



SANTÉ, USAGES DE DROGUES ET RÉDUCTION DES RISQUES en p.2 à 7

Santé, usages de drogues et réduction des risques

Les premières Assises de la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues se sont tenues à Bruxelles les 4 et 5 décembre 2003. Depuis 15 ans, la réduction des risques a fait des avancées et ouvert des chemins pour une approche novatrice, différente, humaniste, des problèmes de santé en général et des problèmes liés à l'usage de drogues en particulier. Dans ce numéro, vous trouverez deux interventions générales des D^r Hariga et Trefois, ainsi que le texte de la *Charte de la réduction des risques liés à l'usage de drogues*, qui a été présenté lors des assises.

C'est pour faire face aux ravages du sida parmi les usagers de drogues que les premiers programmes de réduction des risques virent le jour il y a plus de 10 ans (programmes d'échange de seringues, opérations Boule-de-Neige, etc.). Au milieu des années '90, les stratégies de réduction des risques se sont peu à peu élargies à d'autres champs d'action (travail en milieu festif...), à d'autres risques (hépatites, overdose, "bad trip", risques sexuels, etc.) et à d'autres types d'interventions (testing, gestion de "bad trip"...).

Si la réduction des risques est à l'heure actuelle considérée comme un des pans majeurs de la politique de santé en matière d'usage de drogues, elle n'en reste pas moins à la merci des incertitudes, notamment politiques : aujourd'hui elle est encore trop peu présente en prison, absente dans le champ sportif, et manque de moyens face à des maladies aussi graves que les hépatites. De plus, le concept, revendiqué par tous, de "réduction des risques" ne fait pas l'unanimité dans sa définition. Le foisonnement des pratiques professionnelles a fait passer le concept de la sphère strictement sanitaire à des domaines aujourd'hui beaucoup plus larges incluant notamment le champ social, au risque d'être récupéré par le sécuritaire.

Ces Assises, organisées par l'asbl Modus Vivendi en collaboration avec l'asbl Question Santé, ont rassemblé près de 200 professionnels de terrain, des usagers de drogues, des acteurs non-spécialisés, des hommes et des femmes engagés dans un combat de santé publique, et ont mis en perspective les actions et les avancées en matière de réduction des risques liés à l'usage de drogues dans notre pays.

Réduction des risques, une pratique quotidienne des professionnels de santé

Les professionnels de santé sont familiarisés avec le concept de « réduction des risques » (RDR). Quand un médecin soigne un patient diabétique, non encore insulino-dépendant, il s'efforce d'équilibrer sa glycémie. Il sait qu'à long terme, le patient risque des complications (comme une cécité, une artériopathie, etc.). Le champ de la prévention primaire, celle qui veut empêcher l'apparition de la maladie, est dépassé. Le diabète est là, ne mettant pas encore en danger la vie de la personne ; le médecin souhaite en limiter les conséquences dommageables, en tentant d'agir sur les comportements du patient pour réduire les risques que celui-ci court. Il met en place des stratégies de « réduction des risques ».

Quand nos enfants font du roller, nous savons que cette pratique entraîne inévitablement des chutes, parfois graves. Bien sûr, une option de prévention extrême serait d'interdire le roller à nos enfants. Mais nous devons tenir compte de l'intérêt de l'enfant, et savoir qu'une interdiction le priverait d'une activité développant ses capacités psychomotrices, sa confiance en lui et en son corps. Nous le priverions aussi d'un plaisir et d'une activité favorable à sa socialisation et à son intégration parmi ses pairs.

Nous procédons donc à une évaluation des avantages et inconvénients ; dans le cas considéré, nous pouvons conclure que le risque d'accident est compensé par le rôle éducatif et social de l'activité. En outre, nous pouvons minimiser le risque (RDR) en imposant à l'enfant d'utiliser des protections adéquates (casque, genouillères, etc.). Par cet exemple, nous identifions des dimensions importantes : notre analyse ne doit pas s'arrêter à l'activité présentant un risque ; une évaluation du rôle de cette activité dans l'équilibre global de l'individu est nécessaire ; une prise de mesures visant à réduire les risques est souvent possible pour atténuer le danger.

Prenons un dernier exemple : nous savons que les accidents de la route font annuellement plus de 2000 morts en Belgique. Si nous voulions faire de la prévention primaire, la mesure la plus efficace serait d'interdire les déplacements sur route. Nous

pourrions envisager de manière plus ciblée d'interdire l'usage de la voiture. Ces mesures ne sont pas près d'être acceptées par notre société du fait de leur coût culturel (la voiture étant un objet dont les représentations sont prégnantes) et économique. Nous ne sommes apparemment pas non plus prêts pour des mesures de limitation de la puissance des voitures.

Que nous propose donc la société ? Une politique de réduction des risques basée sur la sécurité passive des voitures, sur l'obtention d'un permis de conduire, sur le port de la ceinture de sécurité, etc. On teste aussi le produit « voiture » au cours de « crash tests » pour savoir s'il n'est pas trop dangereux, puis on informe les consommateurs des résultats.

Nous constatons qu'en matière de sécurité routière, on ne tente pas d'éradiquer le risque, on accepte le fait que l'accident puisse survenir et on tente d'en limiter les dommages. On pourrait encore prendre bien des exemples, comme notamment la prévention des accidents de travail. Il ne vient à personne l'idée d'éradiquer les accidents de travail en supprimant le travail ; on renforce plutôt, de diverses manières, la sécurité sur le lieu de travail.

En conclusion, on peut affirmer que les stratégies de réduction des risques sont très répandues dans notre environnement.

Les professionnels de santé ont évidemment toujours le souci de faire de la prévention primaire, c'est-à-dire d'empêcher la survenue de la maladie, du comportement dommageable. Mais quand la maladie est là, quand le comportement à risque est acquis, ils ne veulent pas pour autant baisser les bras. Ils se fixent un but complémentaire : limiter les dommages liés à la maladie ou au comportement à risque.

Les stratégies de réduction des risques partent du constat évident que l'éradication de la plupart des maladies et des comportements à risque est illusoire. Elles admettent la réalité que chaque individu est mû aussi par des motivations déraisonnables et par la recherche du plaisir.

L'objectif de santé de la réduction des risques est de rendre le plus improbable possible la survenue d'accidents. La réduction des risques est également basée sur la solidarité : entre malades et non malades,

entre conducteurs et non conducteurs de voitures, entre consommateurs et non consommateurs de drogues.

Elle peut aussi se revendiquer de valeurs comme l'autonomie des individus, le respect de leur liberté, la responsabilisation. Bien sûr, chacun véhicule ses idées : des avis dissimilaires sont légitimes lorsqu'on parle des valeurs. Mais la réduction des risques ne doit pas s'encombrer de préjugés moraux : le professionnel de santé ne peut se laisser envahir par ses jugements sur les comportements des personnes vis-à-vis desquelles il doit intervenir. Le professionnel de santé doit toujours avoir pour référence sa mission première, sa responsabilité professionnelle et collective ; veiller à la santé des personnes dont il a à s'occuper.

D^r Patrick Trefois, Question Santé

Une pratique de santé publique et de promotion de la santé

La réduction des risques, comme le montre le D^r Patrick Trefois, n'est pas une pratique inhabituelle en promotion de la santé ni en santé publique.

La réduction des risques liés à l'usage de drogues, est une pratique qui s'adresse spécifiquement aux consommateurs de drogues. Elle vise à éviter que des personnes, parce qu'elles consomment des produits qu'elles connaissent mal ou qu'elles consomment de manière inappropriée, ne détériorent leur santé. La réduction des risques va à la rencontre de l'usager de drogues, là où il se trouve dans son parcours de consommation, sans jugement sur son comportement de consommation. Elle vise aussi à dé-stigmatiser l'usager de drogues, à changer le regard porté sur lui.

La réduction des risques : une stratégie de santé

Il s'agit d'une démarche de promotion de la santé individuelle, basée sur la responsabilisation de la personne. Elle vise à donner au consommateur de drogues, licite ou illicite, l'information nécessaire et les moyens nécessaires pour réduire les risques.

Il s'agit d'une démarche de santé publique, dans la mesure où elle vise à éviter la propagation de maladies telles le sida ou les hépatites, ou encore qu'un problème de santé ne frappe un groupe important de la population : par exemple les overdoses.

La réduction des risques ne se limite pas à la prévention du sida. La consommation de drogues comporte d'autres risques réductibles : overdoses, risques liés aux relations

sexuelles non désirées ou non protégées, « bad trip », sécurité routière, déshydratation par exemple. Et la réduction des risques, c'est aussi la prescription de traitements de substitution, voire d'héroïne dans certains cas.

La réduction des risques s'adresse à tous les consommateurs de drogues. Que sa consommation soit occasionnelle, festive, ou qu'il soit dépendant, tout consommateur est concerné par la réduction des risques.

La réduction des risques : une démarche participative et de proximité

Elle considère l'usager de drogues comme un partenaire, acteur de sa santé et de celle des autres. Par exemple, à travers les opérations de prévention par les pairs, les opérations boule-de-neige, ce sont les usagers de drogues eux-mêmes qui informent leurs pairs.

Intervenants et usagers de drogues formés, les « jobistes » se rendent sur les lieux-mêmes de vie des consommateurs : en milieu festif, en prison, en rue.

Deux exemples pratiques

Dans l'échange de seringues on va donner une information aux usagers sur les risques infectieux liés aux injections : sida, hépatites, abcès, endocardites, etc. On va aussi distribuer des seringues stériles, et l'ensemble du matériel d'injection (cupules, tampons désinfectants, filtres, eau pour injection), dans des comptoirs d'échange, en rue, ou auprès de pharmaciens. On va enfin organiser le relais des usagers qui le demandent vers des centres de dépistage ou de soins, ou vers des centres spécialisés en toxicomanie.

Second exemple : quand l'équipe mobile de Modus Vivendi intervient en milieu festif, elle donne une information sur les produits, sur les mélanges, sur les risques sexuels, etc. en distribuant des brochures, en tenant un stand d'information où les consommateurs peuvent trouver des réponses à leurs questions. Elle fournit également du matériel de réduction des risques : préservatifs, kits de sniff, voire des seringues. Elle accompagne les personnes en « bad trip ».

La réduction des risques, tolérée plutôt qu'acceptée

Cependant, en dépit de sa pertinence en terme de santé et en dépit d'une certaine reconnaissance, la place de la réduction des risques n'est guère confortée, que ce soit sur le plan légal ou sur le plan des moyens.

En janvier 2001, dans sa « Note politique

fédérale relative à la problématique de la drogue », le Gouvernement reconnaît pour la première fois la réduction des risques comme une stratégie, au même titre que la prévention, le traitement et la réhabilitation.

Cependant seules certaines de ses actions, celles visant spécifiquement la prévention du sida, ont été réglementées, et ce, de nombreuses années après leur mise en place. C'est ainsi qu'un arrêté royal donnant un cadre légal à l'échange de seringues ne paraît que 6 ans après l'ouverture du premier comptoir d'échange !

Mais, réglementées ou non, les actions de réduction des risques subissent fréquemment les ingérences du monde judiciaire. Les initiatives de réduction des risques se développent dans un environnement très inconfortable, qui les fragilise, et ce, au détriment de la santé de la population visée par ces actions.

Ainsi depuis 2002, on a assisté à la remise en question de la pertinence d'une brochure de réduction des risques sur l'usage de la cocaïne, à l'interdiction de tenir un stand d'information avec brochures dans une soirée à Ciney, à l'impossibilité de réaliser des interventions de réduction des risques avec testing de pilules, et dans la plupart des villes où l'échange de seringues se pratiquait parfois de longue date, à une remise en question des principes fondamentaux qui soutiennent ces actions.

D'autre part, les besoins en termes de réduction des risques sont élevés, et les ressources actuelles ne permettent certainement pas de tous les couvrir. Timidement, elle fait ses premiers pas en prison, elle est absente en milieu sportif, elle ne permet pas l'accès au vaccin contre l'hépatite B, elle manque de moyens pour prévenir efficacement les hépatites C, ou pour toucher le plus largement possible les consommateurs de drogues dites « festives ».

Et pour terminer puisque la question du caractère potentiellement incitatif brûle les lèvres de toutes les personnes qui doutent de la réduction des risques liés à l'usage de drogues, en réponse je ferai moi aussi une analogie avec les problèmes de sécurité routière. Posez-vous simplement la question suivante : circulez-vous plus rapidement en voiture parce qu'on vous oblige à porter une ceinture de sécurité ?

D^r Fabienne Hariga, directrice de l'asbl Modus Vivendi

Rectification

L'adresse exacte du Centre de prévention du suicide (Brève 186, p.19) est Place du Châtelain 46, 1050 Bruxelles.

L'usage de drogues en Communauté française

Résumé épidémiologique 1999-2000

Les données présentées ici constituent une sorte de puzzle. Chaque pièce contribue à donner une image de la situation en matière de drogues en Communauté française et certaines pièces du puzzle sont manquantes. L'image constituée n'est donc pas exacte. Nous pensons néanmoins, à la lecture de ces données, pouvoir dégager certaines tendances, sans trop nous tromper.

De manière globale, les trois produits les plus consommés actuellement sont le cannabis, l'ecstasy et la cocaïne. Nous analysons ci-dessous les tendances qui semblent se dessiner de manière plus particulière.

Les produits

Le cannabis

La consommation de cannabis a progressé au niveau de la population générale et au sein de la population scolarisée, pour atteindre un niveau de banalisation en fin des années 1990. Cette consommation a doublé entre 1996 et 2000 parmi les personnes participant à l'enquête C.A.T.I. Plus d'un tiers (38 % - 42 %) des personnes âgées de 18 ans ont déjà au moins expérimenté le cannabis. Cette consommation n'est pas limitée à un public marginal. Il n'existe pas à l'heure actuelle de données concernant les populations plus marginales. Dans la population générale adulte on constate en effet que plus le niveau d'éducation est élevé plus les personnes sont susceptibles d'avoir consommé du cannabis. Enfin, dans la population adulte, ce sont les plus jeunes (20-29 ans) qui ont le plus souvent consommé du cannabis.

En prison, le cannabis est la substance illégale la plus consommée, et rapportée dans les mêmes proportions (38 %) pour les personnes détenues.

En parallèle à cette tendance d'augmentation de la consommation de cannabis, on a pu voir apparaître dans les centres de traitement une augmentation relative des demandes d'aide spécifiques, qui sont passées de 3 % en 1993 à 13 % des demandes en 2000. Ces demandes émanent principalement de personnes jeunes, âgées entre 15 et 25 ans.

Le cannabis est le premier produit par ordre de fréquence, dans les demandes reçues à la ligne téléphonique d'Infor-Drogues.

Les amphétamines et l'ecstasy

La consommation de produits stimulants,

de type amphétamines et ecstasy, constitue le deuxième usage, en termes de prévalence, rapporté par les 17-18 ans en milieu scolaire. Environ un dixième de ces derniers ont déjà expérimenté au moins une fois ces produits. On a pu voir également qu'il s'agit de produits consommés par un grand nombre (25 % - 30 %) des jeunes rencontrés en milieu festif. Cette consommation est également sortie du cadre festif.

L'ecstasy est le deuxième produit par ordre de fréquence, dans les demandes reçues à la ligne téléphonique d'Infor-Drogues.

Cette consommation relativement importante ne s'est pas traduite par une augmentation des demandes de traitement enregistrées dans notre système. Ceci est peut-être lié aux caractéristiques des centres qui participent au système. En effet, les jeunes usagers de stimulants ne se reconnaissant pas sous l'étiquette de "toxicomane" n'ont pas tendance à adresser leurs demandes vers le secteur spécialisé, au contraire. Par ailleurs, pour une grande majorité, cette consommation ne pose pas de problème, ou n'est pas perçue comme pouvant en poser.

Dans les populations d'usagers de drogues rencontrés via les opérations boule-de-neige, environ un cinquième des consommateurs d'amphétamines déclare les consommer en injection.

Les champignons hallucinogènes et le LSD

Parmi les substances hallucinogènes, y compris l'ecstasy, on a pu voir que les champignons hallucinogènes sont relativement populaires parmi les jeunes. Que ce soit en milieu scolaire (9 % des 17-18 ans) ou en milieu festif (env. 30 %), cette consommation est relativement importante. Le LSD est moins populaire.

Si cette consommation n'a pas ou peu d'incidence sur les demandes de traitement, elle peut expliquer nombre de "bad trips" observés en milieu festif.

La cocaïne

La cocaïne est un produit assez fréquemment utilisé. Dans une enquête de population générale elle constituait le deuxième produit utilisé ou essayé (8 %) après le cannabis. En milieu scolaire 3 % des élèves de 17-18 ans ont déjà essayé la cocaïne.

La cocaïne est le troisième produit par ordre de fréquence, dans les demandes reçues à la

ligne téléphonique d'Infor-Drogues.

Il semble y avoir une augmentation de consommation de cocaïne dans la fin des années 1990. Cette consommation a toujours un caractère festif (en témoignent les fortes prévalences parmi les personnes rencontrées en milieu festif : 15-30 %), mais est également fréquente dans d'autres cadres principalement parmi les usagers de drogues des opérations boule-de-neige et consommateurs en injection. La chute importante de prix (et de qualité) peut expliquer ce phénomène.

Parmi les usagers de drogues rencontrés à travers les opérations boule-de-neige, on observe, entre 1996 et 1999 une augmentation de 54 % à 69 % de la consommation de cocaïne. Cette augmentation va de pair avec une consommation plus fréquente par voie intraveineuse.

Cette consommation a des répercussions sur les demandes de traitement : on observe que les demandes liées à des problèmes de consommation de cocaïne sont passées de 2 à 5 % entre 1993 et 2000. Cette augmentation est surtout visible dans le secteur résidentiel. Cette augmentation est la plus importante en province de Liège.

Les benzodiazépines et médicaments psychotropes

La consommation de médicaments calmants et hypnotiques est rapportée de manière relativement importante dans la population scolaire, où en 1998, 5 % des élèves de 17-18 ans rapportaient en avoir consommé.

Dans la population en milieu festif, des taux de consommation de benzodiazépines qui varient entre 5 et 9 % sont rapportés.

Environ la moitié des consommateurs de drogues plus marginalisés, dont les consommateurs en injection, rencontrés à travers les opérations boule-de-neige rapportent consommer des benzodiazépines.

En prison, l'usage de benzodiazépines est rapporté par 13 % des personnes détenues. Il s'agit du deuxième produit par ordre de fréquence, juste après le cannabis.

L'usage de tranquillisants, plus particulièrement de benzodiazépines, est bien ancré parmi les différents sous-groupes de population. La forte consommation de ces molécules dans la population générale et de manière légale, alliée aux manques de connaissances et de sensibilisation sur les

risques spécifiques concourent probablement à cet usage.

L'héroïne

En milieu scolaire, ce sont 1-2 % des élèves les plus âgés qui ont déjà consommé de l'héroïne.

En milieu festif, 8 à 10 % des personnes rencontrées sont consommatrices d'héroïne.

Parmi les personnes détenues, 12 % consomment de l'héroïne en prison. Il s'agit du troisième produit par ordre d'importance.

Parmi les usagers de drogues rencontrés à travers les opérations boule-de-neige, environ 70 % déclarent consommer de l'héroïne.

Le poids relatif des demandes de traitement pour consommation d'héroïne est en diminution dans les enregistrements des demandes de traitement. Il reste cependant le produit invoqué le plus souvent. En 2001, elle était responsable d'environ la moitié de l'ensemble des demandes.

L'alcool

L'alcool est le produit rapporté par le plus grand nombre de personnes rencontrées en milieu festif, mais à des niveaux souvent comparables à ceux rapportés pour le cannabis.

La consommation d'alcool est responsable d'environ un quart des demandes de traitement enregistrées dans le système.

Les modes d'usage et les risques

La consommation d'héroïne par voie intraveineuse est en diminution. Ce mode d'usage est passé entre 1993 et 2000 de 96 % à 19 % des premières demandes de traitement pour consommation d'opiacés.

L'augmentation de la consommation de cocaïne observée s'accompagne d'une augmentation de cette consommation en injection d'une part et fumée (crack) d'autre part. D'après certaines données, le mode en injection est passé entre 1993 et 2000 de 24 % à 51 %. **L'injection de cocaïne, et son augmentation, mérite une attention toute particulière.** En effet, la consommation en injection est généralement de type compulsif et implique 10 à 20 injections par jour pendant plusieurs jours consécutifs. En outre, comme on l'a vu plus haut, la chute des prix s'est certainement accompagnée d'une chute de qualité et donc de la présence de produits de coupe peut-être toxiques.

L'emprunt de seringues lors des injections est en légère diminution et se situe aux environs de 35 %. Le partage des autres composants du matériel d'injection, probablement vecteur des hépatites, lui aussi en légère diminution, est rapporté par plus de la moitié des personnes rencontrées (53 %) à travers les opérations boule-de-neige.

La **poly-consommation et les mélanges de produits** sont des pratiques courantes et en expansion dans différents groupes d'usagers de drogues, principalement parmi les usagers de drogues dites récréatives et parmi les usagers de drogues dites dures.

Les infections au VIH et hépatites B et C

D'après les données recueillies à travers les opérations boule-de-neige, le taux de dépistage du sida est passé de 64 % à 80 % entre 1996 et 2000.

Les injecteurs récents (2 ans ou moins) rapportent une plus faible sensibilisation aux dépistages du sida et des hépatites, avec des taux de dépistage de 50 % pour le VIH et de 30 % pour les hépatites.

Concernant les données sur les taux de dépistage du VIH et hépatites, il existe une forte discordance entre celles en provenance du TDI (Treatment Demand Indicator, indicateur de demande de traitement) et celles recueillies dans les opérations boule-de-neige. Le taux de réponse manquante dans le TDI est très élevé et reflète la difficulté qu'ont certains thérapeutes à aborder ces questions lors de leurs entretiens même avec un consommateur par voie intraveineuse.

La prévalence de l'infection au VIH parmi les UDI (usager de drogues par voie intraveineuse) est en diminution (6 % en 1993 - 3 % en 2000), d'après les données TDI. Elle est deux fois plus élevée (7 %) parmi les UDI consommateurs de produits autre qu'opiacés, donc cocaïne essentiellement. Les données boule-de-neige, donnent une prévalence de 5 %.

La prévalence de l'infection au virus de l'hépatite B est elle aussi en diminution et passée de 24 % à 16 % entre 1993 et 2000.

La **prévalence des hépatites C est en croissance**, et a augmenté de 46 % en 1993 à 54 % en 2000. Parmi les consommateurs de cocaïne en injection, cette prévalence est de 63 %. La plus forte prévalence et augmentation de prévalence sont observées dans la province du Hainaut où elles atteignent 80 % des UDI en traitement et enregistrés dans le système.

La co-infection aux virus des hépatites B et C, concerne 12 % des UDI.

Les consommations au sein de groupes spécifiques de personnes

Parmi les consommateurs rencontrés en milieu festif

Les produits de prédilection sont le cannabis, les champignons hallucinogènes, l'ecstasy, les amphétamines et la cocaïne.

Cependant il s'agit d'une population de **poly-consommateurs** et cette tendance augmente. En 1996, la moitié des personnes rencontrées ne mentionnaient qu'un seul produit, le cannabis pour la plupart ; en 2000, ils ne sont plus que 30 %.

Parmi les usagers de drogues rencontrés en rue

Chez les usagers de drogues rencontrés à travers les opérations boule-de-neige, la poly-consommation est également de règle. Environ la moitié des contacts sont des consommateurs par voie intraveineuse. La consommation de méthadone " illégale " est relativement importante (25-30 %) et sa consommation en injection semble augmenter.

L'injection de méthadone de rue se fait avec une forme non-injectable. Cette pratique est donc responsable de nombreuses lésions de la peau et des tissus sous-cutanés.

Parmi les personnes détenues

Environ 40 % des personnes en traitement enregistrées dans le système ont une affaire judiciaire en cours.

L'usage de drogues en prison est répandu. Au moins 40 % des personnes détenues y consomment une drogue illégale. Pour la moitié d'entre elles, cette consommation comprend d'autres produits que le cannabis. Cet usage augmente avec le nombre d'incarcérations.

Et la prison constitue un lieu d'initiation aux drogues " illicites " pour un quart des personnes détenues. Dans de très rares cas, c'est en prison que se fera la première injection.

Les produits les plus consommés sont le cannabis, les benzodiazépines, l'héroïne, la cocaïne, la méthadone. Ces consommations sont particulièrement à hauts risques étant donné que pour un certain nombre il s'agit du premier contact notamment avec les opiacés.

La mortalité par suicides et overdoses en prison est 20 fois plus élevée que dans la Communauté.

L'injection en prison est moins fréquente qu'en dehors. Environ 2 % des personnes détenues déclarent s'être injecté des drogues en prison, alors qu'elles étaient 10 à 20 % à s'injecter des drogues le mois précédant l'incarcération.

Au niveau répressif

Le cannabis reste la substance la plus souvent en cause lors des arrestations liées à la drogue.

Les interpellations de mineurs pour usage de cannabis sont en augmentation depuis 1999. Ce constat est peut-être le reflet de la mau-

vaise compréhension de la circulaire Declerck par les jeunes (" le cannabis n'est plus illégal ") et avec pour conséquences soit une plus grande visibilité de cette consommation soit une augmentation de la consommation. Il peut également être le reflet d'une intensification des activités de répression visant les mineurs. La majorité des infractions liées à la drogue concerne les faits de détention et de consommation.

La mortalité liée à l'usage des drogues

La majorité des décès liés à l'usage des drogues sont dus à une consommation en injection.

L'offre de services destinés au public des usagers de drogues

La répartition géographique de l'offre, que ce soit en termes de prévention, de traitement et de réduction des risques est très inégale en Communauté française. De manière plus particulière, la province du Luxembourg se caractérise par la pauvreté de l'offre de services.

En terme de prévention, la majorité des projets développés actuellement s'inscrivent dans un objectif de promotion de la santé.

Les services accueillant de manière spécifique mères et enfants sont peu nombreux.

L'accessibilité au matériel d'injection est

inégalement répartie. Les régions de Mons, Tournai, et les provinces de Namur et du Luxembourg ne disposent d'aucun projet visant cette pratique.

Les actions de réduction des risques dans des milieux particulièrement à risques, tels que prisons ou milieu festif sont en développement.

Source : Eurotox asbl - Unité permanente d'Observatoire Alcool-Drogues Communauté française de Belgique.

Adresse : Eurotox, av. E. De Béco 67, 1050 Bruxelles.

Tél.: 02-639 47 08. Fax : 02-644 21 81.

Courriel : eurotox@skynet.be

Charte de la réduction des risques

Préambule

Cette charte a pour objectif de constituer le socle conceptuel de toute démarche pouvant se réclamer de la réduction des risques liés à l'usage de drogues en Communauté française de Belgique. A ce titre, les signataires de la présente s'engagent à en respecter l'esprit et les termes dans leurs interventions relatives à l'usage de drogues. Cette charte a été élaborée sur l'initiative de Modus Vivendi asbl, dont l'objet social est la prévention du sida et la réduction des autres risques liés à l'usage de drogues en Communauté française. Elle a fait l'objet d'une concertation avec l'ensemble des acteurs du secteur socio-sanitaire concernés par la problématique.

Définition

La réduction des risques est une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de « drogues ». La réduction des risques concerne tous les usages, qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. La réduction des risques peut également s'adresser aux personnes qui s'apprêtent à consommer une drogue pour la première fois. Les risques principalement associés aux drogues sont les risques de dépendance, de lésions somatiques et les risques psychosociaux. Ils peuvent avoir pour conséquences une morbidité, une mortalité et une exclusion sociale que les stratégies de

réduction des risques se proposent de réduire.

Cette approche s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé physique, mentale et sociale. La réduction des risques se distingue de la prévention de l'usage et des traitements, dont elle se veut complémentaire. En effet si les traitements ont pour objectif un changement d'ordre sanitaire et / ou psychosocial, si la prévention a pour objectif de diminuer l'incidence de l'usage de drogues dans la population, la réduction des risques, quant à elle, a pour objet de réduire les risques et de prévenir les dommages que l'usage de drogues peut occasionner chez les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir d'en consommer.

Enjeux de la réduction des risques

Les épidémies du sida et des hépatites ont démontré qu'il était urgent d'aborder l'usage de drogues en termes de santé. En conséquence, la réduction des risques se propose de promouvoir la santé, le bien-être, la dignité et la citoyenneté des usagers de drogues. Cette approche socio-sanitaire de l'usage de drogues est parfois en tension avec d'autres enjeux, notamment sécuritaires.

Les constats

Une société sans drogues n'existe pas

On ne connaît pas d'exemple d'une seule société humaine qui n'ait pas eu recours à une drogue ou à un psychotrope quelconque. Il y a et il y aura toujours des personnes qui expérimentent, usent, voire abusent de drogues. Néanmoins l'usage abusif de masse semble être typique du monde contemporain, ce qui soulève des questions légitimes de santé publique. Ce constat, sans écarter le

débat sur la causalité de l'usage et de l'abus de drogues, doit inspirer des stratégies de réduction de risques conçues dans une logique de santé publique.

Le risque zéro n'existe pas

Toutes les activités humaines comportent des risques qu'il est possible de réduire mais non de supprimer. La prise de risque fait partie intégrante de l'existence. Une vie sans risques est impossible. Personne ne peut s'y soustraire, ni l'usager de drogues, ni les intervenants.

La notion de risque est relative

Même s'ils adoptent certains comportements à risque (consommer une drogue, se l'injecter au risque de contracter une infection virale, s'exposer à une overdose...), les usagers de drogues ne sont pas prêts à tout risquer. La plupart des usagers de drogues témoignent d'un intérêt pour les modes de consommation à moindre risque.

La prohibition des drogues maximalise les risques

La prohibition contraint l'usager de drogues à la clandestinité, créant ainsi les conditions d'une consommation risquée. Il faut donc prendre acte du fait que la prohibition maximalise les risques liés à l'usage de drogues. Un accès légalisé et contrôlé aux drogues contribuerait à réduire les risques.

Une information objective n'est pas incitatrice

Une information claire, crédible, objective et accessible sur les risques associés à l'usage de drogues n'a pas pour effet une incitation à l'usage de drogues, quand elle

1 « Drogue » : Dans ce document, le terme « drogue » doit être entendu comme toute substance psychoactive, licite ou illicite, pouvant provoquer des dommages pour la santé mentale, physique et sociale, susceptible d'un usage abusif et pouvant ou non faire l'objet d'une dépendance.

s'adresse à des personnes en situation de consommation. Il en va de même pour la mise à disposition de moyens de consommer des drogues à moindres risques.

Les valeurs

Reconnaître l'usager de drogues comme une personne à part entière

La réduction des risques reconnaît l'usager de drogues avant tout comme une personne, avec sa dignité, son humanité. L'usage de drogues et la prise de risques associée peuvent avoir un sens pour la personne, même si ce sens lui échappe.

Ne pas juger la consommation de drogues

En tant que professionnels de l'aide sociale et de la santé, nous respectons l'usager de drogues dans ses choix et décisions en ce qui concerne la consommation de drogues. Il ne nous appartient pas de poser un jugement moral sur la consommation des personnes.

Reconnaître des finalités propres à la réduction des risques

Les objectifs de la réduction des risques liés à l'usage des drogues, et en particulier la prévention du sida et des hépatites, ne doivent être confondus avec la prévention de l'usage de drogues. La prévention, le traitement et la réduction des risques concourent ensemble à la promotion de la santé de la population en général et des usagers de drogues en particulier. Pragmatique, la réduction des risques intervient auprès des usagers de drogues, à tous les stades de leur consommation, de ses pratiques et de son insertion sociale. Les objectifs de la réduction des risques ne sont pas subordonnés à ceux de l'abstinence, du traitement ou de la répression de la criminalité.

Affirmer le droit de l'usager de drogues à la participation sociale

En dépit du statut illégal de certains de ses comportements, comme tout individu, l'usager de drogues a droit à la participation sociale, à la santé, à l'éducation, au travail, au respect. Pour autant que les moyens leur en soient donnés, la plupart des usagers de drogues sont capables d'agir de manière responsable vis-à-vis d'eux-mêmes et d'autrui, peuvent être acteurs de la société et de la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Il n'y aurait, par exemple, pas d'échange de seringues sans la participation responsable des usagers de drogues.

Principes d'intervention

Ne pas banaliser l'usage de drogues

Les interventions de réduction des risques ne visent ni à encourager ni à décourager

l'usage de drogues. La réduction des risques se préoccupe de ne pas banaliser le recours aux drogues.

Donner aux usagers de drogues les moyens de réduire les risques

La réduction des risques s'attache à rendre accessible l'information sur les risques et les manières de les réduire et, au-delà, à procurer des outils pratiques tels que matériel stérile d'injection, préservatifs, analyse scientifique de substances, traitements de substitution etc.

Encourager les prises de responsabilité des usagers de drogues

Les interventions de réduction des risques visent à permettre aux usagers de drogues de s'approprier les moyens et outils de réduire les risques pour eux-mêmes, leur entourage et la société. Elles soutiennent la création et le développement d'associations d'auto-support.

Aller à la rencontre de l'usager de drogues dans son milieu de vie

La rencontre des usagers de drogues est activement recherchée par les intervenants de réduction des risques. Ils privilégient l'approche « de proximité » c'est à dire l'intervention dans les lieux de vie mêmes des usagers de drogues, en rue, en prison, au travail, en milieu festif, etc.

Faire participer les usagers de drogues

Les interventions de réduction des risques se développent sur base de l'articulation entre le savoir scientifique, les connaissances tirées de l'expérience des usagers de drogues et leurs préoccupations. Ainsi, nous considérons comme essentiel le partenariat avec des usagers de drogues à tous les stades des interventions, depuis leur élaboration jusqu'à leur évaluation.

Faire évoluer les représentations sociales sur les usagers de drogues

L'usager de drogues véhicule généralement une image négative, relayée, entretenue, amplifiée voire générée par certains médias et discours politiques : asocial, dangereux, hors-la-loi, malade, etc. Ces représentations sociales négatives entretiennent la stigmatisation et l'exclusion des usagers de drogues. Renforçant ainsi les pratiques clandestines de ces derniers, elles restreignent l'accessibilité aux dispositifs socio-sanitaires et donc contribuent à augmenter les risques. Au défi de ces représentations sociales dominantes, la réduction des risques fait valoir la dignité des usagers de drogues tant auprès de publics spécifiques, tels que le monde politique, le monde asso-



ciatif, les pharmaciens, les médecins, etc. qu'auprès du grand public.

Sensibiliser les professionnels de différents horizons aux interventions

Les interventions de réduction des risques visent à associer dans nos interventions toutes les personnes en contact ou susceptibles d'être en contact avec des usagers de drogues (pharmaciens, employés communaux, agents pénitentiaires, agents de protection de l'environnement, agents de police...).

Développer une réflexion et une évaluation constantes

La dimension expérimentale du champ de la réduction des risques et les questions éthiques qu'elle soulève, imposent une évaluation constante des interventions, des pratiques et des besoins ainsi qu'une recherche sur les objectifs et les méthodes.

Modus Vivendi, avenue de Béco 67, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 644 22 00. Fax : 02 644 21 81. Internet : www.modusvivendi-be.org Courriel : info@modusvivendi-be.org.

La place du médecin généraliste dans la prévention des accidents domestiques chez les jeunes enfants

Quelques points de repère

En Belgique, les accidents sont la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 15 ans (1). De ce point de vue, la situation est comparable avec celle des autres pays industrialisés. En 1997, pour l'ensemble de nos Régions et Communautés, le pourcentage de décès par accidents non liés au transport était de 26 % chez les enfants entre 1 et 4 ans, 19 % chez les enfants de 5 à 9 ans et de 10 % chez les enfants de 10 à 14 ans (2).

Les accidents mortels chez les bébés sont surtout dus aux suffocations (entre des barreaux, par une cordelette, par inhalation d'objet ou par enfouissement sous les couvertures). Chez les enfants de 1 à 4 ans, 1/3 des décès est dû aux noyades et le reste aux incendies, à l'inhalation d'objets, aux intoxications et aux chutes. Au-delà de 5 ans, les noyades comptent pour la moitié des décès, l'autre moitié concerne les chutes et les incendies (3).

Selon l'enquête nationale de santé 2001, 10 % des enfants de moins de 14 ans ont été victimes d'un accident dans les 12 mois qui précèdent l'interview (4).

En 1996, les 136 médecins vigies ont enregistré 3 039 cas d'accidents domestiques pour une population estimée à 141 086 habitants (5). Selon ces données, l'incidence annuelle des accidents domestiques nécessitant l'intervention du médecin généraliste a été estimée à 2,2 par an (2.194/100.000 habitants), c'est-à-dire 220.000 personnes pour l'ensemble de la Belgique, par an, dont 45.353 enfants de moins de 14 ans.

Chez les enfants, la nature des accidents était :

Chute	42
Coup, frappement, collision	21
Glissement et trébuchage	16
Pénétration corps étranger	12
Brûlure	3
Autres (intoxication au CO, autres intoxications, étouffement, noyade, électrocution)	6

Qu'en pensent les médecins généralistes ?

Une enquête menée en 2001 auprès des médecins généralistes et des pédiatres en Communauté française (6) a montré combien les praticiens de première ligne sont fortement impliqués dans la prise en charge des traumatismes. C'est surtout à cette occasion qu'ils donnent les conseils préventifs, question d'opportunité. En dehors de ces occasions, les médecins généralistes et les pédiatres n'ont pas l'habitude de faire des démarches proactives systématiques vis-à-vis des parents pour la prévention des accidents domestiques. Ils estiment manquer de temps, manquer de connaissance des techniques de prévention efficaces dans ce domaine et manquer d'outils qui leur permettent d'appuyer leurs conseils aux parents. Ceci dit, les médecins estiment quasi tous qu'ils ont un rôle à jouer dans la prévention des traumatismes. Ils font des propositions très concrètes de formation et d'information qui leur seraient destinées aussi bien qu'à leurs patients.

Comprendre la prévention des traumatismes (7)

Cadre

Au terme d'accident, on préfère celui de traumatisme ou de blessure. Ces termes mettent l'accent sur les atteintes corporelles ou psychologiques et ils englobent l'événement et ses conséquences. Au contraire du terme accident, le terme traumatisme permet une recherche non fataliste de solutions.

Pour mieux comprendre les possibilités de prévention d'un type de traumatisme, on utilise en général la matrice de Haddon. une application aux traumatismes du modèle épidémiologique des maladies transmissibles. Elle conçoit la relation agent-hôte en trois temps (pré-événement, événement et post-événement) et trois groupes de facteurs (l'hôte, le vecteur et/ou le véhicule et l'environnement physique et/ou socio-économique).

Evidence scientifique

La prévention des traumatismes fait l'objet de recherches, de publications et de recommandations basées sur des principes d'évidence scientifique. Ainsi, selon les recommandations du Guide canadien de médecine clinique préventive (8), les actions qui ont un niveau de preuve suffisant (recommandation A) pour pouvoir être menées de façon systématique en pratique quotidienne sont :

- la connaissance du numéro de téléphone du centre antipoison ;
- l'identification des sources de danger à la maison afin de prévenir les chutes et les brûlures ;
- le « counselling » au sujet des chutes et des brûlures à la maison ;
- la promotion de l'installation de matériel de protection à la maison : garde-corps aux fenêtres et barrières aux escaliers ;
- la suppression des trotteurs ;
- la promotion du détecteur de fumée, des vêtements de nuit ininflammables et des couvertures anti-feu (pour friteuses) ;
- les conseils aux parents de ne jamais laisser un enfant seul dans sa baignoire ;
- l'abaissement de la température de l'eau chaude sanitaire en dessous de 50° ;
- et quand l'enfant est plus grand, le conseil du port du casque à vélo.

Quelles préventions ?

La prévention des traumatismes peut se développer de manière passive et de manière active.

En prévention passive, on parlera de promotion des mesures de protection et renforcement de la législation et de protections. Par exemple, limitation de la température des chauffe-eau, port du casque obligatoire, pistes cyclables, barrières aux escaliers et aux fenêtres.

En prévention active, on parlera d'éducation individuelle et collective : changement de comportement, amélioration de la vigilance des parents, prise de conscience des risques.

Les stratégies actives et passives peuvent être combinées dans une approche qui ne se

Matrice de Haddon : exemples

Phases	Facteurs			
	Hôte (homme)	Vecteur (véhicule)	Envir. physique	Envir. Socio-écon.
Pré-événement	alcool	Phares défectueux	météo	Installation bricolée
Évènement	Maladie chronique	Surface anguleuse	Matériaux inflammables	Coût protections
Post-événement	Type de lésion		Rapidité SAMU	Accessibilité soins

fonde pas uniquement sur les relations linéaires de cause à effet, mais qui repose sur une approche systémique, impliquant différents niveaux de prévention et différents professionnels de santé ou du secteur social.

La prévention passive prend une place de plus en plus importante dans les programmes. En effet, les stratégies de prévention passive qui utilisent des mesures universelles de réduction des traumatismes se sont révélées plus efficaces pour réduire l'écart entre les groupes sociaux que les stratégies visant spécifiquement les groupes à risque (9).

Dans les programmes « Communauté sûre » en France, en Belgique et au Québec, des trousseaux contenant du matériel de sécurité domestique – de prévention passive – ont été déposés dans les familles. Là où ces trousseaux ont été déposés, il a été prouvé que le comportement sécuritaire des parents était renforcé de manière plus importante que là où on n'avait délivré que des conseils (prévention active).

Qu'en pensent les parents ?

Lors d'une enquête menée dans 14 pays européens, en 2001 (10), 95 % des parents européens signalent qu'ils prennent personnellement des mesures pour éviter les traumatismes accidentels chez leurs enfants. En matière de sécurité, la crainte majeure des parents est que leur enfant soit renversé par une voiture. Les parents signalent aussi leurs difficultés de surveiller les enfants en permanence.

Les parents ont une demande très forte pour que les produits destinés aux enfants soient conçus en tenant compte de la sécurité et que les produits qui peuvent prévenir les traumatismes chez les enfants soient bon marché pour que tout le monde puisse les acheter. Les trois quarts des parents sont d'accord pour dire que la plupart des accidents d'enfants peuvent être évités.

L'action du médecin généraliste

Une collaboration avec la SSMG a été mise en place en ce début 2003 pour mettre au point une démarche faisable par le généraliste lors de ses consultations et de ses visites à domicile. Le médecin généraliste bénéficie d'un crédit tout à fait particulier auprès de la majorité de la population et ses démarches proactives systématiques de prévention sont appréciées par les patients (11,12). Des démarches préventives ont été mises au point par la SSMG sur d'autres thèmes prioritaires et une pédagogie qui prend en compte les difficultés de la prévention est utilisée régulièrement en formation continue.

Objectifs

En attendant l'aboutissement de ce travail de concertation, certains éléments de la démarche peuvent être précisés.

Concernant les objectifs de la prévention des accidents domestiques, par exemple, l'ONE les définit pour les consultations médicales comme suit (13) :

- améliorer la connaissance des parents par rapport au développement psychomoteur de leur(s) enfant(s) et aux risques liés à chaque âge et à chaque stade de développement ;
- améliorer les connaissances des parents par rapport aux mesures préventives efficaces ;
- rendre accessibles aux parents les moyens utiles au renforcement de la sécurité de l'environnement de l'enfant ;
- favoriser chez les parents et les enfants l'acquisition des capacités nécessaires à la gestion des situations à risque.

Stratégie

Lors de ses consultations et surtout de ses visites, le médecin généraliste qui désire prévenir efficacement les accidents domestiques des jeunes enfants peut intervenir auprès des parents :

- en donnant des conseils ciblés en fonction de l'âge de (des) l'enfant(s) ;
- en faisant la promotion du matériel de prévention passive ;
- en identifiant les risques spécifiques dans la famille.

Le fait de cibler les messages en fonction de l'âge, du matériel essentiel de prévention passive et d'une liste de risques spécifiques à la famille permet d'agir rapidement et de manière progressivement intégrée à l'ensemble des visites et des consultations.

Donner des conseils systématiques, ciblés

Le médecin généraliste peut donner des conseils généraux, mais ciblés en fonction de l'âge de l'enfant, c'est-à-dire en fonction de son développement psychomoteur. Ces conseils en fonction de l'âge sont repris dans certaines brochures, comme celles de l'ONE ("Grandir en toute sécurité", quatre documents en fonction de l'âge de l'enfant disponible au 02 - 542 15 71). Les trois conseils essentiels sont :

- (1) **ne jamais laisser un enfant seul**, dans son bain, sur la table à langer, dans la cuisine, au jardin ne fût-ce que quelques minutes ;
- (2) **mettre hors de portée** les produits dangereux, les médicaments et les objets

brûlants (attention aux manches de casserole au bord de la cuisinière !);

(3) pour les plus grands le **port du casque de vélo**.

Promouvoir le matériel de prévention passive

Une gamme assez étendue de produits existe sur le marché. Certains équipements sont plus essentiels que d'autres, sachant que les chutes, les intoxications, les noyades et les brûlures sont les accidents les plus fréquents. Les équipements prioritaires sont :

- (1) **le détecteur de fumée** ;
- (2) **les barrières de protection** (escalier, fenêtre, piscine) ;
- (3) **les systèmes de blocage** (armoires à produits d'entretien ou à médicaments, fenêtres, portes dangereuses).
- (4) Dans les maisons pourvues d'installations électriques anciennes, on conseillera en outre **les caches pour prises électriques**.

Ces matériels sont disponibles dans les magasins d'équipement pour enfant (Natalys, Prémaman, Baby-Hall, Baby-Rose, Tout pour l'enfant), dans certaines grandes surfaces (Cora, Central-Park) et dans les magasins Ikea. Une étude comparative de la qualité et de la facilité d'utilisation de ces matériels est prévue. Les détecteurs de fumée First Alert® se trouvent dans les grandes surfaces telles que Brico, Gamma, Hubo et Makro. D'autres détecteurs de fumée de marque BRK et EI sont disponibles chez des grossistes de matériel électrique et d'électro-ménager.

Identifier les risques spécifiques dans la famille et en partager l'analyse avec les parents

Les risques spécifiques concernent trois domaines distincts :

- (1) le contexte éducatif : attitude autoritaire ou laxiste des parents ;
- (2) les défauts d'aménagement du domicile et de ses alentours : installation électrique, température de l'eau chaude sanitaire, rangement des produits dangereux, des objets coupants, accès aux objets brûlants, accès aux escaliers ;
- (3) les situations psychoaffectives difficiles : deuil, séparation, déménagement, maladie.

Epilogue

Une démarche de ce type répond en plusieurs points aux préoccupations et aux difficultés exprimées par les généralistes et les pédiatres lors des enquêtes menées sur les thématiques de prévention systématique, entre autres l'enquête de 2001 sur les accidents domestiques.

La démarche est brève et elle s'appuie sur

¹ Vous trouverez un 'Aide-mémoire de prévention des accidents domestiques de l'enfant entre 0 et 5 ans' à l'adresse www.pipades.ch/pdf/aide-memoire.pdf



des évidences scientifiques. Comme c'est le cas pour d'autres thématiques préventives, la démarche proactive peut étonner la famille, surtout si le motif de la consultation ne s'y prête a priori pas, mais elle sera appréciée dans la plupart des cas.

tremement du réseau des médecins vigies en 1995 et 1996, avril 2001. [Full Text : <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epiffr/index0000.htm>]
(6) D^r Alain Levêque, D^r Michel Moreau, Prof Danielle Piette, Résultats de l'enquête

Martine Bantuelle, Educa-Santé, D^r Alain Levêque, Ecole de Santé Publique ULB, d'après un exposé donné au Centre Hospitalier de l'Ardenne le 17 mai 2003

Bibliographie

- (1) PROMES - Université Libre de Bruxelles - Educa-santé, Accidents domestiques, la situation épidémiologique en Belgique, Santé Pluriel, 7 & 8, 1992.
- (2) Institut de Santé Publique, Standardized Procédures for Mortality Analysis, <http://www.iph.fgov.be/sas-web/spma/spma.htm>
- (3) Prévention et petite enfance, ONE, 1997, p. 266 - 267
- (4) Institut de Santé Publique, Enquête de Santé par interview 2001, <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epiffr/index4.htm>
- (5) Dirk Devroey, Viviane Van Casteren, Denise Walckiers, Institut de Santé Publique, Section Epidémiologie, Accidents domestiques nécessitant l'intervention du médecin généraliste, enregis-

menée auprès des médecins généralistes et des pédiatres de la Communauté française de Belgique, ULB-PROMES, octobre 2001.

(7) D^r Alain Levêque, Traumatismes et Epidémiologie Thèse de Doctorat en Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, 2001.

(8) Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, Guide canadien de médecine préventive, Editions du Gouvernement du Canada, 1994.

(9) Diane Sergerie, Céline Farley, Un biais positif en faveur de stratégies populationnelles versus de groupe à risque pour diminuer les inégalités sociales liées aux traumatismes non intentionnels illustré à l'aide de trois mesures : le casque de vélo, le détecteur de fumée et les aires de jeu, European Consumer Safety Association, Colloque International, Inégalités socio-économiques et prévention des risques, Paris, septembre 2001

(10) Alliance européenne pour la sécurité des enfants, La perception par les parents de la sécurité des enfants, Enquête dans 14 pays européens, 2001.

(11) Levêque A., Berghmans L., Lagasse R., Laperche J., Piette D., Style de pratique en médecine générale et activités préventives en Communauté française de Belgique, Archives of Public Health, volume 55, number 5-6, p145-158, 1997.

(12) Berghmans L., Boutsen M., Swennen B., Wanlin M., La prévention en médecine générale, rapport de recherche inédit, Ecole de Santé publique, ULB, Bruxelles, 1990.

(13) Prévention et petite enfance, ONE, 1997, p. 263.

Les allégations de santé

Le CRIOC a réalisé une étude sur la manière dont les consommateurs perçoivent et interprètent les allégations de santé. Ce terme peut être défini comme suit : "tout message ou représentation, non prescrit par la législation communautaire ou nationale, y compris une représentation sous la forme d'images, d'éléments graphiques ou de symboles, qui affirme, suggère ou implique qu'une denrée alimentaire possède des caractéristiques particulières" (selon la proposition de règlement européen en la matière, du 16/7/03)¹.

¹ http://europa.eu.int/eur-lex/fr/com/pdf/2003/com2003_0424froi.pdf

Outre la mesure de la compréhension de ce concept par les consommateurs, nous avons voulu savoir quelle crédibilité ceux-ci accordaient à des allégations de santé connues. Nous épinglons ici les principaux résultats de cette enquête.

Une connaissance limitée de la nutrition

87 % des consommateurs pensent que l'alimentation influe sur la santé et que bien manger équivaut à manger raisonnablement de tout. Ils recherchent une alimentation saine. 38 % estiment que pour manger équilibré, il faut avoir des connaissances en diététique.

Conscients de leurs limites en matière de nutrition, une majorité de consommateurs souhaite plus d'informations, surtout dès le plus jeune âge. Le médecin généraliste ne paraît pas le mieux placé pour ce faire ; quant au diététicien, il ne serait consulté que pour des problèmes majeurs.

L'information émanant des producteurs : désinformation!

L'information émanant des producteurs est reçue avec circonspection. La publicité concernant les bienfaits sur la santé fait douter les consommateurs qui ne sont pas prêts à essayer n'importe quoi. 70 % d'entre eux pensent que les producteurs mentent ou omettent de préci-

ser que quand un ingrédient est bon pour la santé, d'autres qui composent le produit le sont moins. Même des grandes marques connues n'échappent pas aux critiques.

Le danger de certaines allégations de santé

Le danger de confondre un aliment avec un médicament est réel. De plus, certains producteurs mettent en évidence des bénéfices nutritionnels de produits qui, de par leur composition, sont déséquilibrés en sucres et en matières grasses, ou évitent d'évoquer les risques d'une surconsommation de certains nutriments (vous trouverez des exemples dans l'étude complète en ligne www.crioc.be).

Enfin des produits auxquels on a ajouté des nutriments, sont vendus plus cher alors que ces nutriments pourraient être apportés par une alimentation équilibrée et souvent meilleur marché.

Étiquettes : le règne du charabia !

Les consommateurs jugent les étiquettes illisibles et incompréhensibles. Les produc-

teurs devraient leur fournir une information de qualité, transparente et vérifiable, écrite dans une taille suffisante.

Recommandations

Les consommateurs devraient être mieux informés sur le rôle fonctionnel des aliments, sur l'impact des aliments sur la santé, le sens des allégations de santé et l'équilibre à rechercher dans leur alimentation quotidienne.

Avant diffusion, les allégations de santé devraient être validées par une instance indépendante (scientifiques, organisations de consommateurs).

L'étiquetage nutritionnel doit être rendu plus lisible : caractères plus grands, intuitifs plus faciles à comprendre. Pourquoi pas une double étiquette ? L'une destinée aux consommateurs, l'autre aux spécialistes et consommateurs intéressés, reprenant toutes les informations spécifiques et éventuellement accessibles sur Internet.

Les médecins généralistes devraient encourager leurs patients à prendre contact avec un diététicien.

Une législation plus claire

La proposition de "Règlement du Parlement européen et du Conseil concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant sur les denrées alimentaires" du 16 juillet 2003 donne une définition claire des allégations concernées ainsi que leurs conditions d'utilisation générales et spécifiques.

Un tel règlement européen sera un grand progrès par rapport à la situation actuelle et aux codes de conduite existants. En précisant les allégations autorisées et leurs conditions d'utilisation, il apportera un cadre de références plus clair et stable pour le consommateur. Celui-ci aura aussi la garantie que les affirmations des producteurs sont prouvées scientifiquement. Le CRIOC espère donc que ce règlement sera adopté dans les plus brefs délais.

D'après un communiqué de presse du CRIOC

« Une note pour chacun »

Des chansons pour parler de la maladie

Christian Merveille, Gibus, André Borbé et bien d'autres artistes ont prêté leurs talents à l'asbl

« Une note pour chacun » pour réaliser un remarquable CD où chansons et récits parlent des maladies chroniques que vivent des enfants. Un CD qui se veut le point de départ d'une réflexion au sein des écoles afin que ces enfants soient mieux accueillis et acceptés.

Depuis plus de 10 ans, l'asbl « Une note pour chacun », parrainée par José Van Dam et Christian Merveille, organise des activités musicales pour les enfants handicapés ou hospitalisés. Animations musicales, concerts, cours de musique, atelier de bricolage d'instruments... sont proposés très régulièrement aux enfants dans six établissements (la plupart sont des hôpitaux bruxellois). Toutes ces activités apportent bonheur et évocation aux enfants qui les attendent d'ailleurs avec impatience.

L'année passée, interpellée par la Ligue des droits de l'enfant sur les problèmes d'intégration scolaire rencontrés par certains enfants atteints de maladies chroniques,

l'asbl a décidé de créer un CD destiné aux enfants des écoles primaires et à leurs professeurs.

L'objectif est d'ouvrir une réflexion au sein de la classe pour que les enfants atteints de pathologies chroniques soient mieux accueillis et acceptés et pour qu'eux-mêmes puissent parler de leur maladie s'ils le souhaitent. "Ces enfants, victimes d'une première discrimination face à la vie en subissent parfois une deuxième par manque d'information ou de reconnaissance de la problématique qui les touche", explique Pascale de Laveleye, musicienne et responsable de l'asbl « Une note pour chacun ». "Leur maladie engendre souvent la peur, l'incompréhension et parfois le rejet sous différentes formes : refus d'inscription, manque d'endroits pour se soigner, incompréhension face aux symptômes..."

Diabète, mucoviscidose, maladie cardiaque, asthme, épilepsie, obésité, leucémie, eczéma... autant de maladies mises en paroles et musiques avec pudeur, poésie et même humour par toute une série d'artistes qui, autour de Pascale de Laveleye, ont uni

leurs talents de chanteur, compositeur, musicien et comédien pour donner naissance à « Attrape ma chanson ». Un CD d'une grande variété musicale grâce aux arrangements de Karim Baggili, un jeune musicien extrêmement doué. Des enfants ont également accompagné certaines chansons.

S'il parle de la maladie, « Attrape ma chanson » n'est pas triste pour autant. Au contraire. Ce CD est très gai et intéressera un très large public d'animateurs de jeunesse, d'enseignants, de travailleurs sociaux et de parents soucieux d'ouverture aux autres et de tolérance...

Joëlle Delvaux, En Marche

« Attrape ma chanson » peut être commandé auprès de l'asbl « Une note pour chacun » en versant 10 euros (2 euros de frais d'envoi inclus) au compte de l'asbl n° 068-2146753-73 en précisant « CD » en communication. Renseignements par téléphone au fax au 02-374 76 83, par courriel à unenotepourchacunasbl@skynet.be

Article paru dans En Marche, le 1/1/2004.

Prévention de l'infection VIH : réflexions d'un acteur de terrain

La *Journée mondiale du sida* nous offre l'occasion de relancer la prévention et d'évoquer la mémoire des disparus. C'est aussi un moment de réflexion sur notre action.

En Belgique, le secteur préventif et le secteur curatif sont séparés par une ligne de démarcation parfois plus infranchissable qu'une frontière. Certains (et nous en sommes) ont un pied de chaque côté de cette barrière¹.

Cette position, parfois un peu inconfortable, nous permet de jeter un regard dans le pré des préventifs et dans celui des curatifs. Tout en constatant que la verdure de l'herbe est *grosso modo* la même de part et d'autre mais que les dialogues sont difficiles, nous voudrions nous risquer à quelques réflexions sur trois thèmes récurrents.

L'analyse épidémiologique

Périodiquement, on nous commente les statistiques de l'Institut scientifique de la santé publique en présentant les chiffres des infections par le VIH comme s'il s'agissait de nouvelles contaminations. Or, il s'agit des personnes nouvellement dépistées mais qui sont peut-être infectées depuis longtemps et/ou qui l'ont été hors de Belgique. Il est évident qu'une meilleure (ou moins bonne) efficacité du dépistage entraîne *ipso facto* une augmentation (ou diminution) du nombre de cas qu'il ne faudrait pas confondre avec une aggravation (ou amélioration) de l'épidémie.

Une analyse plus fine devrait pouvoir montrer si les dépistages sont faits de manière de plus en plus précoce et si les nouvelles infections se font plus rares, deux objectifs de la prévention. Les données disponibles sont fort lacunaires à cet égard. Nous disposons toutefois d'arguments indirects, comme l'analyse (faite par d'autres canaux) de la prévalence de la syphilis.

On ne sait pas ce que deviennent les cas dépistés, du moins pas avant qu'ils n'arrivent au stade du sida. La diminution spectaculaire des cas de sida à partir de 1996-1997 correspond bien à l'apparition des premiers traitements réellement efficaces. La remontée récente des chiffres peut correspondre soit à un épuisement des traitements en cours, soit à un allongement de délai entre l'infection et le dépistage ne permettant pas un suivi à pronostic optimal.

De même, si on compare les chiffres (officiels de l'ISSP) des dépistés et les chiffres (officiels des centres de suivi) des personnes en

traitement, on découvre un trou de plusieurs milliers de personnes. S'agit-il de morts ? De gens qui ont quitté la Belgique ? De gens qui ne se font pas suivre ? Comprendre ce phénomène pourrait donner des idées pour améliorer l'efficacité de la politique de dépistage mais aussi de la prévention. Ce devrait être une des missions des centres de dépistage et des centres de suivi.

Enfin, lorsqu'on évoque l'augmentation des nouveaux cas, on a tendance (et on comprend bien le souci louable d'éviter des réactions xénophobes regrettables) à scotomiser le fait qu'une bonne partie sont des migrants récents.

Il serait intéressant d'entendre les centres de suivi nous parler de la population qu'ils voient arriver. Le tableau ci-dessous reprend les nouveaux cas des dix dernières années de notre centre à Charleroi. Ceci ne correspond qu'à environ 200 personnes (soit 2,5 % de la population dépistée selon l'ISSP) mais l'évolution n'a pas de raison d'être fondamentalement différente pour l'ensemble des centres de suivi, même s'il peut y avoir des différences locales. Il est manifeste que le nombre d'homosexuels et d'hétérosexuel(le)s non africain(e)s est à tout le moins stable et ne participe pas à l'augmentation².

Mais, sans nier le fait de la haute prévalence de l'infection par le VIH dans les pays d'origine de ces migrants, c'est peut-être aussi parce que le dépistage est fréquent dans cette population et peu efficace dans la population résidente en Belgique et hétérosexuelle (cf. plus haut).

Le recoupement avec d'autres données laisse toutefois penser que cette population « belge hétérosexuelle » est relativement épargnée mais qu'il y existe des noyaux qui ne sont touchés ni par la prévention spécifique (du milieu gay, drogué, migrant, pour caricaturer la situation) ni par la prévention dite généraliste.

La promotion du dépistage

La définition de la politique de dépistage doit découler d'une analyse de l'épidémiologie tout en sachant qu'on ne dépiste pas pour le plaisir d'enregistrer des données statistiques. L'objectif de cette politique est double : éviter de nouvelles transmissions de virus chez les personnes découvertes séronégatives (sait-on si elles adoptent une attitude plus *safe* après

un tel dépistage ?) et bien entendu amener les personnes infectées à un suivi correct, comprenant aussi l'incitation à une sexualité *safe* (comme il est dit plus haut, on n'a pas beaucoup de données sur ce point). Cette analyse demande vraiment la collaboration du milieu de la prévention et du milieu du curatif.

Mais comment promouvoir le dépistage (et au delà la démarche vers un suivi correct) lorsque la plupart des messages de prévention vous montrent les difficultés multiples que vit la personne infectée par le VIH ? A titre de comparaison, la promotion du dépistage du cancer du sein paraît beaucoup plus enthousiasmante !

La technique même de la promotion du dépistage reste à découvrir dans notre pays. Une des raisons de ce retard est probablement le mur entre les acteurs du préventif et ceux du curatif que nous évoquions plus haut. Mais il semble y avoir une percée dans cette direction...

L'intégration de la prévention du sida dans la promotion de la santé en général

Ce thème prend par moment des allures passionnelles. La disparition annoncée du Conseil consultatif de prévention du sida³, qui a suivi celle de l'Agence de prévention du sida, a été mal vécue par un bon nombre d'acteurs. Les centres de référence et certaines asbl fondées bien avant l'Agence se sentent dépossédés de leur enfant et ne reconnaissent plus leurs priorités dans les campagnes de prévention tout public. De plus, pour « appeler un chat, un chat », une certaine concurrence, réelle ou ressentie comme telle, entre les structures spécialistes et généralistes n'y est pas pour rien.

Il faut dire que cette intégration de la prévention du sida dans la promotion de la

1 Outre sa qualité de président de Sida MST Charleroi, l'auteur est aussi administrateur du CLPS Charleroi Thuin, responsable du Centre de suivi Arthur Rimbaud (CHU de Charleroi) et membre du Conseil consultatif de prévention du sida de la Communauté française. Il occupe une position à la fois curative et préventive.

2 Les chiffres de 2003, partiels à ce jour, sont dans la ligne des années précédentes.

3 Quand est-ce qu'on se décidera à parler de la prévention de l'infection par le VIH (prévention primaire du domaine de compétence de la Communauté française) plutôt que de la prévention du sida (prévention secondaire ou tertiaire, domaine de compétence du Fédéral) : la linguistique serait un des seuls domaines où la barrière entre préventif et curatif n'existe pas ?

santé en général, ébauchée à la fin du gouvernement communautaire précédent et développée par l'actuel, s'est faite dans le même temps qu'une restriction des subventions pour certaines structures, même si le budget global alloué à la prévention du sida n'était pas modifié de manière substantielle. Et ceci se passe alors que se met enfin en place aux Etats-Unis, à l'image de ce qui était fait dans la vieille Europe, il y a dix ans, un programme de prévention centré sur les personnes infectées elles-mêmes, au départ des centres de traitement.

Cette intégration difficile aurait dû être accompagnée tant du côté des « spécialistes du sida » qui, dans la grande majorité des cas ne maîtrisaient pas le langage et les techniques de la promotion de la santé, que du côté des « généralistes » qui, en coulisse, reconnaissaient un manque de formation dans ce domaine spécifique.

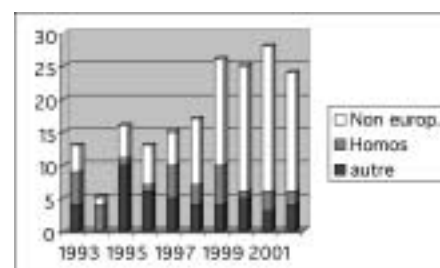
La disparition du Conseil est un fait et nous ne savons pas, à ce jour, qui représentera le secteur « Sida et MST » dans les instances officielles de la Communauté française. Plutôt que de perdre son énergie dans de vaines polémiques, il nous faut travailler à cette intégration qu'à tout bien réfléchir, les acteurs de la prévention du sida avaient déjà accomplie en partie : l'exemple de « Prévention sida prostitution », fondée un soir (si pas une nuit) dans des combles un peu misérabilistes de la rue Duquesnoy (Bruxelles) par des combattants de la première heure et rebaptisée par la suite « Espace P... », est démonstratif : de la prévention du sida chez les prostituées et leurs clients, cette asbl a glissé vers la défense des travailleurs et la protection de leur santé au sens large.

Mais il n'empêche que pour monter un mur, on a besoin d'un maçon et non d'un homme

à tout faire. Et donc, les structures « spécialistes du sida » doivent continuer à vivre, comme structures ressources, comme lieux de réflexion mais aussi comme équipes d'intervention directe dans les situations nouvelles, particulières ou difficiles.

D' Jean-Claude Legrand, Président de Sida MST Charleroi

Evolution du nombre de nouveaux patients au CHU de Charleroi de 1993 à 2002



MATÉRIEL

Jette l'éponge

A l'origine, « Jette l'éponge » était un spectacle de théâtre-action, créé par une dizaine de personnes fréquentant le Centre de jeunes *Le Château*, une maison de jeunes implantée dans le Borinage, une région au passé minier et d'industrie lourde, situé à quelques kilomètres de Mons.

Ce n'était pas la première expérience de théâtre-action de ce groupe, puisqu'il avait déjà réalisé avec l'asbl Théâtre des rues « Même les chevaux ne le supporteraient pas... », spectacle répondant à l'inquiétude de quelques jeunes face à l'image négative, injustifiée et fantasmagorique d'adultes du quartier à l'égard de la maison de jeunes. Séduits par le plaisir de la représentation et valorisés par la reconnaissance du public, plusieurs membres du groupe ont voulu poursuivre l'expérience.

Ce sont les jeunes eux-mêmes qui ont choisi le thème de la violence à l'école. Ils la vivent au quotidien et certains d'entre eux la pratiquent. Ils étaient au cœur même du débat et ont donc pu rendre compte de diverses situations.

L'objectif premier du groupe était de représenter le spectacle dans les écoles afin de pouvoir mettre en route une réflexion avec les élèves et les professeurs.

Mais cela demandait une grande mobilisation des jeunes et des animateurs, qui ont malgré tout pu organiser huit représentations et débats dans le milieu scolaire ou parascolaire.

L'appel à projets de la Fondation Roi Baudouin « Violence, enfance, adolescence - comprendre, parler, agir » a été pour le groupe l'occasion de réaliser une vidéo du spectacle, accompagnée d'un dossier pédagogique, de façon à en assurer une plus large diffusion.

Le matériel a été réalisé en 2002 et est disponible au prix de 29 € auprès de :

Théâtre des rues asbl, J. Delval, directeur, rue du Cerisier 20, 7033 Cuesmes. Tél.:065 31 34 44. Fax :065 31 34 44.

La Cellule d'experts du Centre de référence sur les jeux et outils pédagogiques utiles en promotion de la santé PIPSA a analysé cet outil en juin 2003 et lui a attribué trois coups de cœur (pour rappel, les outils analysés reçoivent de zéro à trois coups de cœur). Voici le texte de l'analyse, que vous pouvez retrouver avec une description complète de l'outil sur le site www.pipsa.org

Description de l'outil

Le film, joué par des acteurs amateurs, situe les protagonistes sur un ring de boxe. La vidéo est séquencée en 6 rounds et 5 intermèdes.

Les rounds parlent de la jalousie, du racket, de l'éducation à l'école, du racisme et de l'enseignement. Le 6^e round exprime l'interrogation des jeunes sur l'origine et les conséquences de leur propre violence.

Les intermèdes joués par un acteur « solo » permettent une prise de distance et invitent à une réflexion sur les situations présentées.

Le cahier pédagogique propose une démarche structurée d'exploitation des séquences avec des questions pour élargir le débat.

Appréciation globale

Cet outil pédagogique bouscule les adultes et les jeunes en interrogeant sans complaisance le monde tel qu'il est vécu par certains jeunes (la place de l'école, les relations aux parents, l'omniprésence de l'argent, les relations au pouvoir et à l'autorité, les relations entre filles et garçons, la bande, l'exclusion, le chômage...).

Les textes écrits par et avec les jeunes, et la théâtralisation des situations de violence, illustrent crûment la réalité de la violence agie et subie au quotidien.

Cette thématique questionne de manière frontale l'intervenant adulte dans ses valeurs, ses rôles et missions face aux jeunes. Elle devrait être abordée par tout futur professeur dans le cadre de sa formation initiale et par les autres professeurs dans le cadre des formations continuées.

L'écho probable de ces situations avec la réalité des « spectateurs » imposera à l'animateur une recherche, personnelle d'abord, collective ensuite, sur le sens de la violence.

La qualité des différents supports (vidéo + livrets) doit être soulignée : sobres, soignés, attractifs.

Objectif de l'outil

Provoquer le débat sur la violence.

Public cible

- 1) jeunes à partir de 14 ans ;
- 2) tout intervenant adulte en relation avec le jeune (formateur, animateur, groupe d'enseignants, de parents...) et questionné par la violence.

Réserves éventuelles

L'outil est à utiliser avec discernement par un(des) intervenant(s) dont l'équipe/la structure réfléchit globalement et sur le long terme à la violence et aux conditions de production de celle-ci. Un travail en équipe pluridisciplinaire (PSE, PMS, Santé mentale, AMO, Maison de Jeunes, etc.) aug-

mentera les capacités de chacun à gérer, à comprendre et à être acteur.

Utilisation conseillée

Séquencer la vidéo et sélectionner les rounds les plus pertinents pour le public visé.

Prévoir un délai entre le round et l'intermède pour recueillir les impressions « à chaud » des participants.

Vu le langage « coup de poing » utilisé dans les séquences, proposer d'entrée de jeu un décodage du jeu des personnages, de la mise en scène, du texte, des différents rôles, etc. avec les jeunes.

Changer les rôles : faire jouer la pièce par des profs - en leur faisant prendre les rôles des jeunes !



L'enfant et le chien

En Belgique, près d'un ménage sur trois possède un chien. Cet animal si sympathique a pourtant trop souvent fait la Une des journaux au cours de ces dernières années.

Plusieurs faits divers tragiques et de récentes données fournies par les pédiatres francophones belges, rappellent que le chien, même le plus familier, peut être à l'origine d'accidents par morsures, parfois extrêmement graves, qui touchent principalement les enfants. Une enquête prospective menée en 2001 par l'équipe du Professeur Kahn (Hôpital des enfants Reine Fabiola) a montré que sur 100 enfants mordus par un chien, 65 l'avaient été dans la sphère familiale et 35 dans la rue.

Le tableau n'est toutefois pas complètement noir : le chien peut aussi être un fidèle

compagnon pour l'enfant, surtout après l'âge de trois ans. C'est pourquoi, l'ONE a lancé une vaste campagne de prévention, destinée aux parents et aux professionnels.

Ces derniers ont pu participer, fin 2003, à une série de journées d'étude sur les accidents domestiques, une partie étant consacrée à la prévention des traumatismes par morsure de chien.

Pour atteindre les parents, le service éducation pour la santé de l'ONE a réalisé une brochure illustrée, intitulée "L'enfant et le chien, de la sécurité à la complicité", dont le principal objectif est de fournir aux familles une information détaillée sur le comportement du chien et sur les dangers potentiels qu'il pourrait présenter. Elle souhaite aussi

favoriser l'acquisition des gestes adéquats pour que l'enfant puisse grandir en sécurité aux côtés de son fidèle compagnon.

Cinq affiches déclinent par ailleurs les principaux messages de prévention de cette campagne.

Enfin, le site de l'ONE fournit toutes une série d'informations complémentaires à l'adresse <http://www.one.be/ACT/chien.htm> N'hésitez pas à visiter ces pages fort bien faites et riches en contenu.

La brochure "L'enfant et le chien, de la sécurité à la complicité" ainsi que les affiches peuvent être commandées sur le site ou obtenues à l'adresse suivante : Office de la Naissance et de l'Enfance, Chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles, 02-542 12 11

L'action éducative « Bon appétit, la santé! » dans les écoles maternelles

Au cours de l'année scolaire 2003 - 2004, la Société belge de pédiatrie (SBP) met en œuvre dans les classes de 3^e maternelle, un programme national de sensibilisation et d'éducation des enfants et de leurs parents à une alimentation saine et équilibrée, à l'école comme à la maison. Aujourd'hui plus que jamais, il est important

d'acquérir de bonnes habitudes alimentaires et ce dès le plus jeune âge. C'est pourquoi la SBP souhaite favoriser l'adoption de comportements nutritionnels sains et équilibrés dès l'enfance, afin de limiter l'incidence ultérieure de pathologies chroniques, telles que l'obésité ou le diabète notamment, consécutives à la consommation excessive de produits trop sucrés ou trop salés.

La mission de la SBP se situe dans la proximité avec l'enfant : elle joue un rôle d'interface entre l'enfant et tous les acteurs concernés directement ou indirectement par son développement et sa santé. Elle diffuse les connaissances en la matière et favorise la recherche, mais elle entend aussi informer le plus complètement possible le grand public.

Pour cette opération, elle travaille avec un partenaire de poids, le Groupe Danone, qui se définit comme une « entreprise mondiale de proximité ».

Le principe de l'action « Bon appétit, la santé ! », mise au point en collaboration avec des instituteurs, mais aussi des spécialistes de la santé, de la prévention et de la nutrition des enfants, est de leur enseigner, de façon amusante, ludique et interactive, par le biais d'une approche didactique, les bases d'une alimentation saine et équilibrée.

Le message est fondé sur 3 règles d'or :

- chaque jour, manger 5 fruits ou légumes ;
- chaque jour, prendre un goûter, par exemple avec du pain, et éviter de grignoter ;
- chaque jour, consommer des produits laitiers.

Un jeu gratuit est mis à la disposition de tous les enseignants de 3^e maternelle qui en font la demande, en réponse à une lettre qui leur a été adressée. Le jeu décrit par l'image les bonnes habitudes alimentaires. Il se joue par groupes, et il est composé de 6 petits magasins symbolisant les catégories d'aliments, de 176 cartes illustrant les aliments, et d'une ligne du temps représentant une journée type de l'alimentation d'un enfant.

Cet outil pédagogique est modulable, le rythme de déroulement du jeu est adaptable au calendrier de l'enseignant.

Le jeu fait partie d'un kit complet mis à la disposition de chaque classe qui en a fait la demande. Le kit est constitué, outre le jeu et son règlement, d'un guide pour l'enseignant à propos de l'alimentation saine, d'un poster à placer en classe et d'un livre illustré pour enfants, "Le secret des champions", qui, sous la forme d'un conte, reprend l'enseignement du jeu et les 3 règles d'or. Un exemplaire de ce livre est offert à chaque enfant, ce qui permet d'associer leurs parents à l'information apportée.

Partenaire envahissant

Nous imaginons la satisfaction des enseignants du maternel à qui on offre un outil de cette importance (la boîte fait plus de 50 cm de côté, autant dire qu'elle ne passe pas inaperçue). Les ressources ludiques et pédagogiques luxueuses et gratuites ne courent pas les rues !

On peut toutefois se poser des questions à l'égard du partenariat entre le géant mondial de l'agro-alimentaire et la Société belge de pédiatrie. La présence massive et écrasante

de la firme, avec son logo ultra-visible partout, nous laisse penser qu'elle considère ce projet comme un élément-clé d'une stratégie qui ne vise pas uniquement l'apprentissage des règles d'or de l'équilibre alimentaire...

Danone développe beaucoup de produits dont la cible privilégiée est l'enfant, elle propose aux écoles des distributeurs de snacks sucrés et autres yaourts, elle sait mieux que d'autres que les enfants sont de redoutables prescripteurs d'achats. Bref, nous sommes ici en plein marketing au moins autant qu'en situation d'éducation.

Je suppose que les responsables de la Société belge de pédiatrie n'ignoraient pas cela en passant une convention avec la firme.

Une chose est certaine : si les promoteurs de ce programme avaient demandé l'autorisation des autorités de la Communauté française Wallonie-Bruxelles, ils auraient probablement essuyé un refus, l'éducation des enfants et la publicité commerciale étant encore incompatibles dans notre pays (la publicité à l'école est légalement interdite).

C.D.B.

LU POUR VOUS

Le diabète comme acte de résistance

Un anthropologue québécois, ex-infirmier, s'est penché sur la prévalence du diabète chez les Autochtones. Sa thèse : le diabète s'inscrit dans le processus de leur construction identitaire.

Il propose d'extrapoler ce mécanisme de résistance au « pouvoir médical » à d'autres populations, défavorisées elles aussi.

Près d'un Indien de plus de 40 ans sur deux est diabétique (trois femmes pour un homme alors que la distinction n'existe pas dans la population non-autochtone). On peut craindre une augmentation de 300 % du taux de diabète chez les Autochtones du Canada d'ici 2016.

Un programme, l'*Initiative sur le Diabète*, est spécialement destiné aux membres des Premières Nations. Il repose sur trois notions clés : la surveillance, le contrôle et l'enseignement.

Les résultats se font attendre. Le programme repose sur des présupposés que l'étude de

Bernard Roy met à mal. Il s'insurge contre une approche génétique de la question. Ou culturelle. Il réfute le pseudo-manque d'information du public concernant le diabète. Une enquête qu'il a menée révèle la connaissance du diabète comme facteur de risque important. Le taux normal de glycémie est cité dans la plupart des cas.

Les diabétiques non compliants ne feraient pas preuve, selon lui, de comportements irrationnels, comme parfois incriminés, mais bien de résistance aux politiques de gestion des comportements planifiées par les dominants. Dans des milieux victimes de marginalisation et d'exclusion, la présence d'une maladie ne signifie pas toujours la perte de la santé. La santé y est d'abord associée à un état positif caractérisé par le fait d'être bien dans sa famille, dans son groupe.

Le « micro » de la vie dans les réserves devrait ainsi être mis en relation avec le niveau « macro », à savoir un contexte de revendications de décolonisation de la population indienne se considérant comme une nation.

Corps colonialisés

Les Indiens ont été intégrés à l'économie jusque dans les années 60. Ensuite, le chômage commence à croître, et, dans les années 80, le taux de chômage enregistré chez les Innus de Pessamit est 4 fois supérieur à la moyenne québécoise.

L'épidémie de diabète se déclare dans les années 70. On essaie de l'enrayer dans les réserves, en s'appuyant sur un type de structure mise en place pour lutter contre la tuberculose. « La réserve en tant que lieu d'exercice du pouvoir colonial s'est vu doté de dispositifs qui ont permis aux fonctionnaires de s'emparer des détails intimes de la vie quotidienne, de l'expérience du corps et du soi. Les centres de santé sont des systèmes très structurés. Les diabétiques sont suivis de la même manière que les tuberculeux avant eux. Chaque patient est fiché, convoqué à des rendez-vous. »

Parmi les dysfonctionnements pointés par l'auteur : le rendez-vous est pris à l'initiative

des soignants. Pas étonnant que les Indiens ne se sentent pas vraiment concernés, eux qui pourtant fréquentent les centres de soins pour d'autres problèmes mais qui jamais au sein de ces autres consultations n'entendent évoquer le diabète ! Ils sont réduits, pour leur bien, à des « individus à risque, des cas de diabète » alors que leur aspiration essentielle est de vivre sous le signe du groupe. Du groupe contre l'Autre, dominant, colonisateur.

« Bien que la relation entre le praticien et le bénéficiaire se construise au présent, elle est teintée par une histoire et interprétée à partir des mémoires collectives et individuelles », constate Bernard Roy. Rien ne pourra donc empêcher que le médecin soit perçu comme assumant une autorité politique, et donc appartenant à l'Ennemi.

Les professionnels de la santé, même lorsqu'ils sont issus de la population indienne, n'en gagnent pas pour autant en confiance, laquelle est sans commune mesure avec celle que les Innus déclarent témoigner pour la médecine traditionnelle. La montée du diabète coïncide avec des relations plus tendues que jamais entre Indiens et professionnels de la santé. Les premiers exerçant même parfois ce qui s'apparente à de la tyrannie à l'égard des soignants. « La clinique est l'occasion pour certains acteurs des communautés autochtones d'acquérir du pouvoir sur des acteurs perçus comme des représentants de la société dominante », commente Bernard Roy.

Pouvoir sur le corps

Dans les réserves, s'affirmer dans sa manière de parler, d'être et de faire et ce dans l'espace du « biopouvoir » est primordial. La réserve est lieu de reconnaissance, de construction de l'identité innue et de son affirmation. Une lutte s'y mène, pour le pouvoir sur le corps. Des aliments sont perçus comme d'exclusion ou d'inclusion. Inclusif : l'alcool, ce produit chargé de symbo-

lique sociale. Sa consommation était interdite par le passé. L'Indien déjouant les interdits gagnait en héroïsme. Les légumes relèvent, eux, d'une alimentation de non-Autochtones. Manger est loin d'être une habitude, bonne ou mauvaise. Bernard Roy constate que jusqu'à l'âge de 15-16 ans, il n'est pas rare que les adolescents s'habillent comme les jeunes résidant hors de la réserve, mais qu'il est un moment où ils choisissent le profil de leurs aînés.

Dans cette logique, la population considère presque comme normal de devenir diabétique à l'âge adulte. Banalisé, le diabète est en même temps sur toutes les lèvres. On compare les expériences. La maladie appartient à la communauté. Il arrive que des malades modifiant leurs comportements alimentaires soient en but à des commentaires désobligeants, voire plus : « La surveillance populaire à l'intérieur des réserves est réelle. Elle prend la forme de commérages, de rumeurs, de ragots. Déjà marginalisés par l'extérieur, certains, en changeant, risqueraient de redoubler leur exclusion. »

Et Bernard Roy de conclure : « Tant et aussi longtemps que persisteront l'ostracisme et l'hostilité envers les autochtones, de même que leur non-inclusion dans les principaux champs d'activités sociales, économiques et politique, l'identité univoque demeurera un rempart derrière lequel les acteurs de la société autochtones trouveront réconfort et sécurité, sinon bonheur et santé. »

Les thèses émanant de cette recherche pourront éclairer les réalités qui émergent dans le sillage de la mondialisation de l'économie capitaliste. Ne voit-on pas se développer de nouveaux profils épidémiologiques dans les secteurs des populations les plus appauvris de la planète qui ressemblent étrangement à ceux trouvés dans les populations autochtones ?

Maigrir, bouger : une trahison

Bernard Roy fut infirmier dans des Centres de

soins fréquentés par les Indiens, plus particulièrement les Innus de la Côte-Nord. Il a vécu l'échec des politiques de prévention et de lutte contre le diabète. Pour comprendre les mécanismes en œuvre chez les soignants et chez les soignés, réticents, il s'est engagé dans des études d'anthropologie.

Sur son terrain de travail, il a recueilli quantité de témoignages. Ils traversent son ouvrage « Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère. »

Jamais ces paroles d'hommes et de femmes ne sont prises en otage du point de vue de l'auteur. Elles vivent leur vie, comme autant de respirations dans l'interprétation d'une situation sanitaire alarmante. Parmi les témoignages, relevons ceux évoquant des femmes diabétiques refusant de se démarquer des repas conviviaux et d'imposer des restrictions alimentaires aux leurs. « Quand mon père a commencé à faire du diabète, ma mère a commencé à faire plus de prévention. C'est peut-être le fait que mon père n'a jamais été malade. Ma mère, elle, elle a souvent été malade, avec son foie, ses accouchements. » Des Indiens racontent aussi le rejet provoqué par des comportements (alimentaire ou d'activité physique) les distinguant du groupe. Pas biens vus du tout quand il s'agit avant toute chose de faire tous ensemble corps contre les Blancs : « Je marche, mais quand la nuit tombe. Parce qu'ils ont dit elle fait un régime pour paraître bien. (...) Je ne pourrais pas dire pourquoi c'est mal de vouloir bien paraître. Il y en a qui disent ça. Si tu fais des affaires non autochtones, c'est parce que tu veux devenir Blanc. »

ROY Bernard, *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère*, Québec, Presses de l'Université Laval, 247p., 2002

Véronique Janzyk

Paru dans *Le Généraliste* n° 661, 8 octobre 2003 © Roularta Medica

VU POUR VOUS

Psymages : l'audiovisuel en santé mentale au bout d'un clic



Le 10 octobre dernier, à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale, un nouveau

site internet a été mis en ligne :

www.psymages.be

Son objet : promouvoir la réflexion sur

l'audiovisuel en santé mentale et offrir à tout un chacun l'accès à l'information et à la documentation audiovisuelles dans le secteur de la santé mentale.

Mais qui est derrière Psymages ? Nous avons rencontré **Martine Lombaers**, coordinatrice

de l'association et initiatrice du projet.

L'association a été créée en 1998 mais l'origine du projet remonte à 1995. En fait, le point de départ est lié à ma pratique professionnelle. Depuis plus de treize ans maintenant, j'anime un atelier vidéo au

CODE, le centre de réadaptation fonctionnelle de l'asbl L'Equipe, et je réalise des films avec des patients du secteur psychiatrique. C'est ainsi que j'ai été amenée à présenter des films dans certains festivals en France. Et notamment au festival de Lorquin qui, depuis plus de vingt ans, présente chaque année, pendant trois jours, 200 à 300 films sur la santé mentale.

En 1995, à l'occasion du centenaire du cinéma, les programmeurs d'un festival parisien souhaitaient organiser une manifestation autour de « 100 ans de cinéma et de psychiatrie ». Chez eux, ils disposaient de toutes les structures indispensables à la recherche historique des films et à la coordination du projet. Ils m'ont demandé d'organiser le même travail en Belgique. C'est à cette occasion que j'ai constaté les manques dans notre pays. Aucune structure ne s'était réellement occupée de recherche autour des liens entre l'audiovisuel et la santé mentale.

Dès ce moment, j'ai contacté les partenaires qui me semblaient pouvoir être intéressés par la création d'une base de données des productions audiovisuelles francophones dans ce domaine. A savoir : la Médiathèque de la Communauté française (collection thématique Education pour la santé), les Ligues bruxelloise et wallonne pour la santé mentale, la Fondation Julie Renson, l'asbl L'Equipe. Toutes ont manifesté un vif intérêt. L'asbl Psymages les rassemble.

Une fois l'association créée, encore fallait-il que l'intérêt de ses membres trouve une prolongation auprès de l'ensemble du secteur éducatif et psychosocial. La Fondation Julie Renson a fait faire une grosse enquête auprès des utilisateurs potentiels (plusieurs centaines de questionnaires ont été envoyés) et, après le dépouillement, il s'est avéré qu'une demande existait effectivement, tant au niveau des enseignants que des acteurs psychosociaux.

Forts de ce constat, nous nous sommes lancés dans le parcours traditionnel de la recherche de financement. Parcours difficile puisque, lorsqu'on introduit une demande de subvention, il faut entrer dans un cadre très précis. Or nous avons toujours parlé d'un *projet de service* alors que la Communauté française proposait une subvention pour un *programme d'action*. On a un peu patagé...

Nous avons également espéré pouvoir abriter Psymages au sein d'une des associations fondatrices, mais personne n'en avait vraiment les moyens. Dans un premier temps, nous avons donc été « hébergés » par la Médiathèque, dans la mesure où c'est grâce à son service Education pour la santé que la

www.psymages.be

- une base de données des productions audiovisuelles dans le domaine de la santé mentale ;
- la recherche par thèmes, mots clés, auteurs ou intervenants ;
- un intermédiaire pour se procurer les documents souhaités ;
- une documentation complémentaire aux documents filmiques.

Communauté française a accordé les premiers financements pour réaliser une étude de faisabilité (évaluation des besoins, budgétisation...).

Par la suite, chacun des partenaires, à tour de rôle, a dégagé des locaux qui m'ont permis de travailler quelques heures par semaine pendant plusieurs mois. Et puis, cerise sur le gâteau, une étudiante de l'ULB a réalisé son mémoire en informatique et documentation sur la conception de la base de données. C'était vraiment un bel outil théorique, nous avons un modèle sur lequel travailler.

L'année 1998 a été fructueuse sur plus d'un point : c'est aussi cette année-là que, dans le cadre des manifestations organisées par la Ligue wallonne (aujourd'hui Institut wallon pour la santé mentale, Psymages a proposé « Images des uns, regard des autres », une journée de projection de films sur l'image de la personne et la psychiatrie, suivie de débats. C'est à cette occasion que j'ai rencontré Karin Rondia, qui s'est rapidement investie dans le projet, et dont le professionnalisme et la rigueur furent bien précieux à certains moments de découragement !

La base de données

La Médiathèque de la Communauté française venait de créer une petite base interne de données pour ses collections. En nous permettant d'utiliser cette base et en nous offrant le concours de ses stagiaires, elle nous a permis de réaliser nos premiers encodages. Il y avait toutefois un problème : la localisation du serveur à la Médiathèque et l'impossibilité d'y accéder autrement que par internet. Heureusement, c'est à ce moment-là que nous avons obtenu des subventions de la COCOF et de la Région wallonne, qui nous ont permis de repenser l'outil de manière un peu plus professionnelle et performante. Nous avons hébergé la base dans les locaux du « Fil d'Ariane », le centre de documentation de L'Equipe. Et, depuis le 10 octobre dernier, le site de Psymages est fonctionnel.

En fait, nous souhaitons mettre en ligne un ensemble, le plus complet possible, de films

en langue française relatifs à la santé mentale, et ne pas nous cantonner aux films belges. Notre partenaire français, le CNASM (Centre national de documentation audiovisuelle en santé mentale), qui organise le Festival de Lorquin, offre déjà un catalogue de 300 à 400 films, comprenant aussi les films de leurs partenaires canadiens. Et il y a également (en projet) toutes les productions francophones de l'Afrique noire, du Maghreb... et d'ailleurs.

Bref, il nous paraît essentiel d'identifier et de traiter cette mine de références d'images liées à un secteur en plein essor, dont les problématiques, théories et pratiques évoluent sans cesse au sein d'une société de plus en plus médiatisée. Par ailleurs, grâce à notre partenaire L'Equipe et à son centre de documentation, nous sommes en mesure d'offrir une sélection d'écrits relatifs à l'usage de l'audiovisuel dans le cadre d'ateliers thérapeutiques, à la psychanalyse de l'image, aux liens qui unissent psychiatrie et cinéma.

Pratiquement, comment obtenir un média ?

A chaque film correspond une fiche sur laquelle figure l'inscription « pour obtenir ce document ». Si le film fait partie du catalogue de la Médiathèque, par exemple, on est renvoyé vers son site. La cote du film apparaît. On clique, et on commande. Si le film se trouve ailleurs, on est dirigé soit vers un site (c'est le cas pour le CNASM, le CVB, Cinergie, Libération Films...), soit vers une adresse électronique.

Psymages ne possède aucun film. Ce n'est d'ailleurs pas notre objectif, qui est vraiment de créer un lien et de donner des informations sur les médias, leur localisation, les conditions d'accès, etc.

Nous avons également le projet de coproduire, avec les ligues pour la santé mentale, une série d'entretiens filmés de personnalités marquantes dans l'évolution de la psychiatrie et de la santé mentale en Belgique. Les Français ont ainsi réalisé 80 à 90 témoignages de grandes figures de la psychiatrie française. Ce sont de petits films très simples de 15 ou 20 minutes, mais il est très important de conserver cette mémoire sur image, d'autant plus que certaines de ces personnalités, aujourd'hui assez âgées, ont vraiment bouleversé les pratiques, notamment hospitalières.

Propos recueillis par **Françoise Kinna**

Article paru précédemment dans *Bruxelles Santé* n° 32, décembre 2003.

Assuétudes

Bruxelles

Février, mars, mai 2004

Fumée bleue, je vois rouge, soirées de théâtre-forum suivies d'échanges-débat autour des questions de la consommation, de l'abus et des dépendances.

Elles s'adressent tant aux adolescents qu'à leurs parents et aux enseignants.

Agenda :

- vendredi 6 février 2004 : Athénée Royal d'Uccle I
 - vendredi 20 février 2004 : Athénée Royal d'Uccle II
 - jeudi 4 mars 2004 : Collège Saint-Pierre
 - lundi 15 mars 2004 : Institut Saint-vincent de Paul
 - lundi 17 mai 2004 : Notre-Dame des Champs
- Les soirées débutent à 19h45.

Infos : *Echevinat de la jeunesse de la commune d'Uccle* : 02/348 68 28

Formation

Liège

9 février 2004

Souhaitez-vous vous former à l'éducation pour la santé et à l'éducation pour l'environnement ?

Si c'est le cas, CERISE (Centre d'Education Relative aux Interactions Santé et Environnement) vous invite à participer à une session de formation qui se déroulera du 16 février prochain au 30 juin 2004.

Cette formation est gratuite. Elle s'adresse à des demandeurs d'emploi intéressés par la santé et l'environnement, et qui sont enseignants, éducateurs, assistants sociaux...

Séance d'information le lundi 9 février à 14h aux Rivageois, Haute Ecole Charlemagne, 6, rue des Rivageois 6, 4000 Liège.

Pour tout renseignement :

Tél.: 04-254 76 21 ou 04-254 76 18. Fax : 04-254 76 20

Courriel : formation_cerise@hotmail.com

Site : www.formation-cerise.be

Formation

Liège

A partir du 9 février 2004

Le CERES, Centre d'Enseignement et de Recherche pour l'Environnement et la Santé de l'Université de Liège, organise un nouveau cycle de formations intégrées en *communication pour la santé* (CAPS) et *environnement* (ECOCOM) à partir du 9 février 2004.

Ces formations gratuites, d'une durée totale de 19 semaines (du 9 février au 25 juin 2004), sont destinées à des personnes sans activité professionnelle.

Elles sont organisées avec le soutien du Fonds Social Européen, du FOREM, de la Région wallonne et de la Communauté française.

Renseignements : CERES, Université de Liège, Val Benoît, Rue A. Stévant 2, Bât. C1, 4000 Liège.

Tél.: 04-366 90 60 - Fax : 04-366 90 62

Courriel : steceres@ulg.ac.be

Formation

Mons

Février et mars 2004

Formations en promotion de la santé organisées par l'asbl Repères en collaboration avec le CLPS de Mons : 4 jours, suivis de 6 matinées d'ateliers mensuels d'échanges de pratiques. Les 4 jours sont les 13 et 20 février et les 5 et 19 mars.

Cette formation s'adresse aux professionnels qui développent une pratique en promotion de la santé : équipe PSE, PMS, planning familial, éducateurs, travailleurs sociaux...

Coût : 50 € pour la formation + 25 € pour les 6 ateliers.

Inscription au secrétariat de l'asbl Repères : 010-45 73 31.

Epilepsie

Bruxelles

16 février 2004

Conférence sur le thème *Les épilepsies de l'enfant*, organisée par la Ligue francophone belge contre l'épilepsie.

Lieu : Centre de Bruxelles, avenue Albert 135, 1190 Bruxelles (20h).

Renseignement : 02-344 32 63, fax 02-343 68 37, courriel epilepsie.lfbc@skynet.be.

Internet : www.ligueepilepsie.be

Santé mentale

Namur

A partir de février 2004

Le Centre de formation Pierre-Joseph Triest nous demande de publier quelques-unes de ses initiatives.

1) Nouveau programme de formations continues de courte durée adressées aux professionnels des secteurs de la psychiatrie, de la santé mentale, du handicap, et du vieillissement.

2) « Atelier de sensibilisation à la maladie mentale » - 20/02 de 8h30 à 17h30, destiné aux directions et cadres (hôpitaux, MR/MRS, services d'accueil et/ou hébergement de personnes handicapées, Justice de Paix, CPAS, etc.) - informations de base sur les pathologies mentales (psychoses, névroses, dépressions, démences, etc.)

3) « La communication de la personne déficiente : de l'évaluation aux impacts de celle-ci » - 3 journées de formation, 18/02, 1/03 et 19/04 de 9 h à 16 h - atelier destiné aux professionnels utilisant des systèmes de communication alternative auprès de personnes déficientes mentales - Formatrice : C. Gadisseux, psychologue, thérapeute systémique.

4) « L'ABC de l'approche systémique dans le secteur psycho-médico social » - 3 journées de sensibilisation, 19/02, 12/03 et 26/03, de 9h15 à 16h15 - atelier destiné à toute personne s'intéressant aux relations humaines et souhaitant entrer en contact avec le modèle systémique - Formatrice : V. Foucart, psychologue, thérapeute systémique.

5) « Atelier de Communication Non-Violente » -

1 journée de témoignage d'expérience de l'approche dans un travail d'aide-soignant, 16/02 de 9h à 16h - atelier destiné aux aide-soignants, infirmiers et aux éducateurs soucieux

de questionner leur façon de communiquer avec eux-mêmes et avec les autres

Renseignements et inscriptions :

Geneviève Renglet, coordinatrice C.F.P.J.T.,

rue de St Hubert 84, 5100 Dave Namur.

Tél.: 081 30 28 86. Fax.: 081 32 12 13.

Courriel : genevieve.renglet@fracarita.org

Epilepsie

Liège

17 février 2004

Rencontre sur le thème *Vivre l'épilepsie au quotidien* (témoignages-échanges), organisée par la Ligue francophone belge contre l'épilepsie. Lieu : Centre de Liège, rue Alex Bouvy 16, 4020 Liège (20h).

Renseignement : 04-341 29 92, fax 04-341 29 99, courriel epilepsie.lfbc@skynet.be.

Internet : www.ligueepilepsie.be

Prévention

Havré

11 mars 2004

Dans le cadre des Midis Santé du bois d'Havré, l'Observatoire de la santé du Hainaut organise une conférence sur le thème *La peur, argument de la prévention ?*, par Patrick Trefois, Question Santé (de 12 à 14h).

Renseignements : *Observatoire de la santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré.*

Tél.: 065-87 96 00. Fax : 065-87 96 79.

Courriel : observatoire_sante@hainaut.be

Pollution

Habay

13 mars 2004

Depuis une vingtaine d'années, on observe dans nos pays industrialisés une grave progression de maladies chroniques d'étiologie inconnue (maladies rhumatismales, dégénératives, psychosomatiques, allergies, maladies auto-immunes, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, sensibilité multiple aux produits chimiques...) contre lesquelles la médecine conventionnelle a peu de prise et qui alourdissent dramatiquement les dépenses de santé des pays occidentaux.

Aujourd'hui, les effets néfastes sur la santé d'un environnement pollué (air, eau, nourriture, vêtements, produits cosmétiques, métaux lourds, etc.) sont admis et reconnus de façon officielle (OMS, Europe). Mais comment y faire face ? Quelles réponses à apporter à ces malades ? Comment prévenir ?

C'est pour tenter de répondre à ces questions que l'asbl « Stop Poisons Santé » organise le 13 mars de 8 heures 30 à 17 heures au Château du Pont d'Oye à Habay un colloque international sur *Les maladies de l'environnement : un défi pour les professionnels de la santé*, en présence de SAR le

Prince Laurent, sous le patronage de Monsieur Philippe Busquin, Membre de la Commission européenne, en partenariat avec l'Académie Européenne de Médecine Environnementale, l'Institut de la Grande Région Sarre – Lorraine – Luxembourg – Rhénanie Palatinat – Wallonie (IGR), et la Fondation Universitaire Luxembourgeoise en intégration à l'ULg en 2004. Sans oublier le soutien du Gouvernement fédéral, des Gouvernements communautaires et régionaux et de la Province de Luxembourg. Ce colloque a pour objectifs de mettre en avant les moyens diagnostiques et thérapeutiques existant à l'étranger (Allemagne, Grand-Duché de Luxembourg, Pays-Bas, Royaume-Uni) dans le but d'intégrer la Belgique dans cette dynamique de médecine environnementale, et de lancer des pistes de réflexions et d'actions pour une politique cohérente et intégrée en matière de santé environnementale au niveau européen. Ce colloque s'adresse aux professionnels de santé (médecin, secteur de la promotion de la santé, associations, infirmières, etc.) et au monde politique.

Contact et inscription (50€, repas compris) : « Stop poisons santé » asbl, rue Saint-Donat 30, B-6700 Arlon. Tél.: 063 23 08 60 ou 063 23 57 54.

Villes-Santé

Bruxelles

22, 23 et 24 mars 2004

7^e colloque francophone des Villes-Santé de l'OMS, sur le thème *Univers des villes - milieux de vie, milieux de santé*. Objectif : réexaminer les principes fondateurs de la promotion de la santé en milieu urbain autour des expériences de villes des réseaux.

Lieu : Parlement bruxellois, rue du Lombard 69, 1000 Bruxelles.

Contact, renseignements, inscriptions : ATEX Travel srl, avenue Legrand 73, 1180 Bruxelles. Tél.: 02 640 77 12.

Courriel : incentives@atextravel.com

Viol

Bruxelles

1^{er} et 2 avril 2004

Congrès organisé et présidé par Danièle Zucker, docteur en psychologie, responsable de l'Unité de crise et d'urgence psychiatrique du CHU Saint-Pierre à Bruxelles et expert auprès des Tribunaux. L'originalité de ce congrès est son caractère multidisciplinaire.

Les objectifs de cette rencontre sont :

- examiner sous l'angle judiciaire, policier, médical et psychologique, chaque étape du cheminement d'une plainte déposée par une victime de viol jusqu'à la comparution de l'auteur présumé devant un tribunal ;
- optimiser les outils disponibles pour la recherche et l'identification des auteurs de délits et de crimes sexuels ;
- professionnaliser les différentes instances

d'intervention tout au long de la procédure ;

- suggérer des modifications de l'environnement législatif permettant de faire face plus efficacement aux crimes sexuels et à leurs auteurs ;

- diffuser largement les meilleures approches, techniques et procédures et les réglementations qui les sous-tendent.

Le congrès sera inauguré par Laurette Onkelinx, Ministre belge de la Justice, Antonio Vitorino, Commissaire européen chargé de la Justice et Bernard Kouchner, Président du comité d'honneur du congrès.

Cet événement bénéficie du soutien du programme Daphné de la Commission européenne, du Centre pour l'égalité des chances, de la Ville de Bruxelles, du Conseil supérieur de la justice, de la Fondation Roi Baudouin, de la Loterie nationale, de la Fondation Bernheim, de l'Institut d'études sur la justice, de l'Association de langue française pour l'étude du stress et du trauma et de Eli Lilly Benelux.

Le congrès aura lieu au Charlemagne Building – Commission Européenne, 170 rue de la Loi, 1040 Bruxelles.

Renseignements – programme – inscription : www.rapecongress2004.be
Tél.: 32 (0)2 – 474 84 78. Fax : 32 (0) 2 474 – 83 93.
Courriel : rapecongress@excsc.com

Santé mentale - enfant

Bruxelles

16, 17 et 18 juin 2004

Et les enfants, ça va ?, congrès européen francophone, organisé par la Ligue bruxelloise francophone pour la Santé mentale et la Coordination enfance, au Centre culturel et de congrès de Woluwé Saint-Pierre, 93, avenue Charles Thielemans - 1150 Bruxelles.

Pour s'informer, recevoir le programme et s'inscrire : Anne Labby et Eric Messens (L.B.F.S.M.) 53, rue du Président - 1050 Bruxelles. Tél.: 02-511 55 43. Fax : 02-511 52 76. Courriel : lbfsm@skynet.be

Education du patient

Bruxelles

Dans le cadre du cycle de Séminaires – Conférences annuel en Education du Patient, l'Unité d'éducation pour la santé (RESO – UCL) organise les séminaires suivants :

Education thérapeutique, une stratégie d'assistance continue centrée sur la personne

Animé par Dr R. Marcolongo (Hôpital Universitaire de Padoue, Italie)

Le vendredi 13 Février 2004 de 14h à 18 h (local : 80 D) et le samedi 14 Février 2004 de 9h à 17 h (local : 80 D) à Woluwé-St-Lambert (Fac. Médecine UCL).

Approche pédagogique de l'éducation thérapeutique

Animé par : M^{me} J. Iguenane (U.F.R. de Bobigny, Fac. de Médecine, Université de Paris-Nord, Education du Patient).

Le jeudi 11 Mars de 14h00 à 18h00 (local : 80 D) et le vendredi 12 Mars 2004 de 9h00 à 17h00 (Local : 80 B) à Woluwé-St-Lambert (Fac. Médecine UCL).

Education du patient : méthodes et évaluations
Animé par : Prof. R. Gagnayre (U.F.R. de Bobigny, Fac. de Médecine, Université de Paris-Nord, Education du Patient).

Le jeudi 1 Avril 2004 de 14h00 à 18h00 (local : 80 D) et le vendredi 2 Avril 2004 de 9h00 à 17h00 (local : 80 B), à Woluwé-St-Lambert (Fac. Médecine UCL).

Approche psychologique de l'éducation du patient : obstacles liés aux patients et aux soignants

Animé par : M^{me} A. Lacroix (Hôpital cantonal universitaire de Genève).

Le vendredi 7 mai 2004 de 14 h à 18 h (local : 80 D) et le samedi 8 mai 2004 de 9h00 à 17h00 (local : 80 D) Woluwé-St-Lambert (Fac. Médecine UCL).

Réservation indispensable, accès limité à 30 participants par séminaire. Clôture des inscriptions : 10 jours avant la date du séminaire Participation aux frais. Etudiants EDUS : gratuit, autres : 50 € par séminaire et à verser au compte UCL/RESO n° 310-0649649-29 Les séminaires donnent lieu à une attestation de suivi et réussite capitalisable.

Renseignements et inscription : M^{me} N. Joris, Unité RESO-UCL, Centre Faculté - 1, 50 Avenue Mounier, 1200 Bruxelles. Tél.: 32 (0)2 764 50 70 Fax.: 32 (0) 2 764 5074 Courriel : joris@reso.ucl.ac.be

Exercice physique

Frameries

Une nouvelle exposition s'est ouverte au Parc d'aventures scientifiques (PASS) en décembre dernier : elle a pour titre *Sport en tête*.

Dans un parcours d'environ 1h30, elle propose à tous (à partir de 6 ans) des objets, manipulations, audiovisuels et bornes informatiques pour jouer à faire du sport, pour comprendre comment ça marche et pour montrer la place occupée par les sciences et les techniques qui concourent pour une large part dans l'exploit sportif.

Information et réservation :

Parc d'aventures scientifiques, rue de Mons 3, Frameries. Tél.: 070-22 22 52.

Prévention

Anderlecht

Un *Bus Info Santé* circule depuis quelque temps dans différents quartiers d'Anderlecht. A son bord, des professionnels de santé qui écoutent, conseillent, apportent des informations et de la documentation, proposent des adresses et l'orientation la plus adaptée à la population. Ce n'est pas un lieu de consultation médicale, mais bien un outil d'information d'orientation et de prévention, créé à l'initiative de l'Echevine de la santé publique et de l'action sociale Danièle Depré.

Pour tout renseignement : Carine Staelens, coordinatrice, Elisabeth Vehent, infirmière, Centre de santé, rue d'Aumale 21, 1070 Bruxelles. Tél.: 02-526 85 30. Fax : 02-526 85 41. Courriel : bussante@anderlecht.irisnet.be

Un numéro très 'risqué'

Les premières Assises de la réduction des risques liés à l'usage de drogues se sont déroulées à Bruxelles les 4 et 5 décembre derniers. L'importance de cette démarche défendue par un grand nombre d'équipes en Communauté française qui se sont mobilisées autour d'une charte définissant le concept et affirmant des valeurs citoyennes, contre une opinion dominante bien plus répressive, mérite un large écho. Quelques données épidémiologiques spectaculaires le complètent.

L'abondance de matière sur le sujet ne nous permet pas de publier les choix politiques exprimés lors de ces journées par les ministres compétents en matière de toxicomanie en Communauté française Wallonie-Bruxelles, en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale : vous trouverez ces textes dans notre prochaine lettre d'information électronique, à paraître vers le 20 février. Occasion pour ceux que cela intéresse de s'y abonner via notre site www.educationsante.be !

Nous entamons aussi dans ce numéro la publication d'une série d'articles faisant le point sur divers aspects de la prévention

des traumatismes et la promotion de la sécurité, une thématique qui sera vraisemblablement reprise parmi les priorités du deuxième programme quinquennal de promotion de la santé¹. Dans ce domaine aussi, une évaluation intelligente du risque est un facteur essentiel au succès des projets.

Le premier texte aborde le rôle du généraliste par rapport aux accidents chez les enfants. Le suivant sera consacré à la prise en compte du facteur 'sécurité' dans le travail des architectes. D'autres sujets tels que le contrôle des armes à feu, les équipements de sécurité et le concept de 'communauté sûre' seront aussi évoqués au cours des prochains mois.

Christian De Bock, rédacteur en chef

¹ Ce document important, destiné à baliser les orientations futures de la Communauté française Wallonie-Bruxelles dans ses compétences en matière de santé, est en passe d'être arrêté par le Gouvernement. Nous ne manquerons pas d'y revenir dans nos colonnes.

SOMMAIRE

Initiatives	
Santé, usages de drogues et réduction des risques, par Patrick Trefois et Fabienne Hariga	2
L'usage de drogues en Communauté française, par Eurotox	4
La Charte de la réduction des risques	6
Le généraliste et les accidents domestiques des enfants, par Martine Bantuelle et Alain Levêque	8
Les allégations de santé	10
« Une note pour chacun », des chansons pour parler de la maladie chez l'enfant, par Joëlle Delvaux	11
Réflexion	
Un acteur de terrain s'exprime, par Jean-Claude Legrand	12
Matériel	
Jette l'éponge, coup de cœur de l'Outilthèque Santé	13
L'enfant et le chien	14
« Bon appétit la santé », une action éducative sponsorisée à l'école maternelle, par Christian De Bock	14
Lu pour vous	
Le diabète comme acte de résistance, par Véronique Janzyk	15
Vu pour vous	
Psymages : l'audiovisuel en santé mentale au bout d'un clic, par Françoise Kinna	16
Brèves	18

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique, 25 € pour 11 numéros pour l'étranger.

Paielement uniquement par virement bancaire.
BIC : BACBBEBB. IBAN : BE60 7995 5245 0970.

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

Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction : Christian De Bock (02-246 48 50).

Secrétaire de rédaction adjoint : Catherine Spièce (02-515 05 85).

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)

Site internet : Maryse Van Audenhaege (02-246 48 51).

Contact abonnés : Franca Tartamella (02-246 48 53).

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

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

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

Maquette : Els Demeyer.

Mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Tirage : 2.300 exemplaires.

Diffusion : 2.000 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

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).

Internet : www.educationsante.be

Courriel education.sante@mc.be

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

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

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