encore la relation entre soignant et soigné. Les professionnels de la santé, s'ils veulent agir au mieux de la santé de leurs patients, doivent oser faire face et se laisser questionner par ces représentations. Le Cahier de *Santé conjugulée* propose différents exemples intéressants de cette confrontation/interrogation: les représentations et perceptions de la maladie chez les personnes âgées, celles des femmes de 50 à 69 ans face au dépistage du cancer du sein, le rapport entre la religion et la santé traduit par certains patients par la question "Pourquoi Dieu nous envoie-t-il des maladies?", etc.

Ensuite, le cahier présente diverses représentations "savantes": il analyse notamment les représentations de deux médecins au sein d'un même service hospitalier, l'évolution de l'hypothèse psychosomatique, la représentation de la maladie par les kinés, etc.

Le cahier en arrive ainsi aux confrontations proprement dites avec, notamment, un détour par l'histoire, une analyse de la médecine comme "lieu d'où les malades tirent leur légi-

imité de patients et les médecins leur légitimité de soignants" et la perspective d'une "nouvelle alliance", c'est-à-dire d' "une pratique où les représentations de la maladie mettent à la question la hiérarchie des savoirs". En guise d'épilogue, Axel Hoffman, généraliste à la maison médicale Norman Bethune, auteur de nombreux articles de ce dossier, rappelle que si savoirs savants et profanes semblent aujourd'hui s'ignorer, ce ne fut pas toujours le cas. Soulignant qu'il n'y a pas de neutralité du savoir, il constate qu' "entre science des maladies et représentations de la maladie, il y a autre chose qu'une hiérarchie". Et il plaide pour que la prise en compte de la diversité des représentations fasse prendre conscience de l'intérêt du discours profane et "pousse les professionnels de la santé à comprendre quel rôle ils jouent, avec ses aspects positifs et négatifs, dans l'organisation de la société". Pour, in fine, prendre conscience que "le système des soins de santé est sans doute organisé davantage pour les soignants que pour les usagers et que peut-être cela vaudrait la peine de reconsidérer cela".

Anne-Marie Pirard

Des savoirs qui s'ignorent ? Des représentations de la maladie in Santé conjugulée n° 16, avril 2001. Prix : 350 F (8,68 €). Renseignements: Jacques Morel. Tél. 02-514 40 14. Site internet: <http://www.maisonmedicale.org> ■

Le corps humain

Les éditions Père Castor (Flammarion) lancent une nouvelle collection "Science junior" pour les 8-13 ans. Chaque album présente des photos panoramiques et des pages se dépliant pour en savoir plus sur les secrets de la nature.

Un des titres de cette collection est *Le corps humain*, qui décrit cette merveilleuse machine. Quel est le rôle du coeur? Du sang? Des organes respiratoires? Du squelette? Des muscles? Des cellules? Du cerveau et du système nerveux? Comment agissent-ils les uns sur les

autres? Autant de questions auxquelles ce livre répond en images, mettant à nu tout ce qui se passe de bizarre à l'intérieur du corps. LONGMAN C., CECCHI L., STALIO I., et al., *Le corps humain*, Paris, Ed. Père Castor Flammarion, 2001, (Science junior), 39 pages. ■

Suicide, adolescents et milieu scolaire

Chez les ados, les idées de suicide sont fréquentes: entre 15 et 19 ans, 23% des garçons et 35% des filles disent avoir déjà pensé au suicide. Mais c'est surtout leur récurrence, leur chronicité qui doit être prise au sérieux car elle représente un réel facteur de risque de passage à l'acte: ainsi, si seulement 8% des garçons et 13% des filles pensent souvent au suicide, 41% d'entre eux ont déjà fait au moins une tentative. Tout passage à l'acte révèle une intense souffrance psychique et une impossibilité à y faire face. Qu'il s'agisse d'un appel un peu théâtral, d'une pression sur l'entourage, d'une fuite, le geste témoigne d'un vécu dépressif, d'un profond désespoir qu'il serait dangereux de mésestimer, de banaliser car il existe toujours un risque élevé de récurrence.

Il n'existe pas de profil type de l'adolescent suicidaire mais différents signes peuvent être repérés sans qu'ils soient spécifiques pour autant. Transformations radicales de l'allure, et/ou du comportement, perturbations de la scolarité (effondrement des résultats ou à l'inverse surinvestissement intense), adoptions de conduites dangereuses, automutilations, perception négative de soi, des autres, de la vie, plaintes somatiques fréquentes, troubles du sommeil, des conduites alimentaires, agressivité, anxiété majeure... La prévention du suicide chez les jeunes passe par l'identification des sujets à risque. Mais si le fait semble acquis, comme du reste le fait que l'école soit le lieu de prévention par excellence, pas mal de questions restent en suspens. Qui doit être en charge

de cette identification? En France, l'infirmière scolaire occupe une place privilégiée. Avec quels outils, quels critères? Le repérage des jeunes plus fragiles ou pouvant être considérés comme à risque ne doit pas aboutir à un étiquetage qui nuirait aux jeunes plus qu'il ne les aiderait. Quelles aides, quelles assistances, formations donner aux enseignants? Comment impliquer la famille? Quelles suites donner? "Bien souvent le jeune tente de se suicider non pas parce qu'il veut mourir mais parce qu'il veut vivre mais ne sait ni pourquoi, ni comment". *L'Observatoire, revue d'action sociale et médico-sociale, trimestriel n°30, 2001, 100p. Prix du n°: 350 F (8,68€) + 80 F (1,98€) de frais de port (possibilité d'abonnement également), commande par fax 04-232 31 79 ou par e-mail: revueobservatoire@skynet.be ■*

Outil

Paré pour éviter les chutes

Comme on vient de le rappeler, la chute à domicile est le type d'accident le plus fréquent chez les personnes de 60 ans et plus. La chute peut être évitée si ces risques sont identifiés, maîtrisés ou éliminés.

Chuter, c'est perdre son équilibre. Cet accident découle généralement de facteurs humains mais aussi de facteurs liés à l'environ-

nement. Cette brochure incite à visiter son "chez-soi" avec un oeil critique afin d'identifier et de limiter les risques d'insécurité et donc de chutes.

La brochure conseillera aussi le lecteur sur la manière de réagir face à cet accident, en apprenant à se relever ou à intervenir de façon correcte.

"Paré pour éviter les chutes" est disponible dans tous les bureaux des Mutualités libres.

Pour tout renseignement: Service d'information et d'éducation à la santé des Mutualités libres, Sandrine Vandermaesbrugge, rue Saint-Hubert 19, 1150 Bruxelles. Tél.: 02-778 92 11.

Fax: 02-778 94 08.

Mél: sandrine.vandermaesbrugge@mloz.be

Site: www.mloz.be ■

Dans les coulisses de l'Observatoire de santé du Hainaut

Le 14 septembre 2001, l'Observatoire de la santé du Hainaut ouvrait ses portes pour accueillir les intervenants et relais en promotion de la santé en Hainaut et au-delà. Toute l'équipe (nombreuse) de l'Observatoire était mobilisée pour cette importante opération de contacts et, belle récompense, le soleil et les visiteurs étaient au rendez-vous.

Pour rappel, l'Observatoire se compose de plusieurs unités: le secteur information sanitaire dirigé par Véronique Tellier, le secteur prévention et promotion de la santé dirigé par Michel Demarteau, le secteur éducation santé coordonné par Geneviève Houlioux, la cellule communication (Véronique Janzyk) et le centre de documentation scientifique sans oublier Luc Berghmans à la Direction médicale. Chacun de ces services avait préparé animations, expositions, ateliers ou pré-test d'une campagne de communication. L'accueil et la découverte des ressources offertes par l'Observatoire étaient ainsi organisés avec convivialité et efficacité.

Quatre ateliers sur des thèmes tels que "de l'analyse à l'action" ou "d'une animation à un programme" permettaient aux visiteurs de mieux appréhender ce qu'est la promotion de la santé et quelles en sont les stratégies et méthodes. C'était également l'occasion d'entamer un échange entre intervenants et participants.

Ceux-ci n'ont pas manqué de soulever des questions telles que "N'y a-t-il pas opposition entre le choix individuel, l'autonomie de la personne et une stratégie de changement de comportement en éducation pour la santé?", "Choisir de lutter contre les inégalités sociales, n'est-ce pas déjà une manière de prédéterminer les besoins et attentes de la population?". De quoi lancer

un débat et un échange bien au-delà de cette rencontre ponctuelle!

Enfin, l'après-midi s'est conclue par une conférence-débat ayant pour thème "La santé, des politiques concertées?" avec la présence de Madame Nicole Maréchal, Ministre de la santé en Communauté française, de Monsieur Pierre Dupont, Député permanent de la Province du Hainaut et de Monsieur Jean Degré, Echevin de la santé de la ville de La Louvière.

Bref, une après-midi bien remplie et qui, sans nul doute, a rencontré l'intérêt des visiteurs!

BT

Outils de pilotage

Depuis la mise en place de l'Observatoire de la santé du Hainaut, un système de recueil de données combine les sources d'informations existantes et les résultats de recherches locales afin de dresser un état de la situation sanitaire en Hainaut. Ces résultats sont diffusés régulièrement sous forme de *Tableaux de bord* utilisés notamment par les professionnels médicaux et paramédicaux.

En outre, l'Observatoire a décidé de publier, tous les deux ans, un bilan global de la santé dans la Province à l'intention du grand public, le *Carnet de bord de la santé*.

La dernière livraison de *Santé en Hainaut* accueille la première édition de ce *Carnet de bord* consacré à l'année 2001. Trois initiatives y sont détaillées.

La première développe les résultats d'une collaboration originale entre les services de santé scolaire et l'Observatoire de la santé: le **Réseau des centres de santé scolaire vigies**.

Dans la foulée de l'enquête sur la santé des jeunes menée en 1997 par l'Observatoire

de la santé, une collaboration s'est installée entre l'Observatoire lui-même et dix services de santé scolaire de la Province du Hainaut. La collecte d'informations est réalisée chez des jeunes de 9 à 17 ans à l'occasion des visites médicales habituelles dans les centres de santé. Les parents sont préalablement informés et peuvent refuser que leur enfant y participe.

Les résultats sont inquiétants. Ils confirment la sédentarisation accrue des loisirs des jeunes: télévision et consoles de jeux en sont les principales responsables. De plus, près d'un tiers des jeunes ne déjeunent pas, les collations de 10 heures sont souvent inadéquates et un tiers des jeunes n'ont pas eu recours à des soins dentaires durant l'année qui précède.

Le *Carnet de bord* présente aussi les résultats d'une enquête sur la **consommation d'alcool** dans la ville de Mouscron, largement répandue dans la population adulte. Là aussi, inquiétude surtout si l'on sait qu'un conducteur sur quatre et plus d'une conductrice sur huit déclarent prendre le volant après avoir consommé de l'alcool.

Enfin, le *Carnet* publie les derniers résultats des **registres de l'infarctus** de Charleroi et de la Région du Centre. Les maladies cardiovasculaires y affectent une grande partie de la population, ce qui justifie la poursuite et l'amplification des programmes de promotion de la santé du coeur.

A-M-P

Carnet de bord de la santé 2001, in "Santé en Hainaut" n° 4. Renseignements: Observatoire de la Santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré. Tél.: 065 - 87 96 00.

Fax: 065 - 87 96 79.

Mél: observatoire.sante@hainaut.be ■

La lutte contre le dopage harmonisée sur l'ensemble du territoire belge

Les ministres représentant la Communauté française, la Communauté flamande, la Communauté germanophone et la Commission Communautaire Commune (COCOM) de la région de Bruxelles-Capitale ont signé le 19 juin un accord de coopération en matière de "pratique du sport dans le respect des impératifs de santé".

L'accord de coopération a pour objectif d'harmoniser et de coordonner au niveau de l'ensemble du pays les politiques liées à la pratique du sport dans leurs composantes ayant trait à la santé. C'est-à-dire les mesures, dispositions et recommandations destinées à protéger la santé des sportifs, ou à contribuer à leur bien-être physique et psychique. Ces dispositions impliquent la mise en cohérence des politiques menées, concernant les prises d'échantillons à contrôler, la liste des produits considérés comme dopants, les sanctions aux sportifs, les règlements sportifs (par exemple l'âge d'accès des jeunes aux compétitions cyclistes), ou encore les actions de promotion de la santé et de prévention du dopage.

Il faut savoir que la base d'un accord de coopération existait entre les trois Communautés depuis 1991 mais il n'avait jamais reçu l'assentiment d'aucune assemblée. Un groupe de travail fonctionnait néanmoins dont la présidence est actuellement exercée par la Communauté française.

Sous l'impulsion de la Communauté française, l'accord a été revitalisé et la Région bruxelloise y a de surcroît été associée. En effet, la COCOM est compétente pour régler la matière à l'égard des sportifs bruxellois et pour couvrir l'ensemble du territoire.

Une coopération en sept points

Elle vise à :

- assurer un échange régulier d'informations, de documentation, de spécialistes et de services;
 - définir une procédure identique en ce qui concerne la prise d'échantillons pour le contrôle de l'emploi par les sportifs de produits, substances et moyens qualifiés de pratiques de dopage;
 - remplacer, pour les sportifs convaincus de dopage, les sanctions pénales par des sanctions disciplinaires;
 - établir, pour certaines disciplines sportives, en ce qui concerne les âges minima de participation, une concertation sur les critères médicaux d'admission;
 - établir une liste identique de produits interdits ainsi que de substances et de moyens qualifiés de pratiques de dopage, sur base de la liste reconnue internationalement;
 - mener des actions communes en matière de promotion de la santé dans le sport et de prévention de la pratique du dopage;
 - permettre de conclure des protocoles d'accords bilatéraux en vue de faire effectuer des contrôles antidopage par les médecins agréés d'une partie contractante.
- Pour assurer la mise en œuvre de l'accord un **Conseil de coordination** est créé, présidé à tour de rôle par chaque partie contractante pendant deux ans.

L'accord s'inscrit par ailleurs dans l'esprit du décret "Sport en santé et lutte contre le dopage" voté en mars dernier par le Parlement de la Communauté française¹, suivi de

l'approbation par le Gouvernement de la Communauté française de l'arrêté créant la **Commission francophone de promotion de la santé dans le sport** dont la mission est, entre autres, relative à l'opérationnalisation du décret.

L'accord de coopération, comme le décret de la Communauté française, vise aussi une action de fond à beaucoup plus long terme, sur la promotion de la santé dans le sport et la prévention de la pratique du dopage.

Si le contrôle et la sanction sont indispensables à court terme, il revient aux pouvoirs publics, de façon plus globale, de réinjecter de l'éthique dans le sport et d'en faire une question de santé publique. Il est important que les campagnes d'information à l'attention des sportifs de tous âges et de tous niveaux, mais aussi à l'attention des personnels d'encadrement (profs, entraîneurs, fédérations...), soient organisées, rappelant les dangers d'un sport mal pratiqué, l'intérêt de ne pas prendre de risque et prodiguant des conseils de prévention.

Concernant cette problématique, on visera à l'éducation et à la responsabilisation des consommateurs de produits dopants ainsi qu'à la réduction des risques via des campagnes grand public ou ciblées sur les sportifs. L'objectif est que chacun adopte de façon responsable des comportements qui préservent la santé.

d'après un communiqué de presse de la **Ministre de la Santé** ■

¹ Voir le texte "Sport et dopage en Communauté française", *Education Santé* n° 159, mai 2001, pp. 12 à 15. Lire aussi l'article de Philippe Bastin "Un autre regard sur le dopage" ci-dessous.

Réflexion

Un autre regard sur le dopage

Depuis une vingtaine d'années, les experts en toxicomanies sont assez d'accord pour se rallier au modèle explicatif développé par **Helen Nowlis**¹ aux Etats-Unis concernant les phénomènes d'usage de drogues. Selon ce modèle, l'usage de drogues voire la toxicomanie reposent sur une triade "produit-personne-environnement". Ainsi, la toxicomanie est la résultante de la rencontre entre un individu (avec son histoire

et sa manière d'être au monde, son identité, son statut, etc.) et un produit (avec ses caractéristiques propres, son cadre légal, etc.) dans un environnement/contexte donné (la société, la ville, le quartier, la famille, ... mais aussi la culture relative aux produits en question). Ces trois pôles sont en interaction constante; si l'on néglige un des trois pôles, on aboutit à une lecture faussée d'un phénomène particulièrement complexe.

L'évolution du traitement de la thématique drogue au cours des 30 dernières années peut apporter un éclairage intéressant à l'approche du dopage, qui est devenu un enjeu majeur de la pratique sportive.

¹ Dr Helen Nowlis, "La drogue démythifiée", UNESCO, Paris, 1975, 95 pages. Le Dr Olievenstein a largement contribué à propager cette approche adoptée par la majorité des experts et instances officielles.

Ceux-ci témoignent de la volonté de respecter les jeunes et de les approcher prudemment. Il ne s'agit nullement de proposer des messages de dramatisation dans le but de décourager ces consommations mais bien davantage de donner aux jeunes un maximum d'information sur les produits consommés: leur composition, leurs effets tant positifs que négatifs ainsi que les risques encourus. L'équipe s'attache aussi à offrir aux jeunes un espace de rencontre et d'écoute qui leur permet d'exprimer leur vécu, lié de près ou de loin à ces consommations.

Un chapitre central du livre est consacré aux **outils de prévention** que sont les do-



cuments d'information, la personne des travailleurs sociaux et les jeunes relais qui ont accompagné ces travailleurs. Il présente ces documents d'information, leur élaboration ainsi que la forme de leur utilisation. Par la plume de l'auteur, l'équipe de **Canal J** met en évidence combien une telle action suppose la participation des bénéficiaires de celle-ci. C'est pourquoi, la mission des jeunes relais, leur statut et leur cadre de travail sont développés. L'impact des rencontres avec les jeunes ainsi que les conditions de celles-ci au sein de ces mégadancings sont abondamment illustrés.

Les lecteurs seront particulièrement intéressés par la philosophie qui sous-tend ce travail, celle de la **réduction des risques**. Il s'agit non seulement d'évoquer l'émergence de cette approche, son histoire, mais aussi d'examiner comment elle s'inscrit dans une perspective éducative et même thérapeutique. Aborder les usagers de drogues par le discours de la réduction des risques, c'est présenter tous les effets des produits tant positifs que négatifs et donner également les moyens de réduire ces risques par des informations pertinentes et des rencontres questionnantes.

Les limites de la réduction des risques liés à l'usage de drogues de synthèse alimentent le débat en cours, celui de la libéralisation de la consommation de produits psychotropes. Les propos de l'équipe de **Canal J** vont cependant au-delà de ce débat en met-

tant en évidence les effets pervers possibles de ce discours. Dans ce contexte, la question du testing des produits est aussi abordée en comparant les systèmes mis en place dans les pays limitrophes.

Tout en s'éloignant d'une approche théorique, l'auteur aborde, par la suite, un concept important dans la rencontre des jeunes, celui de la **distance nécessaire** à un contact de qualité. Toute l'expérience est relue à la faveur de cette hypothèse. Sont ainsi remises en évidence les conditions d'une rencontre positive et non stigmatisante avec les adeptes de la musique techno. En cherchant continuellement la bonne distance, en jouant sur la relative proximité, les travailleurs se sont donné des repères pour se faire accepter par ces jeunes, pour éviter des réactions de rejets mais aussi pour trouver la place la moins inconfortable possible.

Le dernier chapitre recadre l'action mégadancings dans l'ensemble des missions des équipes en milieu ouvert et de **Canal J** en particulier.

C'est toute la démarche communautaire qui est ainsi illustrée, particulièrement celle qui s'inscrit en termes de promotion de la santé des jeunes. Le développement de nouvelles actions y est ébauché.

En guise de conclusions, l'auteur restitue l'action dans une démarche plus globale. Il interroge les jeunes sur le sens de leur présence au sein de ces mégadancings mais il questionne aussi les travailleurs qui s'y sont investis sur les apports de la démarche, sur les risques qu'ils ont eux-mêmes courus en s'y impliquant.

Les coûts de cette action y sont également évalués. Il ne s'agit pas seulement des coûts humains et financiers mais également de ceux des personnes qui s'y sont investies: risques sanitaires, inconforts multiples sans oublier l'abandon d'autres projets au bénéfice de celui-ci.

L'action de la Communauté française Wallonie-Bruxelles

Nicole Maréchal, Ministre de la Santé, nous rappelle à l'occasion de la sortie de cet ouvrage que la Communauté française consacre chaque année environ 50.000.000 F à la prévention des assuétudes via:

- l'information et la formation de relais;
- la réalisations d'études;
- la création d'outils de prévention;
- le recueil de données épidémiologiques.

Autres risques

Lors de la présentation de son livre à la presse, l'auteur nous rappelait que les jeunes fréquentant les dancings et mégadancings paient un lourd tribut en termes de mortalité à cause des accidents de circulation du dimanche matin. En effet, si les décès dus à une overdose de drogue de synthèse sont très rares, les accidents mortels de roulage sont quant à eux banalement fréquents. Les consommations diverses doivent être incriminées, mais aussi la fatigue, l'excitation provoquée par la musique,...

Il essaie aussi d'articuler l'action préventive avec celle d'autres intervenants, les autorités judiciaires et policières. Celles-ci sont particulièrement en relation avec d'autres acteurs de ces mégadancings: les patrons des discothèques.

L'équipe de **Canal J** y présente enfin ses réflexions sur une approche préventive globale qui inclut l'intervention du législateur. Elle interpelle ainsi les pouvoirs publics qui ont la capacité d'imposer un dispositif préventif au sein de ces discothèques. Un tel dispositif suppose la limitation des nuisances sonores et celle des heures d'ouverture. Il signifie le respect de conditions d'environnement comme la température ambiante, le renouvellement de l'air vicié. Il suppose aussi la création d'espaces de repos et de refroidissement (les fameuses 'chill out zones') auxquelles les équipes de prévention auraient accès sans devoir négocier avec les patrons de ces établissements.

La lecture de ce livre devrait convaincre l'ensemble des intervenants auprès des jeunes de la pertinence de la démarche et solliciter ainsi la constitution de nouvelles équipes d'actions préventives au sein de ces lieux d'extase moderne.

VANTHOURNHOUTA, *Techno, rêves... et drogues?*, Bruxelles, De Boeck & Belin, 2001 (Collection 'Comprendre'), 224 pages, 425 F.

Cet ouvrage bénéficie du soutien de la Communauté française Wallonie-Bruxelles.

Aujourd'hui, j'arrête!

L'arrêt du tabac, s'il doit se faire complètement du jour au lendemain, est l'aboutissement d'un chemin qui demande souvent une longue maturation. Ce chemin n'est pas toujours de tout repos et nécessite parfois de l'aide.

En France, la Mutuelle MCD et la Ligue contre le cancer ont réalisé, avec le soutien

de la Mutualité française, un carnet de bord destiné aux personnes qui décident d'arrêter de fumer. Les bonnes questions à se poser avant l'arrêt, le jour J, le point après la première semaine, après quinze jours, ou après un mois, tous ces chapitres serviront de panneaux indicateurs pour aller au bout du chemin.

La brochure "Aujourd'hui, j'arrête! Carnet de bord" est disponible auprès de la Ligue nationale contre le cancer, avenue S. Pichon 1, F-75013 Paris. Tél.: +1 44 66 80 80.

Site www.ligue-cancer.net ■

Lu pour vous

Rencontrer les jeunes dans les nouveaux lieux d'extase

Techno, rêves... et drogues?, le livre d'Alain Vanthournhout, relate une expérience. Il cherche à témoigner d'une autre approche de l'usage de drogues dans un contexte festif.

Cet usage suscite de nombreuses questions souvent sans réponses. Il implique des concepts idéologiques, moraux et aussi politiques.

Si le doute et le débat contradictoire sont pris en compte par les travailleurs sociaux, ces derniers ne peuvent se permettre d'attendre le consensus social pour s'investir dans la prévention.

Les travailleurs de Canal J, service tournaisien d'aide aux jeunes dans leur milieu de vie, ont été interpellés par cette particularité du Hainaut occidental. Les dancings et mégadancings (voir encadré) y accueillent chaque semaine des milliers de jeunes originaires de France, de Flandre et de Wallonie.

L'engouement pour la musique techno a vu de nombreux établissements se convertir dans ce genre musical auquel est associée généralement la consommation de drogues de synthèse comme l'ecstasy.

Ce constat (le mégadancing facilite l'offre de drogues de synthèse) a conduit l'équipe de Canal J à investir ces lieux et l'a amenée à construire un projet particulier dans le cadre européen transfrontalier avec un partenaire français, l'AIDE, un service de soins aux toxicomanes établi à Lille.

Cette immersion dans les dancings du tounais fait l'objet de la première partie de l'ouvrage. Elle témoigne de la réalité rencontrée. Elle tente une représentation de ce que sont les mégadancings, des règles qui y ont cours, de ce que cherchent les jeunes qui les fréquentent.

Elle essaye d'en dresser un portrait. Elle illustre les motivations de cette clientèle particulière de jeunes qui ont le désir de s'éclater des nuits entières sur les rythmes de la musique techno. Elle a aussi voulu pré-

senter les relations qui s'établissent entre ces jeunes, loin des clichés de violence ou encore de déchéance.

Y sont présentés également les autres acteurs de ces mégadancings que sont les patrons de ces établissements et leur personnel: serveurs, service d'ordre, etc. Les rôles des forces de police et des instances judiciaires y sont également évoqués. Enfin, l'ouvrage aborde la question de la consommation de produits psychotropes, c'est-à-dire non seulement celle des drogues de synthèse comme l'ecstasy et les amphétamines, mais aussi celle d'autres substances

comme le cannabis et la cocaïne. La consommation d'alcool et la tabagie ambiante y sont également observées.

Limitier les risques

La deuxième partie du livre est entièrement consacrée aux mécanismes de prévention à mettre en place pour permettre à ces usagers de limiter les risques liés à la consommation de ces drogues de synthèse. Après un aperçu des projets de prévention en milieu festifs dans la Communauté européenne, l'auteur présente les principes qui ont guidé l'action de l'équipe d'intervenants de Canal J.

Première rencontre (extrait)

Quatre ans se sont passés et chacun de nous a toujours en mémoire cette première fois où nous avons franchi la porte d'un de ces temples de la house music.

C'était pour nous entrer dans un pays étranger. L'estomac se noue un peu à la perspective d'affronter l'inconnu. Allions-nous être repérés? Serions-nous perçus comme des gendarmes? L'âge serait-il un handicap ou un atout?

Dès l'approche de ces discothèques, le mot méga s'impose: des parkings dignes des hypermarchés, des projecteurs dont les faisceaux trouent la nuit, des néons multicolores qui appellent les clients. Une file s'allonge à l'extérieur, les jeunes attendent sagement de pouvoir pénétrer dans le temple. L'entrée elle-même est imposante, gardée par des 'sorteurs' impressionnants, et pas toujours sympathiques. L'organisation elle-même étonne par son ampleur: un guichet où il faut accepter de se laisser photographier, où votre carte d'identité est scannée, avant de se voir délivrer une carte magnétique, sésame qui ouvre les portes de la discothèque. Rapidement, votre tête s'imprimera sur un écran vidéo que vérifie un autre préposé. Déjà à ce niveau la technologie s'impose et anticipe le style techno.

L'accès à la première salle amplifie le sentiment de gigantisme: dimension respectable des lieux, immense bar tournant, une fontaine comme celles qui décorent les jardins publics et une nouvelle file de quelques dizaines de mètres pour accéder aux caisses. Aux moments d'affluence, deux caisses permettent aux clients de régler une somme rondelette (10 ou 15 €) pour accéder à l'intérieur. Nouveau sas de contrôle gardé par des 'sorteurs' à la carrure respectable, donnant sur un vaste forum et une nouvelle fontaine illuminée. Dès cet instant, des milliers de points lumineux contribuent à accroître ce sentiment d'immensité. Des murs de miroirs prolongent cette sensation de vertige.

Mais déjà cette débauche lumineuse laisse la place à la puissance acoustique. La musique, bien que lointaine, vous envahit par les basses assourdissantes. La salle de danse principale, temple pharaonique, vous attend, vous engloutit. Des milliers de danseurs vous entourent. Les amplificateurs déversent leur flot de décibels. Vous êtes au cœur du mégadancing.

1 La Bush, par exemple, situé à 10 km de Tournai, 12 km de Lille et 15 km de Courtrai, peut accueillir 6.000 clients.

Un (trop) rapide tableau

D'abord, les spécialistes et le public se sont focalisés sur les produits, ces poisons d'où vient le Mal. Conséquence: apparition du mythe de l'éradication des drogues, de la guerre à la drogue, avec un idéal d'abstinence et des croisades de redressement moral dignes de la grande époque de la prohibition.

Ensuite, on a ajouté l'individu dans l'analyse. Le drogué est devenu le bouc émissaire par excellence, un individu suscitant à la fois répulsion et fascination (voir la figure emblématique du "junkie", Christiane F., etc.). Le drogué, c'est l'autre, et certains veulent à n'importe quel prix le soigner, lui faire suivre des cures, le rééduquer (communautés thérapeutiques hard, par exemple ou encore lobotomies), d'autres veulent le punir, l'enfermer, l'exécuter. Le drogué, criminel et/ou malade! Les plus respectueux se sont centrés sur les rapports entre le toxicomane et la drogue (la psychanalyse par exemple), sur l'usage de drogues comme rite d'initiation à l'adolescence ou encore comme conduite ordalique, etc.

Enfin, on a introduit la dimension du contexte.

Contexte socioculturel d'abord: cultures, représentations, inconscient collectif par rapport aux drogues, notion de plaisir, attrait du fruit défendu, ... mais aussi pressions de la société (mythes de l'homme moderne: performance, beauté, jeunesse, ...) avoir et paraître, etc.

Contexte géopolitique aussi: rapports nord-sud, économies parallèles et narcotraffic, etc.

J'arrête là la présentation de cette grille de lecture de l'évolution des regards sur le phénomène des drogues pour en arriver au dopage.

Que peut-on tirer de nos démêlés avec les drogues qui soit utile pour une approche nouvelle du dopage?

Ne sommes-nous pas en train de suivre la même évolution?

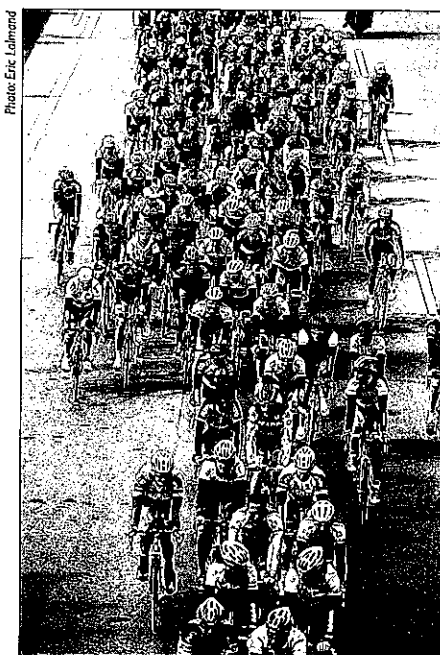
La focalisation exclusive sur le produit

On s'interroge finalement peu sur le contexte et les individus. En caricaturant, on pourrait dire que l'on est aujourd'hui en train de se préparer (par respect des conventions internationales?) à une nouvelle guerre contre d'autres produits (les produits dopants). Guerre qui va mobiliser des légions de policiers ou assimilés pour détecter, inspecter, saisir les produits interdits sur fond d'hygiénisme (le sportif consomme des produits sains pour maintenir un corps sain - obligation morale). Les commissions

d'évaluation et de contrôle vont se multiplier et les laboratoires d'analyse toucher le jackpot. On va créer des infrastructures et de l'emploi. Le monde scientifique et surtout médical apportera la caution scientifique à l'entreprise: une nouvelle guerre menée au nom de la santé.

Les individus

Pour le moment, dans les affaires de dopage, on ne parle quasi exclusivement que des sportifs professionnels: monde qui est assez éloigné de la plupart d'entre nous. Ces problèmes de dopage concernent donc une catégorie de public très limitée, nous y reviendrons.



Pour le reste de la population pratiquant le sport on sait peu de choses. Le sport amateur est aussi touché (cyclisme, pratique de la musculation, etc.) de façon très variable (sport pratiqué seul, sport pratiqué en club).

Dans le sport professionnel, ce ne sont pas, in fine, les produits qui sont la cause du problème mais bien deux autres drogues redoutables: l'argent et la gloire.

Quel sort réservera-t-on, dans le cadre non professionnel, aux sportifs amateurs qui recourent aux produits dopants? Ouvrirait-on une nouvelle guerre aux drogués avec ses prisons, ses exclusions, ses stigmatisations? Il semble que non, mais tout cela n'amplifiera-t-il pas l'attrait pour la consommation et sa résultante le trafic des produits prohibés? N'oublions pas que la prohibition garantit la rentabilité des trafics!

Le contexte

On nous parle des sportifs sans faire de distinction entre les amateurs et les professionnels. Or, il n'est que de voir le coût des

transferts dans certains sports, les gains faramineux de certains professionnels et de certains clubs, les droits de télévision exorbitants, etc. pour se convaincre du gouffre qui sépare les professionnels des citoyens qui comme vous et moi pratiquent occasionnellement ou régulièrement un sport. Il me semble donc fondamental dans l'analyse de prendre en compte ces différences.

Concernant les amateurs, il y a certainement un travail éducatif à faire mais qui doit s'inscrire dans des approches connues:

- parler avec clarté de tous les produits (tant les substances légales comme l'alcool qu'illégales comme le cannabis, les produits dopants, etc.);

- développer les compétences personnelles (esprit critique, capacité de construire des relations satisfaisantes avec les autres, valorisation de l'image de soi, confiance...);

- faire le lien dans les approches entre les drogues illégales, les drogues légales, les produits dopants, les produits amaigrissants, les autres formes de dépendance; etc.
- élargir la question. Ainsi par exemple, soutenir les éducateurs dans la gestion de la '3e mi-temps' (avec conduite de véhicule à la clé) serait peut-être plus utile que la nouvelle guerre que l'on est peut-être en train de construire en voulant bien faire.

Donc, concernant les sportifs amateurs, oui pour une politique de promotion de la santé à l'égard du recours aux produits dopants mais dans une approche globale, intersectorielle et nuancée. Relancer un véritable mouvement d'éducation prenant en compte et préservant la dimension de reliance de la pratique sportive?

Et les sportifs professionnels?

Il me semble important de différencier les choses et d'analyser le contexte.

Bien sûr, l'idéal olympique prend un sacré coup de déprime lorsqu'on découvre que les héros du stade, porteurs de valeurs dont nous rêvons tous (l'athlète doué, le gagnant, le corps superbe et maîtrisé, etc.) doivent par moment leur gloire à des tricheries sous forme d'ingestion de pilules et d'injections de potions magiques.

Le premier réflexe est bien sûr de vouloir supprimer ce qui trouble notre idéal, nos représentations: éradiquons les produits, punissons les sportifs indignes. Retrouvons le paradis perdu du noble affrontement, de

2 Le concept de reliance a été élaboré par Marcel Bolle de Bol, professeur de sociologie à l'ULB, comme réponse au phénomène de "déliance sociale". Cette déliance peut se décliner sous différentes formes: socio-économique, socioculturelle, socio-psychologique, etc. Concept notamment exposé dans "Ecouter la vie - Ecoute la mort" Actes d'un colloque organisé par Télé-Accueil en 1984.

l'éthique de loyauté, de la cordialité et de l'amitié virile entre les champions. C'est hélas, me semble-t-il, comme pour les drogues illicites, une guerre perdue d'avance.

L'ingéniosité et la créativité des intéressés auront toujours une longueur d'avance sur les textes légaux prohibant les substances dopantes. Foin de nos idéaux.

Par contre, l'analyse du contexte fait apparaître d'autres éléments que l'on connaît mais sur lesquels on ne s'attarde pas assez.

Dans le sport professionnel, ce ne sont pas, in fine, les produits qui sont la cause du problème mais bien deux autres drogues redoutables: l'argent et la gloire.

Or, les sportifs professionnels sont des individus responsables tout comme n'importe quels autres citoyens. Ils ont fait choix d'un métier et de ses conditions. Ces conditions sont extrêmement dures car aux exigences sportives qui leur sont réclamées, s'ajoutent la pression financière et la compétition à outrance, le devoir de victoire.

Le problème du dopage est connu de tous et relève dès lors du libre arbitre de chacun. Certains se dopent sans limites, d'autres seront plus prudents, d'autres encore s'abstiendront. Il en va des sportifs profes-

sionnels comme de chacun d'entre nous finalement. Il leur faut choisir.

Comme le disait **Jean-François Lauwens**: "Le monde du sport charrie des idéaux de pureté, d'équité et de gratuité qu'il est le premier à transgresser, que ce soit par la corruption, le dopage et l'instauration d'un capitalisme sauvage où les riches sont toujours plus riches et les pauvres toujours plus pauvres. Certains ont proposé qu'à l'instar de ce qui se passe dans les sports américains, on laisse tomber l'hypocrisie sur toutes ces matières et que le sport ne soit plus qu'un spectacle."³

Faut-il dès lors consacrer des sommes fara-mineuses pour tenter d'assainir en vain le monde du sport professionnel qu'on appelle aussi le sport spectacle, qui est un créneau économique et financier comme un autre et qui se soucie bien peu des lois?

Ma réponse est non. S'il fallait proposer un choix politique en matière de promotion de la santé et au vu des moyens limités de la Communauté française, ce serait celui de se centrer sur les citoyens, sportifs amateurs, jeunes et adultes. Il serait assez révoltant de voir que les budgets sont avalés, en pure perte, pour mener une guerre contre des gens parfaitement lucides quant à leur choix

de vie au détriment des actions à mener à l'égard des citoyens dits normaux qu'il est possible d'aider à se réaliser à travers une pratique 'intelligente' du sport.

Pour terminer, je ne résiste pas au plaisir de reprendre cette réflexion de **Claude Javeau** publiée dans le *Journal des procès*: "Comment empêcher la violence et les injures racistes sur les stades de football? C'est bien simple, il faut interdire le football. Le football est dangereux pour la santé physique, il cause des cirrhoses du foie. Il est dangereux aussi pour la santé mentale, il rend les amateurs hargneux, agressifs, imperméables à toute critique, et les pousse à se déguiser comme au cirque. Toutes choses qu'on ne risque guère en fumant du cannabis. Quand se rendra-t-on à l'évidence que, sous nos cieux, les deux drogues les plus dangereuses sont la bagnole et le 'foute' et que si l'on veut protéger la santé de nos concitoyens, c'est de ce côté-là qu'il faudrait sévir? Et lourdement!"

Philippe Bastin ■

Adresse de l'auteur: Infor-Drogues, rue du Mar-teau 19, 1000 Bruxelles.

³ Lauwens, J.-F., Un nouveau départ pour le monde du sport, in *Le Soir*, 6 mars 2001.

⁴ *Le Journal des Procès*, n° 409, 23 février 2001

Une générosité rentable

Le géant du tabac Philip Morris fait preuve depuis quelques années d'une grande générosité en matière de dons.

En public, Philip Morris argumente ainsi (extrait des Directives de l'entreprise relatives aux contributions de Philip Morris):

"Pourquoi nous donnons: la plus claire démonstration de ce en quoi nous croyons se trouve dans nos donations. Donner à manger à ceux qui ont faim et les aider à devenir auto-suffisants, donner de l'espoir à une victime de violences familiales, reconforter quelqu'un vivant avec le sida, nourrir l'esprit créatif et sensibiliser les étudiants de tous âges, préserver l'eau et les ressources alimentaires naturelles. Nous cherchons à comprendre les besoins de notre société et à utiliser nos ressources pour contribuer à son bien-être.

Nous nous préoccupons des gens les moins fortunés et nous nous efforçons d'améliorer leur qualité de vie. Par conséquent, notre mission consiste à répondre efficacement et avec compassion aux demandes d'assistance, notamment dans les domaines clés - faim, violence familiale et culture - sur lesquels nous concentrons nos dons. Dans leur ensemble, nos dons reflètent nos valeurs, encouragent les aspirations humaines et abordent les préoccupations humaines fondamentales."

En privé, le son de cloche est quelque peu différent.

Lors d'un séminaire tenu à l'occasion d'une conférence mondiale de Philip Morris sur les affaires de l'entreprise, cette dernière explique pourquoi il est si important pour l'industrie du tabac d'aider d'autres organisations à travers des dons.

"Donc toute la question d'avoir l'aide de tierces parties et de s'assurer de tout ce concept de tiers dans notre structure de défense a pour but de nous donner du poids, de nous donner du pouvoir, de nous donner de la crédibilité, de nous donner de l'influence, de nous donner accès aux endroits auxquels nous n'avons pas ordinairement accès.

On doit essayer de trouver qui l'on doit neutraliser à l'avance, qui constitue une menace potentielle, et ensuite comment on peut faire cause commune avec cette catégorie d'individus, de sociétés ou de groupes, de sorte telle à pouvoir les neutraliser.

Exemple: la cigarette auto-extinguible. Qui est normalement concerné par la cigarette auto-extinguible, de l'autre côté de la barrière? Probablement la communauté des pompiers. Comme vous le savez, aux États-Unis, nous avons mis très longtemps à aider tous les groupes organisés de pompiers professionnels et volontaires. Ils

ont une aide monumentale de notre part. Et lorsque nous avons besoin qu'ils déclarent que ce ne sont pas les cigarettes qui provoquent les incendies dans 99,9 % des cas, nous obtenons leur coopération. Mais c'est parce que nous les avons "cultivés" et aidés à réaliser certains de leurs objectifs, et c'est parce que nous avons vu qu'ils représentaient un ennemi potentiel disposant d'une réelle crédibilité.

Votre ennemi potentiel, c'est la plus grande crédibilité. Nous leur avons fait changer d'avis et nous nous en sommes faits des alliés, des défenseurs tiers pour nous-mêmes. La clé du succès est de trouver une cause commune, trouver ses amis naturels, trouver ses ennemis naturels et, si possible, les façons dont on peut les neutraliser."

Inutile d'ajouter grand'chose à ce magnifique modèle de cynisme industriel. En 2000, Philip Morris a dépensé 142 millions de dollars aux USA pour financer les "bonnes actions", une paille à côté des fortunes que l'entreprise dépense en marketing et promotion des ventes.

Michel Pettiaux, FARES

Sources: Global Partnership for Tobacco Control. Essential Action. Washington DC 20036 ■

Matériel

Les romans photos ont la cote

Il y a deux ans, le Secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale et le Comité français d'éducation pour la santé avaient publié "le grand roman-photo de l'été", intitulé *L'Amour en face*. Ce support assez inhabituel dans le secteur de la promotion de la santé servait en réalité à la diffusion d'informations sur la prévention du sida auprès du grand public et surtout des jeunes.

En Belgique, une nouvelle brochure reprend ce support, cette fois sur le thème de la contraception. Il s'agit de *Lisa est amoureuse*, publiée par la firme pharmaceutique Or-

ganon. Elle s'adresse essentiellement aux adolescentes (et adolescents); elle se veut un outil éducatif pour les médecins, les centres de planning familial, mais aussi un moyen d'information entre les parents et leurs filles.

"*L'Amour en face*" est disponible auprès du Comité française pour la santé, rue Auguste Comte 2, BP51, F-92174 Vanves cedex.

"*Lisa est amoureuse*" est disponible au prix de 3 € (121 francs), auprès de Organon S.A., chaussée de La Hulpe 166, 1170 Bruxelles, www.organon.com. ■



Médicaments génériques: ça bouge enfin

Depuis l'introduction d'un système de remboursement de référence¹, la donne a manifestement changé. Dans de nombreux cas, la différence de prix entre la spécialité d'origine et le générique est devenue très importante. C'est à un point tel que certains fabricants ont baissé de manière significative le prix de vente de leurs produits pour ne pas perdre trop de parts de marché.

De quoi inciter les producteurs de génériques, qui ont encore de la marge, à baisser à leur tour leurs prix...

Plus que jamais, les mutualités entendent informer leurs affiliés en cette matière. Elles ont mis à jour leurs publications, et disposent avec l'internet d'un instrument souple pour suivre plus rapidement l'évolution du marché qu'avec des informations 'papier'.

Les outils

Guide pratique *Prix de référence*, UNMS, Département Communication, rue St-Jean 32-38, 1000 Bruxelles.

Site: www.mutsoc.be. Possibilité de télécharger le document.

Brochure *Médicaments de marque et leurs alternatives*: génériques et copies, UNML, SIES, rue St-Hubert 19, 1150 Bruxelles.

Site: www.mloz.be. Possibilité de faire une recherche sur base du nom de spécialité.

Brochure *Les médicaments génériques*, ANMC, Infor Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Site: www.mc.be. Possibilité de faire une recherche personnalisée (en fonction du statut de l'assuré, de la posologie et de la durée du traitement), et de télécharger le document.

Sans oublier le site du Centre belge d'information pharmacothérapeutique: www.cbip.be. Possibilité de faire une recherche d'après le nom de spécialité. Mis à jour en octobre 2001.

Une initiative peu appréciée par l'industrie pharmaceutique

La Mutualité socialiste a adressé en juin dernier un courrier à ses affiliés bénéficiaires

d'une autorisation du médecin-conseil pour le remboursement de certains médicaments. Dans ce courrier, le nom du médicament prescrit était indiqué, ainsi que la liste des alternatives moins chères, avec cette question: Pourquoi ne pas en parler à votre médecin traitant?

L'Association générale de l'industrie du médicament a réagi en mettant en demeure la Mutualité socialiste de cesser cette information ciblée, puis en l'assignant en référé devant le Tribunal de première instance de Bruxelles.

Bonjour l'ambiance... ■

¹ Depuis le 1er juin, la base de remboursement d'une spécialité originale pour laquelle existe une alternative moins onéreuse (médicament générique ou copie) a diminué de 16%. Cela signifie que de nombreux médicaments reviennent plus cher au patient, sauf si le médecin prescrit l'alternative, ou si le prix de la spécialité originale diminue.

Le Réseau bruxellois des centres de documentation en santé

De nombreux centres de documentation dans le domaine de la santé et de la promotion de la santé existent en région bruxelloise.

Devant le volume sans cesse croissant du nombre de publications et le coût de plus en plus élevé du traitement de l'information, certains centres de documentation ont souhaité, à l'initiative du Centre local de promotion de la santé de Bruxelles, créer un réseau.

Son fonctionnement repose sur le partenariat et une étroite collaboration entre ses membres.

A ce jour 20 centres de documentation y adhèrent, certains travaillent sur des thématiques précises (allergies, tabagisme, drogue, consommation, habitat, handicaps,...), d'autres couvrent l'ensemble de la promotion de la santé.

L'idée est d'associer l'ensemble des centres de documentation en santé de Bruxelles, d'instaurer un système de partage de l'information, d'échanger la documentation pour une meilleure prise en charge des demandes du public.

Un site Internet est désormais accessible: <http://www.rbdssante.be>

Vous y trouverez:

- une présentation générale du Réseau;
- la présentation des membres du Réseau avec leur adresse, leurs thématiques, leur mode de fonctionnement, les services qu'ils proposent, un lien vers leur propre site...
- un accès thématique;
- des liens vers d'autres sites santé grand public ou plus scientifiques;
- un agenda.

Le Réseau souhaite au public et aux travailleurs de terrain une bonne visite sur ce site qui favorisera l'accès à une documentation de qualité. ■