

RESPONSABILITÉ ET SANTÉ en p.8 à 13

Sourire, un privilège ?

Lutter contre les inégalités sociales en matière de santé dentaire, c'est le pari que vient de lancer le Ministre fédéral de la Santé publique, Rudy Demotte, en donnant le coup d'envoi d'une campagne à l'intitulé réjouissant, « Sourire pour tous ». Une action financée par l'INAMI et réalisée par la Fondation pour la Santé dentaire qui ouvre un accès gratuit aux soins dentaires à quelque 15 000 de nos enfants les moins favorisés et qui mise, à plus long terme, sur une sensibilisation effective à l'hygiène bucco-dentaire tant des enfants que de ceux qui les encadrent.

Si en Belgique, la santé dentaire des enfants et des adolescents s'est nettement améliorée au cours des dix dernières années, il faut malheureusement constater que l'écart entre les privilégiés et les non privilégiés s'est, lui, agrandi. La proportion d'enfants avec des caries non soignées est ainsi plus élevée parmi les enfants issus de milieux à très bas revenus. Un constat d'inégalités à l'origine d'une heureuse initiative politique en faveur des soins dentaires aux enfants de familles précarisées : l'arrêté royal du 24 septembre 2003, aujourd'hui concrétisé par... un sourire.

Un arrêté 'sur mesure'

Cet arrêté fixe « les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée dans le cadre de projets temporaires et expérimentaux en rapport avec les soins dentaires aux enfants démunis ». Plus précisément, il confie au comité de l'assurance de l'INAMI le soin de conclure des conventions avec deux asbl (l'une francophone, l'autre néerlandophone) ayant dans leur objet social la promotion de la santé bucco-dentaire, sous la condition expresse de mener, en parallèle d'un volet expérimental et temporaire de réduction du coût des soins dentaires à des enfants de familles précarisées, une vaste campagne de sensibilisation à destination cette fois de tous les enfants fréquentant l'école fondamentale obligatoire.

C'est ainsi que se sont lancées dans l'aventure, la Fondation pour la santé dentaire (c'est-à-dire le département 'prévention' de la Société de Médecine dentaire) et la Verbond der Vlaamse Tandartsen, avec pour résultats le lancement des campagnes « Sourire pour tous » et « Kys project » (Kys

voor keisterke tanden) conjointement à l'action Denti-Pass.

La campagne « Sourire pour tous »

« Ce qui changera fondamentalement la santé dentaire de toute notre population, ce n'est pas une pilule miracle de fluor, ce sont des changements de comportement, dans une démarche de santé globale », affirme Michel Devriese, coordinateur de la Fondation pour la Santé dentaire.

Pour y parvenir, six messages clés sont dès à présent diffusés au travers d'une campagne générale de sensibilisation qui touche l'ensemble des classes de primaire en Communauté française : éviter les boissons sucrées et les grignotages entre les repas, se brosser les dents correctement et suffisamment longtemps, rendre visite à son dentiste au moins deux fois par an, pour enfin... sourire à pleines dents !

Des conseils déclinés à travers différents supports. Dans le courant du mois de février, un kit pédagogique a été envoyé à toutes les classes de première et deuxième années, afin de permettre aux enseignants de travailler la thématique de la santé dentaire à long terme. Bien conçu, il se compose :

- d'un poster à afficher dans la classe et à compléter au fil des semaines par des autocollants représentant des objets ou aliments en rapport avec la santé dentaire. Prétexte à discussion, il illustre les activités des enfants à différents moments de la journée (petit déjeuner, salle de bain, récré, repas de midi, goûter, loisirs, dîner et coucher);
- de 6 défis *sourire* à réaliser par la classe, en rapport direct avec les 6 messages de la campagne (éviter les sodas sucrés durant une semaine, par exemple). Chaque défi *sourire* réussi par la classe permet aux enfants de compléter le poster;
- de fiches pédagogiques destinées à l'enseignant (suggestions de thèmes de discussion, d'activités et de sources documentaires);
- et de fiches plus ludiques qui s'adressent directement aux enfants.

Ces fiches, complétées par quelques autres activités ludo-éducatives, sont par ailleurs mises à la disposition des 30 000 enseignants et de leurs 333 000 élèves sur le site interactif de la campagne :

www.sourirepourtous.be



A noter, comme le précise Michel Devriese, que cette campagne vise aussi la sensibilisation des infirmières scolaires, directeurs d'école, enseignants et parents, « *relais importants pour mettre en application de façon vigilante les conditions d'une bonne santé à l'école* ».

Denti-Pass, un passeport pour le sourire

Second volet de cette grande action en faveur du sourire, le Denti-Pass est une expérience-pilote de gratuité des soins dentaires à destination de 15 000 enfants de familles précarisées. Expérience pilote et temporaire. Les enfants auront jusqu'au 30 septembre prochain pour se rendre autant de fois que nécessaire chez le dentiste de leur choix.

Concrètement, des 'passeports' nominatifs, sésames ouvrant les portes des cabinets dentaires, seront distribués à toutes les écoles à discrimination positive de Belgique dès le début du mois d'avril. Soit 5175 élèves en région wallonne, 1350 à Bruxelles et 8475 en région flamande. La liste ne sera pas divulguée, par souci de discrétion.

« Cette expérience-pilote vise à tester la suppression de toute barrière financière à l'accessibilité aux soins », explique Michel Devriese. « Les porteurs du Denti-Pass peuvent se présenter chez le dentiste de leur choix avec leur Denti-Pass et leur carte SIS. Ils n'auront pas un centime à déboursier. » En effet, les praticiens seront directement honorés par les mutuelles via le système du tiers-payant. « La Fondation pour la Santé dentaire apportera le support et l'information nécessaires aux praticiens pour les aider à intégrer le Denti-Pass dans leur pratique », précise son coordinateur. Une lettre



© Sourire pour tous - Fondation pour la santé dentaire

d'information « Sourire pour tous » leur a déjà été envoyée dans ce cadre.

A noter qu'à chaque visite, le Denti-Pass sera complété par le dentiste (date et soins effectués) de manière à organiser un suivi de l'action.

La distribution de ce 'passeport pour le sourire' s'accompagnera par ailleurs d'une action de sensibilisation des parents par les professeurs et les infirmières scolaires des centres de Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE). Il est en effet primordial qu'ils comprennent la valeur du document délivré à leur enfant : à ne pas perdre et à utiliser à bon escient...

Un 'Contrat sourire', au milieu du Denti-Pass, engage parents et enfant à prendre de bonnes habitudes alimentaires, accorder une attention particulière au brossage des dents et à rendre régulièrement visite à leur dentiste. De quoi envisager l'avenir avec le sourire !

Pour les écoles concernées aussi, il s'agit d'adhérer à un véritable 'contrat'. Leur engagement, outre celui des professeurs

durant plusieurs semaines, passera par une journée d'animation, composée d'un parcours-expo interactif, permettant à toutes les classes d'être sensibilisées aux différents aspects de la thématique de la santé dentaire (toujours les 6 messages-clés). Les plus petits (1^{re} et 2^e année) bénéficieront en outre d'une animation d'une heure avec la participation d'un dentiste et profiteront d'un atelier de brossage avec test de coloration de la plaque dentaire, une manière efficace, ludique et concrète de retrouver le plaisir d'arborer des quenottes éclatantes !

Et après ?

Rappelons qu'il s'agit bien ici d'une expérience pilote, donc limitée dans le temps. Que se passera-t-il au-delà du 30 septembre ? Un budget de 3,5 millions d'euros a été dégagé pour la campagne 2004, couvrant essentiellement les soins dentaires dans le cadre du Denti-Pass, nous informons les organisateurs qui ajoutent que la prolongation de l'expérience pour un an est possible, avec, éventuellement, un élargissement à une plus large population.

Mais le ministre de la Santé publique précise : « On va voir ce que ça coûte. On avait besoin d'une phase pilote. On a 15 000 enfants maintenant. 15 000, c'est très peu au regard des centaines de milliers d'enfants qui sont concernés dans le pays. Je ne suis même pas sûr qu'on touche tous les enfants défavorisés. Ensuite on peut progresser. On pourrait travailler avec les dentistes et les établissements scolaires sur l'élargissement des cercles. Mais la difficulté est de savoir comment on progresse dans les cercles sans dévoiler les nouveaux publics. » La solution reste encore à trouver, mais l'intention y est...

Myriam Marchand

La Belgique a encore de belles dents, mais...

La carie dentaire fait partie des maladies les plus répandues dans le monde. Mais depuis le début des années 70, on observe une diminution importante de la maladie parmi les enfants et les adolescents dans la plupart des pays industrialisés. Professeur à l'Ecole de Médecine dentaire et Stomatologie de l'UCL, Jean-Pierre Van Nieuwenhuysen voit dans cet important recul de la carie, deux raisons principales : l'utilisation régulière des fluorures sous leurs différentes formes et... le développement d'une politique de santé publique dans différents pays.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini en matière de santé dentaire, trois principaux objectifs pour l'an 2010 :

- 90 % des enfants de 5 et 6 ans indemnes de caries ;
- l'indice CAOD, c'est-à-dire le nombre moyen de dents permanentes cariées, absentes ou obturées, des enfants de 12 ans plus petit ou égal à 1 ;
- 100 % des jeunes de 18 ans possédant toutes leurs dents.

Plus de 60 % des pays européens ont atteint en partie l'objectif de l'OMS concernant le deuxième objectif, à savoir un indice CAOD inférieur à 3.

En Belgique, selon Jean-Pierre Van Nieuwenhuysen, 50 % des enfants de 5 et 6 ans sont aujourd'hui indemnes de caries et l'indice CAOD atteint pour les enfants de 12 ans est de 1,6. Nous ne disposons d'aucune donnée concernant les jeunes de 18 ans.

Réduction effective

La Belgique dispose de peu de données épidémiologiques concernant la prévalence de la carie dentaire parmi les enfants et les adolescents. Cependant, une étude menée entre 1983 et 1998 concernant une population d'écoliers âgés de 12 ans à Bruxelles, établit clairement une tendance vers la

réduction de la carie dentaire et l'augmentation du pourcentage d'enfants indemnes de carie à 12 ans. Selon ses résultats, le nombre moyen de dents affectées par la carie est passé de 4 à 2 en 15 ans.

Une réduction étroitement liée à une plus grande fréquence de brossage des dents (de 1 fois par jour à 2 fois par jour) mais à mettre également en relation avec l'amélioration de l'accès aux soins dentaires. Le nombre d'enfants consultant pour un examen de bouche augmente, tandis que diminuent les consultations pour douleur dentaire.

Mais polarisation évidente

A l'analyse des résultats de l'étude bruxel-

loise, il ressort cependant que l'importante réduction de la carie dentaire est significativement plus élevée parmi les enfants issus de milieux privilégiés. Le Prof Van Nieuwenhuysen parle d'un phénomène de polarisation de la maladie, la carie se concentrant dans des petits groupes d'individus 'à risque', tels que les classes socio-économiques défavorisées, les enfants handicapés et les enfants issus de l'immigration.

Une politique à adapter

« Il faut appliquer une politique de prévention spécifique à deux niveaux », explique-t-il en conséquence : « l'éducation et l'incitation aux soins dentaires des popu-

lations défavorisées ». Notamment.

« Une bouche pleine de soins n'est pas une bouche pleine de santé », souligne Michel Devriese, coordinateur de la Fondation pour la Santé dentaire. « Investir dans la prévention primaire et secondaire vers ces populations nous a semblé capital à côté des soins curatifs prodigués. » D'autant que le recours individuel aux soins et consultations préventives n'est pas intégré dans la logique des familles socio-économiquement les plus faibles. L'école s'est ainsi tout naturellement présentée comme le lieu idéal pour permettre l'accès de ces populations à la prévention primaire.

M.M.

La dent dure

Si l'amélioration de la santé bucco-dentaire moyenne est une réalité, un nouveau défi est de maintenir cette amélioration dans le temps.

Liées à la 'malbouffe' et au tabac, les agressions contre les quenottes en âge scolaire se multiplient à tel point que se profile, dans certains pays, une recrudescence des caries. Pour comprendre, il suffit d'observer. Ou d'écouter. Ces machines à sucre que sont les distributeurs de canettes de sodas présents dans nombre d'écoles ne cessent d'éructer leur délicieux poison dès que sonne l'heure de la récré...

Ceci étant, pourrait-on dès lors organiser des séances de brossage de dents au sein de l'école ? A voir l'état de certains sanitaires, on ne pourrait l'envisager que du bout des dents...

Alors ?

« Les établissements scolaires fonctionnent un peu sans filet », explique le ministre de la Santé publique, Rudy Demotte. « C'est le cas dans plusieurs domaines, comme pour la cigarette par exemple. La cigarette, c'est un produit qu'on condamne de plus en plus dans la société. On connaît ses effets nocifs, mais on fume dans les cours de récré, devant les enfants. C'est un problème. Les sucres, tout le monde reconnaît leur impact négatif sur la santé, mais on trouve des distributeurs dans les écoles. Je ne dis pas que les écoles sont coupables d'avoir été trop permissives, je pense que la société dans son ensemble n'a pas balisé. Les écoles ont dès lors, comme tout le monde, reproduit un certain nombre de comportements qui étaient des comportements à risque. Aujourd'hui, si la santé

publique s'intéresse un peu plus aux écoles, ce n'est pas pour leur faire la morale, mais parce qu'on les considère comme des acteurs à part entière de cet effort global que nous sommes en train de mettre en œuvre. »

Interdire les distributeurs serait-il une solution ?

« Ma recommandation à moi en tant que ministre de la Santé, c'est vraiment : prenez des mesures et faites-le vite, parce que ça coûte en qualité de la vie. C'est un travail de lobbying, indépendamment des circulaires. Tout ne doit pas se régler par des lois. Dire qu'il faut expirer après avoir inspiré, c'est assez évident. Je pense qu'il faut faire la même chose pour les écoles, c'est apprendre le bon mouvement. »

M.M.

Une conférence contre le sida

Face au nouvel accroissement des chiffres de contamination par le virus du sida, le Gouvernement de la Communauté française estime opportun de faire le point sur les programmes de prévention, de dépistage et de prise en charge des personnes séropositives et des malades du sida. Son souci est d'y associer les acteurs professionnels du secteur et sans doute pour la première fois les représentants des ministres fédéraux, communautaires et régionaux dont les compétences sont des leviers importants pour une politique intégrée de lutte contre le sida.

A cette fin, à l'initiative de la Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé Nicole Maréchal, le Gouvernement de la Communauté française organise une « Conférence de la lutte contre le sida – Pour une mobilisation des acteurs et des pouvoirs publics ».

Cette Conférence vise à définir des objectifs et des stratégies actualisés en fonction des évolutions récentes de l'épidémie de sida dans notre pays et au niveau mondial. Les travaux de la Conférence s'appuient sur une large consultation préalable des acteurs

travaillant dans le champ de la prévention du sida, réalisée par l'Observatoire du sida et des sexualités (Facultés universitaires Saint-Louis).

Quatre ateliers préparatoires ont été organisés chacun autour d'un thème retenu comme prioritaire. Ces ateliers se sont appuyés sur des documents présentant la synthèse des consultations. Ils abordaient les thèmes suivants :

– les stratégies de prévention à l'égard des publics les plus vulnérables, notamment les personnes migrantes, les personnes

homosexuelles et les personnes vivant avec le VIH ;

- la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH ;
- l'accès aux soins, à la prévention et à l'accompagnement ;
- l'actualisation des stratégies de dépistage.

Chaque atelier a fait l'objet d'une réunion

de **synthèse** ayant pour objectif d'en finaliser les conclusions, d'en assurer le caractère transversal et de formuler des recommandations pour un plan d'action actualisé.

La **Conférence plénière** sera l'occasion de présenter les résultats de ce travail à un large public, d'annoncer les stratégies d'une politique concertée de lutte contre le sida et

de mobilisation des acteurs et des pouvoirs publics.

Elle aura lieu le 30 mars 2004 au Résidence Palace - Centre de Presse International, Rue de la Loi 155, 1040 Bruxelles.

Renseignements : Cabinet de la Ministre Nicole Maréchal, 02 213 35 11.

Les jeunes, l'alcool et le tabac

Le CRIOC présente les résultats d'une enquête auprès des jeunes, évaluant leurs comportements en matière de consommation de tabac et d'alcool.

Méthodologie

550 interviews quantitatives ont été réalisées en Belgique de mars à mai 2003 : interviews en face à face et sans la présence des parents, auprès de 200 jeunes de 11 à 12 ans, 200 jeunes de 15 à 16 ans et 150 jeunes de 17 à 18 ans.

Les résultats ont fait l'objet des traitements statistiques adéquats. La marge d'erreur totale maximale sur l'échantillon est de 3,0 %.

Seuls les résultats significatifs sont présentés. Toutefois, chaque donnée a été analysée - selon les profils - en fonction de la localisation (province), du sexe, de l'âge, du groupe social, du régime linguistique et du type de formation.

Jeunes et boissons alcoolisées

Près de 9 jeunes sur 10 ont déjà consommé de l'alcool. A 11-12 ans, ils ont déjà bu leur premier verre. Avec l'âge, la consommation augmente. Si à 11-12 ans, 2 jeunes sur 3 ont consommé de l'alcool, ils sont presque 9 sur 10 à en avoir consommé à 15-16 ans.

Le type de boisson préférée varie avec l'âge : vers 11-12 ans, le vin et la bière sont les boissons alcoolisées les plus consommées. Viennent ensuite les breezers, apéritifs et cocktails. A partir de 15 ans, la bière mène la danse, suivie des breezers, des apéritifs, des cocktails et ensuite du vin.

En vieillissant, le jeune achète plus souvent ces boissons avec son argent de poche, il diversifie ses goûts et consomme plus de boissons alcoolisées.

L'apprentissage de la dégustation du vin correspond à un rite initiatique d'intégration familiale : au départ, l'enfant, à l'occasion d'une cérémonie familiale est invité à tester le vin (ex. un blanc liquoreux). Progressivement, le jeune s'intègre au banquet familial en



dégustant un verre de vin, de mousseux, d'apéritif... La consommation festive de vin devient régulière après 18 ans, notamment lors des sorties familiales au restaurant.

Le tabac

Un jeune sur quatre a déjà essayé de fumer des cigarettes : un sur 10 à 11-12 ans, un sur 4 à 15-16 ans, un sur 3 à 17-18 ans.

La première cigarette provient, pour les 11-12 ans d'un membre de la famille ou des copains, plus rarement des parents ou payée par l'argent de poche. A 15-16 ans, les cigarettes viennent des copains ou de la fratrie. A 17-18 ans, elles viennent de la fratrie, des copains ou sont payées par l'argent de poche. Dans l'enseignement secondaire, 7 jeunes sur 10 déclarent qu'on fume dans leur école.

L'apprentissage de la consommation est un processus complexe qui s'organise autour de différentes étapes :

Préparation : information passive dès la naissance.

Initiation : à partir de 8 ans parfois, l'enfant va tester l'interdit.

Consommation occasionnelle : à l'adolescence, le jeune devient fumeur occasionnel et le taux de consommation augmente sensiblement, d'autant plus si les milieux

fréquentés (école, copains, famille) l'y autorisent. Les effets sur la santé sont relativisés.

Consommation régulière : dès 16 ans, la dépendance à la nicotine conduit à la consommation régulière de tabac.

A 11 ans, un jeune sur dix a déjà consommé de l'alcool ou du tabac

Ce qui au départ, n'est qu'un essai, se transforme au fil du temps en consommation régulière : la quantité consommée augmente, la fréquence aussi. Pour l'alcool, la variété des produits augmente. La consommation précoce d'alcool ou de tabac, souvent encouragée et rarement découragée, conduit rapidement à l'instauration de dépendances.

Les politiques de prévention doivent viser autant les enfants et les jeunes que leurs parents. Consommateurs, producteurs et distributeurs doivent être conscientisés à l'importance du "contrôle social" sur la vente et la consommation de ces produits. A terme, l'augmentation de la dépendance aux assuétudes va entraîner des coûts de santé élevés. D'où la nécessité de lutter contre les assuétudes des enfants et des jeunes.

Informations : CRIOC, rue des Chevaliers 18, 1050 Bruxelles. Courriel : info@crioc.be

Evaluation du programme mammotest : premiers chiffres

Le programme de dépistage du cancer du sein a démarré voici un an et demi en Communauté française¹.

Quelques chiffres intéressants sont aujourd'hui disponibles², qui donnent une idée de l'implantation du programme le 31/10/2003, soit un peu plus d'un an après le lancement.

Commentaire

Si l'on compare le taux de participation après un an (10 %) à celui rapporté par les femmes interrogées lors de l'Enquête nationale de santé par interview en 2001 (30 % des femmes âgées de plus de 15 ans affirmaient avoir subi une mammographie au cours de deux dernières années, et le pourcentage atteignait 57 % pour les 50-69 ans), on sera déçu.

Pour avoir une idée plus précise du succès ou non du démarrage du programme, il faudrait disposer des données complètes concernant toutes les mammographies pratiquées chez les femmes concernées. Nous espérons vous fournir prochainement quelques indications complémentaires à ce sujet.

Ce qui est encourageant par contre, c'est que le nombre de femmes qui répondent positivement à l'invitation augmente au fil du temps. Il reste encore beaucoup de chemin à parcourir, mais le jeu en vaut la chandelle!

C.D.B.

¹ Voir l'article 'Mammotest : c'est parti!', Education Santé n° 171, juillet-août 2002

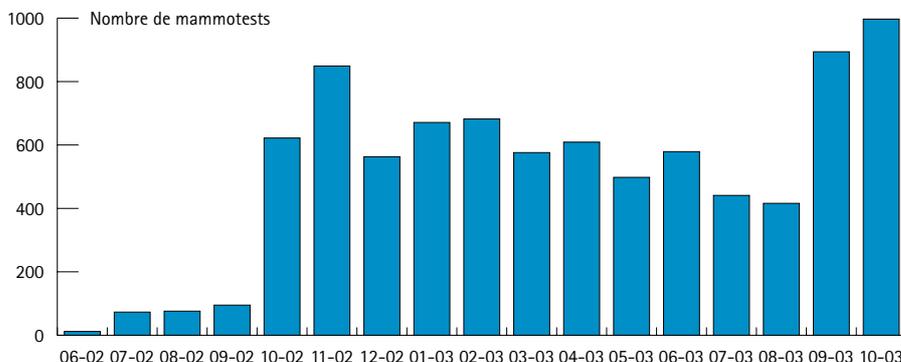
² Ils ne concernent que la Wallonie pour l'instant

Unités de mammographie			
Province	Population concernée	Unités	Nombre de femmes par unité
Brabant Wallon	39.100	15	2.607
Hainaut	138.700	35	3.963
Liège	112.600 (Communauté germanophone)	22 + 3	4.504
Luxembourg	23.500	9	2.611
Namur	50.300	10	5.030
Total	364.200	94	3.875

Remarque : seules deux unités répondaient d'emblée aux critères d'agrément voici deux ans ; toutes ont dû se conformer aux critères de qualité et de contrôle.

Participation des femmes			
Province	Nombre d'invitations	Nombre de mammotests effectués	Taux de participation
Brabant wallon	25.569	3.412	13,3 %
Hainaut	95.891	8.653	9 %
Liège	77.624	8.771	11,3 %
Luxembourg (30/09/03)	15.647	3.225	20,6 %
Namur	28.892	2.207	7,7 %
Total	243.623	26.268	10,8%

Evolution dans le temps



Usage problématique de cannabis et nuisances publiques

Les fédérations bruxelloise et wallonne des institutions pour toxicomanes (FEDITO), Infor-Drogues, la Ligue des droits de l'Homme et Prospective Jeunesse ont introduit le 28 novembre dernier un recours en annulation auprès de la Cour d'arbitrage contre l'article 16 de la loi du 3 mai 2003

(Moniteur belge du 2 juin 2003) modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes et antiseptiques. Cette disposition précise qu'en "cas de constatation de détention, par un majeur, d'une quantité de cannabis à des fins d'usage

personnel, qui n'est pas accompagné de nuisances publiques ou d'usage problématique, il ne sera procédé qu'à un enregistrement policier". Elle définit ensuite "l'usage problématique" et "les nuisances publiques". Les parties au recours demandent principalement l'annulation de la phrase "qui n'est pas accompagné de nuisances publiques ou

d'usage problématique" et de la définition de ces deux expressions.

Elles considèrent que cette disposition viole les principes fondamentaux de légalité en matière pénale et d'égalité devant la loi qui sont consacrés par la Constitution, la Convention européenne des droits de l'homme et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

Grave insécurité juridique et atteinte au principe de la légalité en matière pénale

La disposition attaquée porte atteinte au principe de légalité en matière pénale, qui prescrit que la loi pénale doit être formulée en des termes qui permettent à chacun(e) de savoir, au moment où il/elle adopte un comportement, si celui-ci est ou non punissable.

Ce n'est manifestement pas le cas de la loi du 3 mai 2003, qui ne permet pas à un détenteur de cannabis de déterminer s'il sera ou non poursuivi, compte tenu du fait que les critères de poursuite de cette loi, à savoir les nuisances publiques ou l'usage problématique, soit ne correspondent pas à d'autres définitions légales existantes, soit instaurent

des critères subjectifs de poursuite.

En effet, "l'usage problématique" est défini comme l'usage "qui s'accompagne d'un degré de dépendance qui ne permet plus à l'utilisateur de contrôler son usage, et qui s'exprime par des symptômes psychiques ou physiques." Or, un arrêté royal du 16 mai 2003 précise que la constatation d'un usage problématique se fait au moyen de tests standardisés. Il existe donc une incohérence entre la définition de la loi du 3 mai 2003 et celle de l'arrêté royal.

La définition des "nuisances publiques" pose aussi problème dans la mesure où elle est vague et imprécise.

La loi attaquée crée ainsi une grave insécurité juridique à l'encontre des détenteurs de cannabis, qui se trouvent dans l'impossibilité de déterminer les circonstances objectives, claires et précises donnant lieu à des poursuites judiciaires.

Une double discrimination

La loi attaquée crée une première discrimination entre les détenteurs de cannabis dont la détention s'accompagne de nuisances publiques ou d'un usage problématique et les autres. En effet, un

procès-verbal sera dressé aux premiers, alors qu'on procédera à un enregistrement policier pour les seconds.

La loi attaquée crée une deuxième discrimination entre les détenteurs de cannabis dont la détention s'accompagne de nuisances publiques et ceux dont la détention s'accompagne d'un usage problématique car les seconds pourront être sanctionnés plus sévèrement que les premiers.

Dans les deux cas, cette différence de traitement n'est pas justifiée car les critères de différenciation sont imprécis ou subjectifs.

Cette double discrimination viole le droit fondamental d'égalité de tous devant la loi, qui est inscrit dans notre Constitution.

Plus d'informations

FEDITO bruxelloise : Antoine Boucher, 02-227 52 60

FEDITO wallonne : Jacques Van Russell, Président, 04-223 09 03

Ligue des Droits de l'Homme : Guillaume de Walque, conseiller juridique, 02-209 62 87

Le texte complet du recours est disponible sur www.infor-drogues.be/recours.html

Le diabète touche de plus en plus les pays en développement

La prévention pourrait cependant atténuer l'aggravation de la situation

Le nombre de cas de diabète dans les pays en développement devrait plus que doubler au cours des 30 prochaines années, passant de 115 millions en 2000 à 284 millions en 2030. Pour marquer la Journée mondiale du diabète, le 14 novembre dernier, l'OMS s'est engagée à intensifier ses efforts visant à réduire l'impact du diabète et de ses complications, notamment dans les communautés à revenu faible ou intermédiaire, en collaboration avec la Fédération internationale du diabète.

Comme l'a souligné le D^r Catherine Le Galès-Camus, Sous-directeur général de l'OMS chargée des maladies non transmissibles et de la santé mentale, « le diabète s'inscrit dans le cadre de l'épidémie croissante des maladies non transmissibles qui commencent à imposer une double charge de morbidité aux pays les plus pauvres. Confrontés aux problèmes du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose,

ces pays doivent aussi se préparer à faire face à la charge accrue des maladies liées au changement du mode de vie et au vieillissement de la population ».

Le D^r Le Galès-Camus relève néanmoins qu'une grande partie de l'augmentation prévue de la morbidité diabétique est évitable si l'on se préoccupe suffisamment de l'alimentation et de l'exercice physique. L'OMS est en train d'élaborer une stratégie mondiale de l'alimentation et de l'exercice physique qui renforcera les efforts consentis pour aider les États Membres à éviter le diabète et d'autres maladies liées à un régime alimentaire inapproprié et à un mode de vie trop sédentaire.

Chez les diabétiques, une bonne prise en charge de la maladie peut retarder ou même éviter des complications et des incapacités. Pour le D^r Rafael Bengoa, Directeur chargé de la prise en charge des maladies non transmissibles à l'OMS, « encourager les diabétiques à se prendre eux-mêmes en charge, amener les professionnels de la santé à lutter activement contre les facteurs de

risque et réorganiser les services de santé pour traiter les affections chroniques sont autant de solutions qui ont fait leurs preuves. Nous collaborerons avec les pays pour trouver les moyens d'offrir un ensemble minimum de soins même dans les régions les plus pauvres. La prévention et la prise en charge sont complémentaires. Nous devons offrir un ensemble complet de mesures pour répondre aux besoins de tous les membres de la communauté et lutter contre la maladie à tous les stades et dans toutes ses manifestations. »

La charge de morbidité est considérable : au moins un décès sur 20 dans le monde est imputable au diabète et les soins de santé liés à la maladie représentent 2,5 à 15 % du budget annuel des soins de santé, les frais indirects (perte de production, etc.) pouvant être encore cinq fois plus importants.

Le diabète est une maladie chronique qui se caractérise par une hyperglycémie consécutive à l'incapacité de l'organisme de produire de l'insuline ou de l'utiliser de manière adéquate. Près de 90 % des 171 millions de cas estimés dans le monde sont

des cas de diabète de type 2, que l'on considérait précédemment comme une maladie des personnes âgées et des pays riches. Aujourd'hui, la majorité des diabétiques en Afrique ont entre 45 et 64 ans...

« Dans le monde entier, les modes de vie sont en train de changer », a ajouté le D^r Le Galès-Camus. « Nous sommes moins actifs que nos parents et nos grands-parents et notre alimentation est plus riche en sucres

et en graisses, ce qui conduit souvent à une prise de poids et à un accroissement du risque de diabète. A cela s'ajoute encore le vieillissement de la population. Il n'est donc pas surprenant de constater une aggravation de la situation concernant des maladies comme le diabète. »

La Chine illustre parfaitement le phénomène. Le diabète y constitue déjà un problème préoccupant : le nombre de cas en

2000 atteignait 21 millions ce qui signifie qu'un Chinois sur soixante était diabétique. L'obésité progresse elle aussi : une récente étude a montré que, même chez l'enfant d'âge préscolaire, le taux d'obésité a été multiplié par 10 en huit ans et touche désormais 10% des enfants. Cet excès pondéral accroît le risque de diabète avec l'âge. *Communiqué de l'OMS n° 86 - 14 novembre 2003*

RÉFLEXIONS

Nous avons reçu à quelques semaines de distance deux contributions abordant la question de la responsabilité individuelle face à la santé avec des points de vue très éloignés sur la question. Le D^r Pieters défend l'idée largement répandue dans l'opinion que notre système de solidarité collective ne peut couvrir indéfiniment les dépenses occasionnées par les conséquences des comportements erratiques de certains individus. Pour sa part, Christian Léonard, un économiste de la santé, plaide pour la conscientisation plutôt que sur une responsabilisation accrue, qui risque de renforcer les inégalités et d'ajouter du malheur à l'existence des plus malheureux.

Le thème est passionnant, et le comité stratégique d'*Education Santé* n'a pas voulu l'ignorer, au contraire. Il a confié à un de ses membres, le Prof. Alain Deccache (UCL) la tâche d'y apporter quelques nuances supplémentaires.

Si le sujet vous inspire des réflexions pertinentes, ou impertinentes, n'hésitez pas à nous en faire part. Le débat est ouvert...

Christian De Bock, rédacteur en chef

Responsabilité et santé

Un problème inquiétant pour les sociétés occidentales actuelles est celui du coût croissant des soins de santé et des déficits des systèmes de sécurité sociale. Or, se situant parmi l'ensemble des dépenses sectorielles d'un état, le budget de la santé est, comme tous les autres, défini chaque année et limité. A l'intérieur de son enveloppe propre ce budget doit essayer de répondre à la demande et de tout couvrir. Et les ministères des affaires sociales et de la santé manifestement ne s'en sortent pas.

Les campagnes de prévention, qu'elles ciblent l'alcoolisme et le tabagisme, le sida et les drogues, les accidents de la route et l'abus de médicaments coûtent chaque année beaucoup d'argent. Le drame est qu'elles n'ont que peu d'effet. Les personnes, de toutes classes sociales, se laissant aller à ces dérives ou abus de comportement n'ont cure des avertissements réitérés. Les dégâts qui en résultent pour leur santé, manifestés à court terme ou moyen terme, sont en grande partie à charge de la société toute entière. Ceci au nom d'une solidarité dans le malheur, mais aussi dans l'irresponsabilité individuelle, dans l'égoïsme asocial de certains... et dans la bêtise.

Maladie virale chronique encore inguérissable, handicap grave ou mort par accident de roulage, les assuétudes et leurs conséquences sont de lourds tributs supportés par toute la société. Alors que faire de ce constat ? Le professeur G. Sokal écrivait déjà en septembre

1996, dans le *Bulletin de l'Ordre national des médecins* : "La responsabilité des patients et des patients potentiels joue un rôle important dans le domaine de la prévention et d'une prise en charge personnelle et responsable des problèmes de santé. On ne pourra plus indûment (et indéfiniment) porter en compte de la société des habitudes à risque irresponsables et, entre autres, une consommation excessive de médicaments..."

Cet "entre autres" recèle le non-dit qui comprend précisément tous les domaines de la prévention cités plus haut et qui concerne plus généralement la jeune génération d'adultes.

Face aux désinvoltés, le mot "persuasion" est un terme creux ; il semble incapable de pénétrer les mentalités. Il n'a jusqu'ici pas eu l'impact que l'on espérait et le coût / bénéfice de la prévention demeure très négatif à lire les statistiques officielles.

Alors que l'on voit de temps en temps des groupes de citoyens se rassembler et manifester contre des pollutions de leur environnement, la pollution volontaire ou dilettante de leur corps dont ils sont responsables n'entre nullement dans leurs soucis.

On déclare sans cesse avec emphase que les citoyens sont des êtres adultes et conscients, qu'ils le sont à partir de 18 ans, qu'ils le sont devant la loi ("que nul n'est sensé ignorer la loi"), qu'ils ont le droit de vote et doivent payer

leurs impôts et qu'ils doivent respecter un certain nombre de contraintes de vie communautaire à peine de verbalisation. En fait, on doit reconnaître qu'une partie de la population n'est pas mature socialement : elle ne réagit ou ne se comporte de façon conforme que par la peur du gendarme et la crainte d'une ponction financière dans son avoir. Cette partie de la population, plus ou moins importante, ne sent son comportement engagé et contraint socialement qu'à ce niveau-là et sa sensibilité n'atteint pas non plus le seuil du concept de "self respect". Cependant chez certaines instances supérieures de la santé et dans certaines strates de la population, le concept général de "responsabilité vis-à-vis de sa propre santé" et donc par là même vis-à-vis de la communauté fait lentement son chemin.

Alors que, par ailleurs, la déontologie médicale demeurerait inchangée et respectée, il se pourrait qu'une loi vienne à déclarer que "Vu les nombreuses campagnes de prévention financées depuis des années par le pays tout entier, tout citoyen est sensé connaître les dangers pour lui-même et pour son entourage de ses éventuels comportements à risque. Il supportera dorénavant financièrement la plus grande part des soins de santé qui en seraient la conséquence".

L'épargne de fonds importants qui peut en résulter serait une manne pour d'autres problèmes de santé publique fondamentaux :

cancers, maladies génétiques, handicaps lourds, diabète, Alzheimer, etc. Face à cette loi, les individus seraient bien forcés de reconsidérer leur responsabilité vis-à-vis de leur propre santé et de leur entourage immédiat.

Au cours des siècles passés on mettait en quarantaine les malades contagieux ou dangereux. Plus récemment ils étaient placés en isolement hospitalier et obligés de se faire surveiller et soigner. En cela on faisait passer logiquement la philosophie de liberté indivi-

duelle au second plan par rapport à la sécurité communautaire.

Il est peut-être temps que pour les comportements à risque irresponsables, le laxisme légal en la matière soit revu et que le flou juridique trop fréquemment remis sur le métier soit réexaminé clairement avec compétence et souci du bien-être communautaire.

Le problème demeure cependant complexe car un handicap sérieux à des prises de position européennes efficaces réside dans le fait, mal-

heureusement, que l'Europe est encore, à cette heure, une entité disparate dans laquelle chaque pays défend son "exception nationale" et sa sensibilité particulière.

Misons sur une éducation sociale dès le jeune âge et sur une pression constante sur la maturation des mentalités. Il y va de notre civilisation qui doit rester vivable !

D' Guy Pieters

La responsabilisation, une conséquence logique de l'individualisme ?

Il est de ces concepts dont l'ambiguïté est plus porteuse d'inertie que de débats idéologiques. Leur utilisation est d'ailleurs d'autant plus inquiétante que chacun s'accorde à penser qu'ils représentent exactement ce que l'on est prêt à leur concéder comme contenu. C'est incontestablement le cas pour la « responsabilisation ».

Responsabiliser ou conscientiser ?

Dans le secteur des dépenses publiques et tout particulièrement des dépenses sociales comme les remboursements de soins de santé, responsabiliser le patient signifie, dans l'esprit du politique, augmenter le ticket modérateur.

Pour un acteur de la promotion de la santé, le terme responsabilisation fait plutôt référence à une prise en charge, par l'individu, de son capital santé. Pour cela, on est prêt à l'aider, l'accompagner afin qu'il soit conscient qu'il est « acteur » de sa santé et qu'il prenne toutes les dispositions possibles pour la recouvrer ou la garder. Des prestataires de soins, surtout dans les médecines dites alternatives, utiliseront le même concept en mettant l'accent sur l'écoute des signaux que le corps envoie à celui qui en est propriétaire et qui, de ce fait, doit l'entretenir en bon père de famille. L'expression « ce qui vous arrive n'est pas le fruit du hasard » relève de cette approche. Si nous souffrons d'un mal de dos chronique, cela signifie peut-être que nous « endossons » trop les charges qui devraient être mieux réparties au sein de la vie familiale ou professionnelle. Les douleurs, légères au début, sont autant de signaux d'alerte qu'il nous faut prendre en considération. Il ne tient finalement qu'à nous d'alléger la barque, de faire passer un peu plus notre plaisir avant celui des autres, de nous ménager des moments de détente.

De manière presque imperceptible, tous ces discours se rapprochent et se renforcent. Nous devenons indiscutablement les personnes les

mieux placées pour agir sur notre santé. Il suffit ensuite de s'appuyer sur quelques enquêtes ou études pour asséner le coup décisif. La santé est liée au mode de vie, à l'hygiène de vie et il est donc hautement conseillé d'adopter les standards reconnus. Il s'agira donc de ne pas fumer (sauf un petit joint de temps en temps), de ne pas boire (du moins pas plus que la dose reconnue comme bénéfique par les sociétés médicales et œnologiques), faire du sport (mais pas trop pour éviter les fractures de fatigue et les incidents cardiaques), manger sainement (une nourriture variée et certifiée d'origine biologique de préférence) et surtout ne pas céder au stress, car cela risquerait d'annihiler tous les efforts fournis par ailleurs.

Optons donc pour une fonction dirigeante, bien rémunérée et source de nombreuses satisfactions personnelles et pour une vie de famille où l'épanouissement de chacun contribue à l'épanouissement de tous. Il est donc très simple de rester en bonne santé et celui qui n'y parvient pas est responsable de son échec. De nombreuses enquêtes révèlent qu'environ un quart des populations interrogées, quelle que soit la nationalité ou la profession, est prêt à accepter ce que nous nommerons le principe méritocratique.

Nous sommes reconnus responsables de notre santé, il serait donc normal que nous en assumions les conséquences financières. La chirurgie cardiaque serait moins bien remboursée pour ceux qui n'auraient pas fourni d'efforts suffisants pour cesser de fumer, réduire leur taux de cholestérol et augmenter leur activité physique. Comment en effet continuer à justifier l'intervention de la solidarité à l'égard d'un cadre supérieur qui, après un triple pontage, s'empresse de fêter sa sortie de l'hôpital en arrosant abondamment un repas bien lourd qu'il termine par un bon cigare ? Une vision extrêmement réduc-

trice et caricaturale qui fait pourtant son chemin lorsqu'on invoque ce genre de « gaspillages » pour expliquer les déficits de l'assurance maladie et les nécessaires mesures d'économie. Heureusement, un autre quart de la population ne se laisse pas prendre au piège de la stigmatisation de ce type de comportement « asocial ». Ceux-là pensent sans doute plus aux laissés pour compte, bénéficiaires d'un revenu d'intégration, chômeurs de longue durée, malades chroniques et autres invalides qui ne disposent ni de la formation, voire de l'éducation, ni des capacités financières pour appliquer tous ces beaux principes de « saine existence ».

Il reste évidemment ce que l'on pourrait appeler « le ventre mou » de la population qui n'a pas d'avis tranché sur la question et qui est prêt à pencher dans un sens ou l'autre au gré de la force de persuasion de l'argumentation utilisée. En période de basse conjoncture, il est toutefois plus aisé de faire porter la responsabilité des déconvenues budgétaires sur les boucs émissaires parfaits que sont les étrangers et les assistés sociaux.

Les conseils ou mises en garde des prestataires et des travailleurs sociaux n'ont évidemment pas pour but de légitimer les hausses de parts personnelles des patients ou l'introduction d'un système méritocratique. Cependant, les contraintes budgétaires et une certaine mauvaise foi pourraient détourner des discours de bon sens pour en faire des recommandations de bonnes conduites contraignantes.

Le fruit est mûr. Tout est en place pour introduire ou accentuer la responsabilisation alors que les graines de la conscientisation n'ont germé que dans les terrains fertiles, chez ceux qui n'ont pas attendu les messages de prévention et de promotion de la santé pour s'engager sur le « bon » chemin d'un comportement « sanitaire correct ».

Comment en est-on arrivé là ?

Dans le cadre du présent article, il ne nous est pas possible de dépasser le stade de l'expression de thèses voire d'intuitions. Prétendre expliquer une situation sociologique d'une telle complexité en quelques lignes relèverait de la prétention ou de l'inconscience. Qu'il nous soit donc permis de procéder à quelques raccourcis afin de saisir pourquoi il semble si naturel d'utiliser ce terme de responsabilisation tant dans des discours politiques que dans des articles scientifiques et jusqu'au fond de la salle du café du commerce.

Les signes d'un individualisme croissant sont nombreux et ce n'est pas l'action de nombreux bénévoles, dont le rôle est du reste très important, qui suffit à démentir une évidence acceptée par tous. Cet individualisme nous semble lié à la transformation du référent, de ce qui présente une valeur, de ce qui peut faire l'objet d'une recherche pour accomplir ce que l'on appelle une « vie bonne ». Depuis fort longtemps, des transcurrences ont guidé l'homme dans cette quête d'une vie bonne. Les transcurrences cosmologiques et ensuite théologiques ont fait place progressivement à la transcurrence des utopies humanistes qui n'ont pu résister à une certaine forme de l'avènement de l'individu nietzschéen souverain. Même si Nietzsche, qui n'apportait de l'importance qu'à la seule intensité de la vie, considérait comme une absurdité la notion de libre arbitre et l'aspiration du sujet concret à la responsabilité.

Ce sont peut-être les psychiatres et psychanalystes qui les premiers ont détecté ce basculement relativement brusque. Il y a quelques décennies encore, leurs patients les consultaient pour ce qui s'avérait être des sentiments de culpabilité. La loi de Dieu et la loi des hommes dressaient il est vrai de véritables obstacles sur la route du futur pénitent. Progressivement, une société de l'interdit ou du permis a laissé la place à une société fondée sur la liberté, le « tout est possible ». Ce qui n'est pas atteint est alors vécu comme un échec, la culpabilisation fait place à la responsabilisation et, dans les termes d'Alain Ehrenberg¹, à « la fatigue d'être soi ». C'est-à-dire la pression de satisfaire aux standards de vie que les médias déversent à longueur de journée en nous proposant des exemples de réussites physiques, financières ou intellectuelles. Dans ce monde, quelle place reste-t-il pour le citoyen lambda, celui qui ne peut s'identifier au mannequin, au capitaine d'entreprise ou au champion sportif ?

Une spirale destructrice de santé et de cohésion sociale

L'individualisme croissant aurait donc fait le lit de la responsabilisation, ressentie et vécue comme une progressive inaptitude à satisfaire

les exigences d'une société de la consommation et du paraître. Cette responsabilisation se renforce concrètement par l'augmentation de la prise en charge financière de ce qui semble être des choix délibérés. On constate de plus en plus d'exclusions de compagnies d'assurance en raison d'un nombre de sinistres jugés trop important. Des prêts hypothécaires sont refusés ou rendus plus coûteux pour ceux qui n'ont pas « géré » leur taux de cholestérol. Les banques se débarrassent de clients qui ne peuvent assurer des rentrées substantielles régulières. Et enfin, le patient doit supporter une part de plus en plus importante des coûts des soins de santé.

Responsable de son état de santé, il est donc responsable de sa consommation de soins que seul le ticket « modérateur » peut freiner. En outre, les pathologies que cet individualisme génère ne sont que très partiellement prises en charge par la solidarité. Ce qui est sans doute symptomatique d'une part de la manière d'appréhender la responsabilité de chacun dans les maladies mentales au sens très large du terme et d'autre part de considérer comme toute relative l'efficacité des thérapies proposées. Le seul indicateur de la consommation de médicaments psychotropes suffit à révéler un phénomène dont l'ampleur ne peut que nous inquiéter. Entre 1997 et 2001, cette consommation a augmenté de plus de 35 % chez les femmes de moins de 65 ans et de plus de 28 % chez les hommes du même âge. C'est maintenant près de 16 % de la population féminine de moins de 65 ans qui devient dépendante progressivement de ce type de médicaments.

Les contraintes budgétaires et une certaine mauvaise foi pourraient détourner des discours de bon sens pour en faire des recommandations de bonnes conduites contraignantes.

Quelle société étrange où chacun a besoin des autres pour vivre et exister mais où le collectif ne fait plus recette que de manière épisodique. Une cause, même lointaine, à défendre et des centaines de milliers de personnes se mettent en marche, mais de retour chez soi chacun se replie sur son ambition ou son désespoir. On ne peut regretter les sentiments de culpabilité engendrés par la soumission aux différentes formes de transcurrences. Cependant, ces dernières constituaient le lot commun du plus grand nombre. Petits et grands se sentaient ou se savaient jugés par le même souverain ou le même Dieu. Une faute restait une faute quel que soit le rang de celui qui l'avait commise. D'ailleurs, la justice divine ne semblait-elle pas plus exigeante envers les nantis pour lesquels

l'entrée dans le Royaume de Dieu paraissait si difficile ? En outre, les sentiments de culpabilité étaient surtout le fruit d'une mauvaise transmission et compréhension de l'essence même de la transcurrence. Sans doute a-t-il fallu beaucoup d'ignorance, et donc de peur, pour susciter et entretenir ce sentiment de culpabilité face à un Dieu d'Amour et de miséricorde.

Quoi qu'il en soit, nous nous transformerons dorénavant en individus atomisés qui vivent les uns à côté des autres et qui s'essoufflent dans des quêtes vaines d'une reconnaissance futile mais nécessaire pour notre équilibre physique et mental.

Aujourd'hui, nous sommes libres mais nous payons immédiatement nos erreurs ou du moins les conséquences de ce qui est considéré comme le fait de notre volonté. Mais sommes-nous réellement les acteurs de notre vie ? En ce qui concerne cette responsabilisation des coûts des soins de santé, est-il raisonnable de penser que nous en soyons complètement les initiateurs ? Au delà du processus selon lequel l'offre peut, d'une certaine manière, créer la demande, de nombreux déterminants interagissent pour développer ou amoindrir notre capital santé. Ce capital qui, dès la naissance est réparti de manière si inégalitaire et correspond souvent aux inégalités de santé et sociales des générations précédentes. Quel est en outre notre liberté d'action pour modifier notre hygiène de vie tellement liée à notre éducation ? Comment pouvons-nous œuvrer pour améliorer notre environnement de travail ou écologique ?

L'ensemble des politiques participent pourtant de la même logique « responsabilisante ». Tout ce qui constitue l'Etat social actif mais aussi le contenu et l'ampleur de la réforme fiscale renforcent cette autonomie de chacun rendue nécessaire par la force des choses. En effet, les réductions d'impôts représentent une hausse de pouvoir d'achat que l'homo œconomicus est sensé affecter de manière optimale à la satisfaction de ses besoins. Libre, il doit choisir par exemple entre une amélioration de son bien-être dans le court terme et une couverture de ses coûts de santé hypothétiques mais probables dans le moyen et long terme. Dans les faits, ce sont ceux qui bénéficieront le moins de cette réforme qui subiront le plus son coût social, c'est-à-dire la réduction des dépenses publiques qui rendaient accessibles des biens publics essentiels à la réduction des inégalités. Ce sont eux également qui devront fournir le plus grand effort pour obtenir et comprendre l'information, forcément imparfaite, indispensable pour effectuer des choix dits optimaux.

Notre propos n'est évidemment pas de prôner l'assistantat généralisé mais plutôt de différencier la responsabilisation de la conscientisation, surtout dans le domaine de la santé. En l'état actuel des politiques d'emploi, de loge-

¹ Alain Ehrenberg, La fatigue d'être soi, Dépression et société, Odile Jacob, 1998

ment, de mobilité, de formation et de santé, il ne serait pas décent de responsabiliser davantage les membres d'une société dont les rouages empêchent si peu la reproduction des inégalités de tous types. La santé qui est en quelque sorte le réceptacle des conséquences

de toutes ces inégalités ne doit pas faire l'objet d'une responsabilisation financière ou morale du patient. Cette dernière ne peut qu'exacerber le sentiment d'échec qui accompagne la souffrance de la maladie. Ne suffit-elle pas ?

Christian Léonard, Chef du département Recherches Et Développement, Alliance nationale des mutualités chrétiennes

Article paru dans *La Revue Nouvelle*, numéro d'avril 2003

La paille et la poutre

Education et santé, entre responsabilité individuelle et responsabilité sociale

Depuis des années, l'éducation pour la santé est au cœur d'un interminable débat, celui de la place des facteurs individuels et des facteurs sociaux dans la genèse des comportements de santé, et plus largement du mode de vie lié à la santé. Il s'accompagne invariablement de la question : « Qui est responsable de la santé et qui doit en assumer le coût ? ». Ces questions, fondamentales pour les pratiques de prévention des maladies et de promotion de la santé, influencent les orientations des politiques de santé et des programmes d'éducation pour la santé. On connaît les influences réciproques entre les dimensions idéologique (axiologique : au nom de quoi ? pour quoi faire ?), théorique (ontologique : quoi et sur quoi faire ?) et méthodologique (praxéologique : comment faire ?) de la promotion de la santé. La réponse à chaque question influence le choix de réponses aux autres, jusqu'à définir le champ des possibles au niveau des actions de promotion de la santé.

La politique actuelle vise une éducation émancipatrice, formant à la responsabilité « citoyenne » (rejetant une éducation qui normalise et rend obéissant), favorisant la lutte contre les inégalités sociales et sanitaires (reconnaissant à la fois que les comportements de santé sont une des composantes de la santé, et qu'ils apparaissent différemment selon les conditions sociales) et intégrant prévention des maladies et maintien de la santé (inscrivant ses actions à la fois dans le moment présent (l'urgence) et dans le temps (prévision)).

Une telle position est de nature idéologique, et son implication sur les actions est évidente : on n'y fera pas la même promotion de la santé que si l'on ne valorisait que la responsabilité et la réponse individuelles dans le domaine de la santé. Cette réflexion ne s'applique d'ailleurs pas qu'à la santé, tous les domaines de la vie sont concernés : emploi, logement, éducation, qualité de vie, sécurité, relations humaines...

Le concept de promotion de la santé, tel que défini par la Charte d'Ottawa, régit aujourd'hui le champ politique et professionnel de la santé, sauf dans le domaine des soins curatifs où il a toutes les difficultés du monde à pénétrer, et pour cause !

Il apparaît utopique parce qu'il implique clairement l'action concertée de tous les domaines de la vie qui influencent la santé, et ils sont nombreux. Au niveau des politiques, nationales, régionales, locales, il nécessite une sérieuse collaboration entre ministères, départements et services, et au niveau des professionnels, entre organisations éducatives, environnementales, de partage de moyens, d'entraide, de pression sociale, etc. On est bien loin du compte.

Mais ce concept a aussi l'immense avantage de résoudre le problème de la part de responsabilité, individuelle ou sociale, de la santé. Il tranche indiscutablement en faveur d'un mélange réaliste des deux ! Le débat aberrant qui traîne, parfois sans citer son nom, est ainsi résolu. Du moins en théorie, parce que maintenant la question est : « Comment faire la part entre les enjeux et les besoins individuels et sociaux ? » (et comment y affecter les ressources sociales ?), auxquels toute collectivité est confrontée. Cela ne se limite évidemment pas aux questions financières !

C'est sur ce plan que G. Pieters, l'auteur du texte « Responsabilité et santé » a choisi de construire son argumentation en faveur d'une plus grande

responsabilisation individuelle en matière de santé et de maîtrise des coûts de santé. Ce faisant, il aborde pêle-mêle dans son constat le déficit grandissant de la sécurité sociale (en particulier de l'assurance maladie), l'inefficacité de la prévention et de la persuasion, la surconsommation de médicaments, l'irresponsabilité de certains vis-à-vis de leur santé, le laxisme légal sur les comportements irresponsables, le flou juridique existant et le danger pour « notre civilisation qui doit rester viable ».

Ces arguments sélectifs, soutenant la thèse de la nécessité d'une politique plus répressive (pression constante), et d'une éducation précoce à assumer ses responsabilités en matière de santé, omettent de nombreux autres éléments, que plusieurs chercheurs et auteurs ont mis en évidence, et qui contredisent ou pour le moins atténuent ses constats.

Prévention et déficit du budget de la santé

Il est curieux de lier les dépenses de la santé aux seuls comportements de santé. S'il est clair que ces derniers jouent un rôle important (43 % de la mortalité, selon Dever (1)), ils ne représentent qu'une faible part de l'affectation des ressources de santé (1,5 % aux USA selon Dever, 0,1 % en Belgique). Il est indiscutable que la part des dépenses de santé la plus importante et celle qui a le plus « explosé » est celle liée aux soins, diagnostiques, médicaux et chirurgicaux, suivie des dépenses de médicaments.

Pour rester dans les finances, les ressources et investissements devraient aussi être examinés : si les budgets de prévention représentent 0,1 % de ceux de la santé en Belgique, la situation est aussi interpellante au niveau européen. Ainsi, la Commission européenne dépense 400 fois plus pour le soutien à l'agriculture du tabac que pour en prévenir la consommation (source : information non publiée CEE DGV 1999).

Les économies de santé réalisables devraient commencer là où elles sont les plus efficaces. 50 % des soins de santé et des traitements

Conditions indispensables à la santé

La santé exige un certain nombre de conditions et ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- se loger ;
- accéder à l'éducation ;
- se nourrir convenablement ;
- disposer d'un certain revenu ;
- bénéficier d'un éco-système stable ;
- compter sur un apport durable de ressources ;
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

(*extrait de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, novembre 1986*)

sont efficaces et utiles, et 50 % des dépenses concernent 5 % de la population. Cela n'exclut évidemment pas la réduction des risques et de leurs conséquences. Mais à ce jeu on parviendrait à des choix dangereux.

Prévention et efficacité

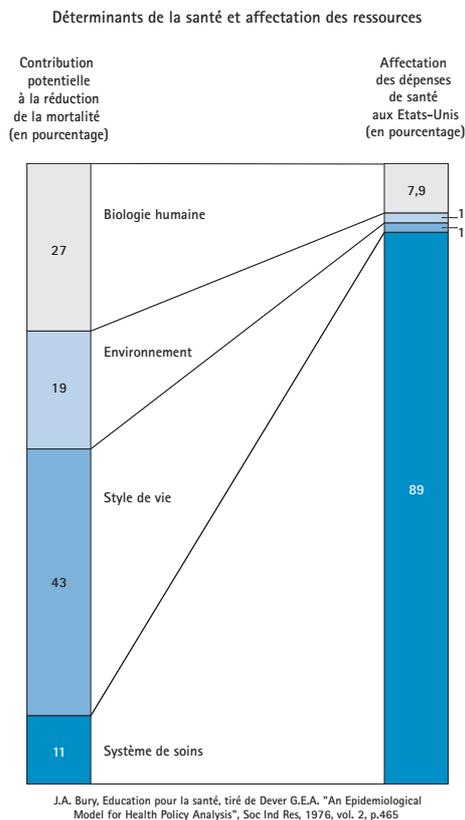
La mesure de l'efficacité de la prévention et de l'éducation pour la santé dépend de deux choses : d'une part des indicateurs utilisés ou privilégiés (savoirs de santé, facteurs psychosociaux, comportements, compétences, représentations sociales, attitudes, données biologiques, cliniques ou épidémiologiques...), et d'autre part du moment de l'évaluation (immédiatement après, à moyen terme, à long terme...).

On sait que les campagnes antitabac ont diminué la proportion de fumeurs de manière timide (environ 1 à 2 % par an), mais on sait aussi qu'en une génération, on a profondément modifié l'image, la représentation sociale du tabac, ce qui est une étape importante dans le changement. Remarquable victoire, vu que l'information et l'éducation du public luttent à armes très inégales contre les moyens puissants et persuasifs des cigarettiers, soutenus passivement par les pouvoirs publics européens et nationaux.

La situation est la même en matière de consommation de médicaments, tant pour les prescripteurs que pour les consommateurs : il suffit de remplacer cigarettiers par industrie pharmaceutique, et les autres industries assimilées, comme les fabricants d'"aliments". En France, les bureaux de tabac se sont qualifiés publiquement de « commerces de proximité » sans que cela ne soulève d'objection. A quand les dealers ? Pour le citoyen, il y a de quoi s'y perdre.

On sait aussi que des mesures de réduction brutale de l'accessibilité financière du tabac portent des fruits inattendus (premiers chiffres publics en France fin 2003 : 14 % de ventes en moins) : sur le plan de la psychosociologie de la santé, c'est un levier important, mais il n'est pas le seul, loin s'en faut ! Ici aussi, on peut parler de résultats importants, dans un contexte où peu de choses sont favorables à l'arrêt du tabagisme : échanger un plaisir contre d'éventuelles conséquences à long terme ? Il faut le vouloir, alors qu'on continue d'être sollicité, visuellement (sport et tabac), physiquement (de l'ammoniac et du cacao dans le tabac pour augmenter la dépendance ? Oui, et avec l'approbation silencieuse des pouvoirs publics : Godiva et Galler devraient s'insurger !), psychologiquement et socialement. En vendant du tabac, on a longtemps « vendu » l'image d'être libre, adulte, heureux, etc. Il y a peu, on offrait encore des cigarettes sans risque de procès pour tentative d'assassinat !

Enfin, si la prévention organisée, individuelle ou collective, existe depuis 4 ou 5 décennies, on commence seulement à mieux comprendre



les tenants et aboutissants des comportements de santé, et encore plus récemment à élaborer des programmes préventifs ou de promotion de la santé qui intègrent les savoirs scientifiques en question.

Conséquences sociales et responsabilité des risques et des accidents

L'argument de faire porter « indûment et indéfiniment à la société des habitudes à risque irresponsables, et entre autres une consommation excessive de médicaments » nécessite une réponse. Tout d'abord, si la société supporte les conséquences de ces actions, c'est bien chaque victime qui les supporte d'abord et avant tout, dans sa santé, sa vie et son portefeuille. Jusqu'à nouvel ordre, les ressources sociales sont aussi celles de tous et de chacun.

Si la société décide de supporter certains coûts, c'est bien aussi parce que sa responsabilité est engagée. Evidemment, si l'on s'en tient à une vision strictement individuelle de

la santé, proche de celle du système américain où chacun doit assumer les coûts de sa santé et son assurance de santé, la part de la société est mise en cause, et l'on aboutit au « victim blaming » que d'aucuns ont annoncé. Cette vision ultra-libérale ne résout rien : les Américains consacrent au final plus de leurs ressources que nous le faisons à la santé, à la différence qu'ils disposent de couverture sociale non-obligatoire.

Sur le sujet des médicaments, s'il est admis que la consommation a atteint, en Belgique comme en France, des sommets dangereux (pour la santé et le budget de l'Etat et des familles), les causes de cette surconsommation sont loin de celle annoncée par le Dr Pieters. En Belgique, 90 % des médicaments vendus le sont sur prescription médicale ! et 9 consultations sur 10 s'y achèvent par une prescription de médicaments, contre 53,9 % aux Pays-Bas par exemple (voir le tableau). Le patient a bon dos ! On sait que les Ecoles de médecine ne préparent ni à la prescription de médicaments (aspects relationnels, explications, alternatives...), ni au rôle de soutien – conseil – écoute grandissant des médecins et autres soignants, dont la maîtrise est une alternative crédible à la non-prescription hâtive de la 'solution' médicament. Comment aider un patient insomniaque autrement que par des somnifères et autres antidépresseurs, si l'on n'a pas le réseau socio-sanitaire utile, et les moyens d'y faire appel pour comprendre et résoudre le problème (emploi, endettement, solitude, peur existentielle...) du patient ?

Irresponsabilité de santé ?

Il y a deux manières de concevoir la responsabilité comme objectif d'éducation. Etre responsable c'est assumer les conséquences d'un acte. C'est, étymologiquement, en rendre compte, répondre de... Cela peut-être aussi, dans la logique de l'empowerment, être capable de répondre à une situation, d'y faire face par des choix et des comportements appropriés. L'éducation pour la santé par « empouvoirement » revient à donner ou rendre à l'apprenant le pouvoir possible sur sa santé, et sur les facteurs et conditions qui l'influencent, qu'ils soient individuels ou collectifs, internes (à l'individu) ou externes (sociaux ou environnementaux).

Part des ventes de médicaments non-prescrits et de consultations médicales sans prescription, en Europe.

Médicaments vendus sans prescription (Rosa Rosso, 1986)

Pays	Belgique	France	Italie	GB	Pays-Bas
% ventes	10	23	5	22	-

Consultations sans prescription de médicaments (IMS Farma Feiten, 1990)

Pays	Belgique	France	Italie	GB	Pays-Bas
% consultations	8,5	21,5	4,2	26	46,1

Dans les deux visions de la responsabilité, un ingrédient est indispensable : la liberté de choix. Et c'est là que la première vision de la responsabilité montre ses limites et son incohérence. Si l'éducation doit être persuasive et normative, elle vise l'obéissance et exclut partiellement la liberté.

On ne peut confondre les règles, coercitives, et dont le respect est attendu et sanctionné (positivement ou négativement), avec les comportements de santé, libres mais dont les conséquences seront assumées, selon les priorités et les possibilités des personnes.

Les deux coexistent et font l'objet d'un apprentissage de nature différente selon le cas.

Enfin, la question soulevée par le Dr Pieters concerne tous les comportements de santé, et plus largement le mode de vie lié à la santé. Lorsqu'il parle « d'une partie de la population désinvolte et socialement immature », il ne se doute probablement pas qu'il parle de tous.

Si les adjectifs qu'il utilise se réfèrent aux personnes qui adoptent des comportements défavorables à leur santé, comment ne pas se

rappeler les cordonniers mal chaussés. L'étude la plus citée sur les comportements d'adhésion aux prescriptions de médicaments montre que les soignants sont aussi peu « observants » que leurs patients, lorsqu'ils doivent eux-mêmes suivre un traitement (Haynes et Sackett, 1979)! Ces mêmes professionnels de santé présentent les mêmes comportements (inadaptés) que leurs patients en matière de mode de vie, de sommeil, d'hygiène, d'alimentation, d'activité physique, de surpoids, etc. Lorsque Pieters reproche à ses concitoyens de ne pas être parfaits, sont-ils pour autant irresponsables ? Le débat prend une autre tournure, éloignée des préoccupations de la promotion de la santé.

Les arguments et conceptions que véhicule le texte de G. Pieters peuvent choquer les puristes et les professionnels de la promotion de la santé (qui tous deux connaissent les options et les implications de la Charte d'Ottawa). Toutefois, ces conceptions existent, et sont parfois dominantes dans certains milieux. Il ne faut pas les ignorer, mais par une éducation (encore !?) appropriée, il est possible

d'apprendre à les nuancer et les replacer dans leur contexte, et surtout à être capable d'en éviter les écueils et le simplisme, tant dans l'analyse que dans les solutions.

Peut-être faudrait-il accorder plus d'importance à la déclaration préliminaire de la Charte d'Ottawa ?

Peut-être faudrait-il qu'*Education Santé* se livre plus souvent à des débats contradictoires ?

Alain Deccache, UCL-RESO- Education pour la santé – Education du patient, Université catholique de Louvain.

Bibliographie

DEVER G.: an epidemiological model for Health Policy Analysis, Soc Ind Res, 2-465, 1976

BURY JA : Education pour la santé, Ed de Boeck-Université, (Ed. 1999), Bruxelles, 1988

BRIAN HAYNES et SACKETT : Compliance in Health Care, John Hopkins University Press, Baltimore, 1979

MATÉRIEL

A quelle faim se vouer ?

Pour répondre à cette question, un conseil qui ne manque pas de piquant : « Des livres à déguster – pour explorer la santé en savourant des livres », la dernière parution de l'asbl Coordination, Education et Santé (CORDES).

Destiné à un public d'enseignants, animateurs et intervenants 'santé' à l'école, « Des livres à déguster » n'est autre qu'un alléchant répertoire d'ouvrages de jeunesse décortiquant les goûts ou dégoûts, les habitudes de repas, les cultures, les normes, les aliments, ce qu'ils sont, ce qu'ils font et ce qu'ils deviennent, ou encore, tout simplement des livres de recettes à vous mettre l'eau à la bouche... Une sélection réalisée dans le cadre du programme de promotion de la santé « Les midis à l'école », subsidié

par la Communauté française de Belgique. Ce savoureux répertoire est à explorer et déguster avec des enfants des classes maternelles et primaires, seul ou en groupe, à l'école voire même en famille. Parce qu'il est une invitation à la parole, à la découverte, au voyage dans l'imaginaire ou la réalité. Parce qu'il est une mise en appétit, pouvant amener les enfants à s'intéresser à leur santé.

Une centaine de livres, fictions ou documents, ont été sélectionnés puis regroupés par chapitre selon leurs possibilités d'exploitation dans un contexte éducatif. Vous pourrez ainsi choisir et composer des menus pédagogiques, selon les circonstances, le temps disponible, les objectifs et l'appétit de vos petites têtes blondes. S'ils ont une idée derrière la tête, il vous suffira de vous

reporter au chapitre correspondant. Et si vous êtes en manque d'inspiration, consultez le menu à la carte, où les titres et auteurs des livres sont listés par ordre d'apparition.

Les commentaires qui accompagnent ces différents mets littéraires donnent un aperçu du contenu et suggèrent des pistes de discussion sur des questions liant alimentation et santé.

A siroter, assurément...

M. M.

« Des livres à déguster », à commander au prix de 9 euros à CORDES, Coordination Education Et Santé asbl, rue de la Rhétorique 19, 1060 Bruxelles, tél.: 02 538 23 73, courriel : cordes@beon.be

Maman, j'ai mal au ventre

Dès le plus jeune âge, l'enfant affronte naturellement des moments de tension ou d'angoisse. Il parvient à s'y adapter, par moments, mieux que d'autres, mais chaque enfant ressent ces défis à sa façon et y

réagit différemment. La nouvelle brochure des Mutualités libres aide à prévenir et à aborder les maladies psychosomatiques chez l'enfant. L'enfant peut exprimer les choses et ses senti-

ments par la parole, l'acte et la psychosomatisation. Ce terme sous-tend que l'apparition de certains symptômes corporels a une origine qui n'est pas purement physique. Dans ce cas, l'enfant exprime sa souffrance et éva-

cue son stress interne par le corps, à défaut de pouvoir le dire avec ses mots.

Face au stress, l'enfant réagit différemment selon son âge, sa personnalité, l'environnement dans lequel il évolue. Tantôt, il peut présenter un réel problème médical (eczéma, diarrhée, fièvre), tantôt il peut se plaindre de divers maux ou refuser de manger, sans être réellement malade. Bien souvent, ces manifestations psychosomatiques dépassent sa volonté de faire semblant : l'enfant souffre.

Il faut le soutenir et prendre le temps de l'écouter, observer chez lui toute manifestation émotionnelle ou physique inhabituelle, le stimuler à exprimer librement les choses, l'encadrer en lui imposant des limites claires. Un diagnostic médical s'avère indispensable avant de conclure à un réel trouble psychosomatique.

Des conseils simples de prévention du stress – suffisamment d'heures de sommeil, du sport, une alimentation équilibrée, des moments d'inactivité entre les devoirs ou

les cours,... – permettront à l'enfant et à ses parents d'aborder ensemble et en douceur un moment difficile.

La brochure "Des mots pour des maux chez l'enfant" est disponible gratuitement dans les bureaux locaux de l'Union nationale des mutualités libres, ou auprès de son service promotion santé, rue Saint-Hubert 19, 1150 Bruxelles. Tél.: 02 778 92 11.

Fax : 02 778 94 04.

Courriel : promotionsante@mloz.be

Internet : <http://www.mloz.be/ies>

LU POUR VOUS

L'asthme en Belgique, un rapport détaillé

L'asthme est une cause majeure de morbidité dans le monde, près de 100 millions de personnes. Victimes désignées, les enfants, chez qui l'asthme est la maladie chronique la plus fréquente. Qu'en est-il en Belgique ? Comment prévenir cette affection ? Quel rôle la pollution joue-t-elle dans sa prévalence ? Vous trouverez réponses à ces questions et d'autres encore dans le nouveau dossier thématique du CROSP « L'asthme et la pollution de l'air », rédigé par Marina Puddu et Jean Tafforeau. Morceaux choisis.

En Belgique, l'asthme représente près de 300 décès par an, soit 0,28 % des décès dans la population générale. Mais l'impact de l'asthme est beaucoup plus important en terme de morbidité.

La pollution, facteur aggravant

Les études et enquêtes réalisées montrent que la prévalence de l'asthme diagnostiqué varie de 2 à 8 % et qu'elle croît d'année en année.

La pollution peut-elle ici être mise en cause ? En théorie, oui, mais il ne s'agit encore que d'une hypothèse, expliquent les auteurs.

Même si l'asthme semble être plus fréquent dans les pays industrialisés, peu de résultats montrent que la pollution de l'air est directement responsable de l'apparition de nouveaux cas d'asthme dans nos pays. Toutefois, les polluants provenant notamment du transport routier et des industries ont un impact négatif sur le système respiratoire et sont en cela un facteur aggravant de l'asthme notamment. En Belgique, on constate ces dernières années une amélioration de la qualité de l'air ambiant, suite à une diminution des polluants

émis par les industries, mais les émissions provenant du transport routier sont par contre en augmentation...

Impact social et économique

Que ce soit pour les malades, leur entourage ou pour la société, la charge que représente l'asthme au niveau social et économique est énorme. Les petits asthmatiques risquent des difficultés d'apprentissage et ont plus souvent besoin d'un accompagnement scolaire. L'asthme peut également affecter leur développement psychologique. Chez les adultes, cela peut entraîner une diminution de la productivité au travail, voire une perte d'emploi.

Ce rapport fait état de coûts directs médicaux (médicaments, consultations, hospitalisations) s'élevant pour la Belgique en 1996 à 2441 euros par patient. Sans compter les coûts annexes tels que l'aménagement de l'habitat, l'achat de housses anti-acariens etc, ainsi que les coûts indirects représentés par une perte d'emploi, la dégradation de la qualité de vie et les 'inchiffrables', telle la souffrance engendrée...

Éléments de prévention

Eviter les complications, limiter les symptômes, tels sont les objectifs d'une prévention de l'asthme, rapportent les auteurs.

En terme de prévention primaire, il s'agira d'éviter toute condition favorable au développement de la maladie, afin de prévenir ou retarder sa survenue chez des sujets prédisposés. Les femmes enceintes elles-mêmes allergiques peuvent déjà modifier leurs habitudes tabagiques, optimiser leur alimentation et éviter toute exposition aux sensibilisants.



Photo © Tischaem/Sipa Press/Isopress SenePART

Après la naissance, l'allaitement maternel est à encourager bien que ceci reste toujours controversé. Enfin, l'amélioration de la qualité de l'air intérieur par l'éviction des allergènes et l'aménagement de l'habitat représente un réflexe préventif capital.

Le dépistage et la détection précoce de l'asthme sont à encourager dans le cadre d'une prévention secondaire. Beaucoup de jeunes asthmatiques s'ignorent...

Enfin, l'asthme établi, il est conseillé en terme de prévention tertiaire, d'assurer l'éviction des allergènes et des facteurs déclencheurs dans le but de prévenir les crises d'asthme et

de réduire les traitements médicamenteux. Education du patient et du personnel soignant, évaluations, et suivi de la maladie et des soins sont les maîtres mots d'une bonne prise en charge du patient asthmatique.

Recommandations

Le dépistage à grande échelle est aussi une mesure préventive à envisager, estiment Marina Puddu et Jean Tafforeau. D'après une récente enquête bruxelloise, 50 % des enfants asthmatiques en milieu scolaire sont méconnus et ne bénéficient donc pas d'une prise en charge adaptée. Or il n'existe malheureusement pas pour l'instant de test efficace et fiable de dépistage de l'asthme.

Avant l'âge de deux ans, les asthmes et les allergies sont encore trop souvent sous-diagnostiqués, sous-traités ou mal traités, d'où la nécessité d'une détection précoce.

Il faudrait également centrer les efforts sur une réduction des coûts globalement élevés

du traitement de l'asthme, qui de ce fait est moins bien suivi surtout dans les familles à faibles revenus.

Les auteurs plaident encore pour une meilleure information des patients, de leur entourage et du personnel soignant, notamment en ce qui concerne les directives nationales et internationales largement appliquées en matière de traitement de l'asthme.

Il serait par ailleurs opportun que les évolutions thérapeutiques en la matière fassent l'objet d'une formation continue des médecins.

Enfin, le développement de nouveaux médicaments et l'étude scientifique clinique d'un traitement optimal de l'asthme représentent aussi une stratégie importante de lutte contre la maladie.

Un asthmatique l'est en général à vie. La guérison totale est rare. Ces interventions,

éléments conseillés d'une politique de santé en matière de lutte contre l'asthme en Belgique, peuvent au moins contribuer à réduire le déclenchement des crises d'asthme et, par là, améliorer un tant soit peu la qualité de vie des malades.

Myriam Marchand

« *L'asthme et la pollution de l'air - Etat des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique* », Marina Puddu et Jean Tafforeau, travail effectué dans le cadre du Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique (CROSP), dernière mise à jour : août 2003. Pour toute information ou obtention d'un exemplaire, contactez M^{me} Puddu Marina, ISP, Section d'épidémiologie, 14 rue J Wytzman, 1050 Bruxelles, tél.: 02 642 57 92, fax : 02 642 54 10. Ces textes peuvent également être consultés sur le site : www.iph.fgov.be/epidemi/morbidat

Retour sur le programme quinquennal 1998-2003

Nous avons évoqué dans *Education Santé* le bilan (partiel) qui a pu être fait du premier Programme quinquennal de promotion de la santé instauré par le décret du 14 juillet 1997¹.

La Direction générale de la santé propose aujourd'hui un bilan établi sur base d'un travail préparatoire de ses services et des quatre Services communautaires de promotion de la santé, ULg-APES, ULB-Promes, UCL-RESO et Question Santé asbl.

Ce document reprend plusieurs éléments de l'article en les détaillant :

- une analyse de la répartition des budgets (1998-2002);

- une analyse de la répartition des espaces audiovisuels alloués par la Communauté française (1998-2002);

- des tableaux récapitulatifs par priorité, assortis de perspectives pour 2003-2008. Par manque de place, un seul de ces tableaux (maladies cardio-vasculaires) avait été publié dans *Education Santé*. Le lecteur trouvera ici un grand nombre d'informations sur 13 autres priorités.

L'analyse qualitative de la réalisation des priorités, présente dans la revue, n'a pas été retenue ici.

Ce document quelque peu austère a le grand mérite de constituer une trace

concrète des avancées observées ces cinq dernières années. L'impression en couleur en facilite la consultation, en particulier des nombreux graphiques.

Renseignements : Sabine Piérard, DG Santé Communauté française, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Tél.: 02 413 26 34.

Courriel : sabine.pierard@cfwb.be

Le document peut aussi être téléchargé à l'adresse suivante :

www.cfwb.be/sante/charger/bilanProg5.pdf

¹ Voir *Education Santé* n° 184, p. 10 à 16.

L'accompagnement des mourants en roman

Avec « *Le Diable est dans les détails* », Marc Durin-Valois signe son deuxième roman. Il a pour cadre un centre de soins palliatifs et pour sujet la rencontre entre un bénévole et une patiente. Tous deux sont des révoltés. Lui par la société formatée dans laquelle il essaie tant bien que mal de survivre, elle par la maladie dont elle ignore pourtant encore la gravité.

Il opte, se démarquant des soignants offi-

ciels, pour encourager jusqu'au bout les malades. Selon lui, annoncer le pronostic et évaluer l'échéance fatale conduit trop souvent à la résignation : « Il ne fallait rien dire à Alexandra. Elle avait encore la force et le besoin de lutter. Elle ne se doutait de rien. Il fallait lui laisser sa fraîcheur, sa pureté. »

De page en page, Marc Durin-Valois défend ce point de vue. Il le fait bien, et a le mérite de poser aussi la question de la motivation

dans la démarche d'aider l'autre. Pour sa part, le bénévole du roman identifie « le désir d'apprendre en creux le contour de l'existence en se familiarisant avec son processus de destruction ».

V.J.

*Marc Durin-Valois, *Le Diable est dans les détails*, Lattès, 2003*

La promotion de la santé à l'hôpital en Belgique et en Europe : bibliographie commentée

Parler de santé, et donc de promotion de la santé à l'hôpital peut paraître évident, et pourtant, en y réfléchissant de manière plus approfondie, on réalise que l'hôpital a toujours été davantage un lieu centré sur la maladie (en l'occurrence la lutte contre la maladie) que sur la santé.

En effet, même si au fil du temps, les conceptions de la santé et de la promotion de la santé ont évolué¹ vers une approche globale plaçant la santé de l'individu au centre de facteurs d'origines diverses (sociale, psychologique, biologique...) et ne la limitant plus à une absence de maladie, ces conceptions de la santé ont encore du mal à trouver leur place dans les hôpitaux et les établissements de soins.

Des initiatives ont néanmoins été mises en place pour passer d'une approche uniquement curative à des préoccupations centrées davantage sur la prévention et sur la santé globale du patient. C'est le cas notamment grâce au programme des *Hôpitaux promoteurs de santé* mis sur pied par l'OMS.

Ce programme entend encadrer les actions de promotion de la santé à l'hôpital tant du point de vue des concepts que de la méthode. La *Déclaration de Budapest* en 1991 en fixe les objectifs généraux en 17 points qui définissent les missions spécifiques des Hôpitaux Promoteurs de Santé (HPS). « Un Hôpital Promoteur de Santé inclut les concepts, les valeurs et les normes de promotion de la santé dans sa structure organisationnelle et dans sa culture. Il développe des démarches visant à permettre aux individus qui le fréquentent (patients, membres du personnel, public) d'améliorer la prise en charge de leur santé. »² Sur base d'un projet pilote de 5 ans, les *Recommandations de Vienne* (1997) suggèrent des stratégies de mise en œuvre.

En Belgique, le réseau des HPS de la Communauté française s'est créé en 1996 sur invitation de l'OMS et au départ de l'Hôpital Erasme. Limité à l'origine aux 3 Centres Hospitaliers Universitaires³, le réseau comprend actuellement 9 hôpitaux⁴.

En interrogeant la base de données DOCTES (base de données bibliographiques partagée du RESOdoc, service de documentation de l'unité UCL-RESO, consultable en ligne⁵) avec le mot-clé 'Hôpital promoteur de santé', 58 documents sont signalés. Une sélection parmi ceux-ci a été effectuée de manière à commenter des références récentes, à caractère général et de préférence en français. Cependant, le sujet est majoritairement débattu et commenté en anglais, cette bibliographie

comprend donc des références anglophones. Tous ces documents peuvent être consultés ou empruntés au RESOdoc. Leur cote de localisation se trouve en fin de référence.

Dossier sur les Hôpitaux Promoteurs de Santé, (2002), La promotion de la santé à l'hôpital in La Santé de L'Homme, 360, pp. 16-42. Cote : RESO S.02

Ce dossier coordonné par P. Buttet propose 13 articles traitant de la promotion de la santé à l'hôpital. Une première partie plus théorique se consacre à l'étude des objectifs et de la méthode de mise en œuvre de la promotion de la santé à l'hôpital. La deuxième partie est axée sur des témoignages. Les articles commentent des actions de promotion de la santé appliquées à des patients, des soignants ou des visiteurs. En outre, de nombreuses références bibliographiques sur les Hôpitaux Promoteurs de Santé sont signalées.

AUJOULATI., LE FAOU A.L., SANDRIN BERTHON B., MARTIN F., DECCACHE A. (2001), Implementing health promotion in health care settings : conceptual coherence and policy support in Patient Education and Counseling, 45, 4, pp. 245-254. Cote : RESO P.12

Cet article traite du niveau et des conditions de développement du concept d'"Hôpital Promoteur de Santé" en France et en Europe. Cette recherche montre que les lignes directrices, qui définissent la manière dont doit être établi le concept de promotion de la santé dans les milieux des soins de santé, ne sont pas suffisantes. De plus, elle souligne qu'une recherche approfondie est recommandée afin de mieux définir les compétences personnelles qui doivent être développées via l'éducation pour la santé dans les milieux de soins et comment le développement de ces compétences peut être lié à d'autres priorités dans les milieux des soins de santé.

MARTIN F. (2003), Le moyen de valoriser le fil à plomb de la santé in Revue Hospitalière de France, n° 492, pp. 12-16. Cote : RESO WB.02.04.11

Longtemps exclue du soin des hôpitaux, la promotion de la santé a fait preuve de son efficacité dans le réseau OMS des hôpitaux promoteurs de santé, en particulier dans le domaine du management hospitalier. Face aux forces multiples et contradictoires, présentes et à venir, s'exerçant sur l'hôpital, l'intégration de la promotion de la santé est le moyen de « valoriser le fil à plomb de la santé » permettant de garder la mesure et le sens des prestations délivrées à l'utilisateur de l'hôpital.

DECCACHE A., LIBION F., VAN CANGH C., DUMONT J., COLLIGNON J.L., BORGES M., (1999), Promouvoir la santé dans les milieux de soins et les hôpitaux ? Une enquête en Communauté française de Belgique in Promotion Et Education, 6, 1, pp. 31-35, p. 25. Cote : RESO H.01

Le concept et les pratiques de promotion de la santé ont apporté d'importants changements jusque dans les milieux de soins et de prise en charge des maladies. L'article tente de répondre aux questions suivantes : où en est la promotion de la santé dans les milieux de soins en Belgique francophone en 1998 ? Plus généralement, quels changements observe-t-on depuis 10 ans ? Quelles difficultés rencontrent, dans leur activité professionnelle quotidienne, les soignants et professionnels des soins qui tentent de joindre soins, prévention, éducation et promotion de la santé ? Quelles sont leurs attentes et souhaits ?

DUMONT J., CHENOIX B., GILLES C. (1998), Hôpitaux promoteurs de santé : pistes de réflexion. Dossier d'information à destination des institutions hospitalières de la Communauté française de Belgique, Bruxelles, 50 p. Cote : RESO WB.02.04.03

Ce dossier présente des pistes de réflexion qui ont pour objectif d'informer et de sensibiliser le lecteur à la démarche de la promotion de la santé à l'hôpital. Il propose des définitions des différents concepts à la base de la démarche des HPS et fait le point sur le réseau européen et de la Communauté française de Belgique des HPS (structure, inventaire des actions,...).

LE FAOU A.L. (2000), La promotion de la santé à l'hôpital : un pari possible ? in SANDRIN BERTHON B., L'éducation du patient au secours de la médecine, PUF, Paris, pp. 107-125. Cote : RESO WB.02.09.36

Après avoir retracé un historique de la prévention à l'hôpital en France, l'article présente le concept de la promotion de la santé tel qu'il est défini par l'OMS dans la Charte d'Ottawa. Il expose ensuite la naissance du Réseau européen des Hôpitaux Promoteurs de Santé et les premiers programmes mis sur pied en France dans ce cadre. La dernière partie propose des critères pour évaluer l'engagement d'un hôpital dans la promotion de la santé.

AUJOULATI., SIMONELLI F. (2003), Health promotion needs of children and adolescents in the hospital : exploration of current knowledge and practice : research based on a literature review, Fondation Meyer, Florence, 47 p. Cote : RESO WB.02.04.10

Cette étude traite des besoins de promotion

de la santé à l'hôpital en particulier pour les enfants. La première partie se concentre sur le développement de l'enfant en relation avec ses représentations de la santé et de la maladie et avec le fonctionnement et les interactions de la famille.

Ensuite sont présentés les besoins de promotion de la santé des enfants liés à la façon dont ils sont en contact avec l'hôpital. Pour chacun de ces rôles, différents besoins de promotion de la santé sont identifiés. Cette partie examine aussi les besoins spécifiques d'un enfant confronté à la mort et d'un enfant à naître.

L'étude traite ensuite des opportunités qui existent dans les hôpitaux pour enfants en relation avec les différentes stratégies identifiées par la Charte d'Ottawa. Elle se concentre enfin sur l'empowerment et les concepts qui sont liés à cette question, centrale pour la promotion de la santé. Diverses recommandations pour la pratique ou la recherche future dans les domaines de la promotion de la santé pour les enfants ou à l'hôpital clôture cette étude.

PELIKAN J.M., GARCIA BARBERO M., LOBNIG H., KRAJIC K. (1998), *Pathways to a health promoting hospital*, Health Promotion Publications, OMS, Gamburg, 460 p. Cote : RESO WB.02.04.01

En 1993, le réseau international de la promotion pour la santé dans les hôpitaux élaborait un projet étalé sur 5 ans (1993-1997) dans le but de développer et de mettre en pratique la promotion pour la santé en milieu hospitalier. 20 hôpitaux de différents types, tailles et appartenances (privé ou public) situés dans 11 pays européens ont participé à ce projet. Ce livre résume les expériences, les succès et les problèmes qu'ils ont rencontrés, en compilant les études de cas et en décrivant leur méthodologie, leur approche et leurs résultats après cinq ans.

Karine Verstraeten, Isabelle Aujoulat, Yvette Gossiaux, RESOdoc, Unité UCL - RESO, Ecole de Santé Publique, Health System Research, Université Catholique de Louvain

Pour en savoir plus, voici les coordonnées des sites officiels consacrés aux Hôpitaux

Promoteurs de Santé :

OMS : www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/HPH/Home

Belgique : www.ulb.ac.be/assoc/hps

France : www.cfes.sante.fr/HPS/home.asp

Suisse : www.healthhospitals.ch

- Définition de la santé par l'OMS (1946), Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (1986)
- Définition de l'Hôpital Promoteur de santé sur le site belge qui leur est consacré : <http://www.ulb.ac.be/assoc/hps/index2.html> consulté en septembre 2003. Egalement disponibles sur ce site, les actes de la 11^e Conférence Internationale sur les Hôpitaux Promoteurs de Santé tenue à Florence en mai 2003.
- Hôpital Erasme, Cliniques Universitaires St Luc, CHU Liège
- Clinique Ste Anne St Remi - Anderlecht, Clinique St Pierre - Ottignies, Centre Hospitalier Hutois - Huy, Clinique André Renard - Herstal, CHU Charleroi, CHR Citadelle - Liège
- Toutes les informations concernant le centre de documentation RESOdoc (y compris la consultation en ligne de la base de données DOCTES) sont disponibles sur le site de l'Unité UCL-RESO à l'adresse suivante : www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso

Connaissez-vous notre site ?

Le site <http://www.educationsante.be> est en ligne depuis mars 2002. Après deux ans de fonctionnement, il nous a semblé utile de faire le point sur sa visibilité.

Pour rappel, notre site¹ est constitué d'une base de données reprenant la quasi totalité² des textes des articles publiés depuis janvier 2001, soit à ce jour près de 400 références. Ces articles peuvent être imprimés directement à partir du site.

La recherche d'un article peut se faire de plusieurs façons : en encodant le nom d'un auteur, un mot-clé, le numéro de la revue ou un intitulé de rubrique. Les critères peuvent être combinés : on peut aussi chercher un sujet d'un auteur dans un numéro particulier par exemple.

Voici quelques éléments d'évaluation de la consultation de notre site.

De janvier 2003 à décembre 2003, nous avons comptabilisé 10718 visites, soit une moyenne de 29 visiteurs par jour.

Le nombre de pages vues est en moyenne de 211 par jour, et de 7 par visiteur.

Le temps de visite est de 3 minutes en moyenne (il oscille entre 10 secondes et plus de 30 minutes!).

Le site est référencé actuellement sur les moteurs de recherche Google et MSN Search. La plupart des sites d'institutions et de programmes actifs en promotion de la santé en Communauté française font également le lien vers notre site. En outre, dès que nous présentons un site dans la revue, nous demandons en retour de placer un lien vers le nôtre. Simple échange de bons procédés, en somme!

Nous avons tenté d'"identifier" les visiteurs par les noms de domaine des sites qui leur ont permis de se connecter au nôtre : voici le "top 10".

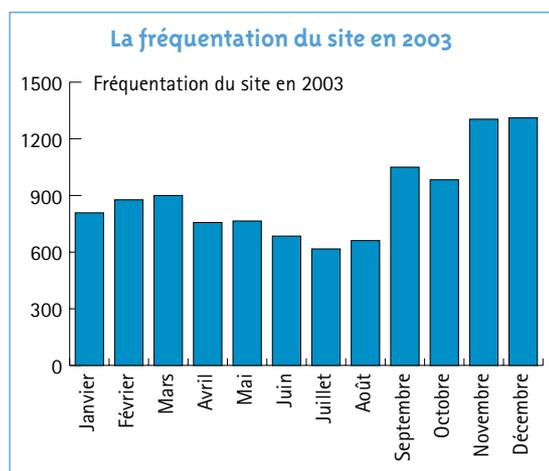
- | | |
|----------------------|--------|
| 1. .com (commercial) | 26,9 % |
| 2. non identifié | 24,8 % |
| 3. .be (Belgique) | 23,7 % |
| 4. .fr (France) | 12,1 % |
| 5. .net (network) | 5,8 % |
| 6. .nl (Pays-Bas) | 3,3 % |

- | | |
|----------------------|-------|
| 7. .ca (Canada) | 0,8 % |
| 8. .de (Allemagne) | 0,7 % |
| 9. .ch (Suisse) | 0,6 % |
| 10. .lu (Luxembourg) | 0,2 % |

Enfin, via le site, il est possible de s'abonner à une lettre d'information mensuelle, dans laquelle nous informons nos abonnés de la mise en ligne du dernier numéro paru, du sommaire du prochain numéro, de certaines informations en bref (formation, colloque, publication...) qui n'auraient pas pu être publiées dans la revue. Nous utilisons aussi ce moyen pour fournir des informations complémentaires sur des sujets abordés dans la revue, mais que le manque de place nous empêche de publier intégralement.

Dans les prochains mois, le site sera encore amené à évoluer. Retournez-y régulièrement, et abonnez-vous à notre lettre d'information, afin de ne pas rater les nouveautés!

MVA



- Pour plus d'informations sur la construction du site, voir l'article www.educationsante.be, de HENKINBRANT J. et VAN AUDENHAEGE M., paru dans *Education Santé* n° 170, juin 2002, pp. 15-17.
- Nous demandons aux auteurs l'autorisation d'insérer leur texte dans le site, il arrive que l'un d'eux refuse, mais c'est très rare.
- La baisse de fréquentation d'octobre doit probablement être attribuée à une panne du système d'enregistrement des visites pendant quelques jours.

Maladie chronique - handicap**Louvain-la-Neuve****6 mars 2004**

Journée d'étude et de réflexion sur l'accueil de l'enfant malade chronique ou handicapé à l'école, organisée par la Ligue des droits de l'enfant et la Plate-forme "Accueil de l'enfant malade chronique ou handicapé à l'école".

Au programme

Projection du film *La peur bleue de la vie*.

Bénédicte Minguet : Articulation de la problématique

Jean-Jacques Detraux : Les enjeux de l'intégration

Françoise Schwarts (Nancy) : Prise en charge pédagogique à domicile d'enfants ou adolescents porteurs de maladie grave empêchant une scolarité normale

Docteur Christine Saillour (Nancy) : Prise en charge d'enfants ou adolescents scolarisés porteurs de handicap ou de maladie : projet d'intégration (PAI)

J. M. Gauthier : Pourquoi est-ce si important d'aider les enseignants ?

Nécessité d'une formation, d'une sensibilisation, d'outils

Atelier 1 : Comment expliquer ma maladie « grave » à toute ma classe

Dès l'annonce de sa maladie grave et durant toute son hospitalisation, l'enfant souhaite garder un lien avec sa classe. Mais il est difficile de partager une expérience hors du commun dans le milieu scolaire. Comment accompagner l'enfant dans son processus de réinsertion scolaire et créer des ponts entre l'école ?

Atelier 2 : Que mettre en place pour que l'intégration de l'enfant malade chronique à l'école se fasse harmonieusement ?

Qu'existe-t-il pour les différentes pathologies ? L'exemple de l'enfant diabétique. Projets d'accueil individualisés : l'expérience française, la réalité sur le terrain.

Atelier 3 : Intégration de l'enfant handicapé à l'école

Identifier des pratiques et initiatives qui, dans des contextes différents, ont déjà donné des résultats en matière d'enfants handicapés à l'école.

Atelier 4 : Prévention – Sensibilisation des différents acteurs

Présentation de l'évaluation de la campagne de sensibilisation « Ensemble découvrons l'hôpital », ainsi que les documents pédagogiques associés destinés aux instituteurs et aux élèves du cycle 5-8 ans.

Atelier 5 : Lorsque l'enfant disparaît...

Le deuil d'un élève à l'école, comment l'aborder en classe, comment accompagner les élèves, le professeur ?

Témoignages d'enseignants qui ont vécu le deuil d'un enfant dans leur classe.

Renseignements :

Ligue des droits de l'enfant,

rue Louis Delhove 65, 1083 Bruxelles.

Tél.: 0477 545 907.

Courriel : ligue.droit.enfant@skynet.be

Santé de la maison**Liège****11 mars 2004**

Dans le cadre du festival du film de santé "Imagésanté", la Province de Liège organise via le projet "Liège Province Santé" de l'OMS et en collaboration avec le SAMI (Service d'analyse des milieux intérieurs de la Province de Liège) une séance d'information intitulée "Maison et santé : un lien intime".

Cela se passera à 19h au CHU de Liège, Sart Tilman, Auditoire 'Bacq et Florin'.

Renseignements :

Service provincial de promotion de la santé, Bd de la Constitution 19/2, 4020 Liège.

Tél.: 04 349 51 33. Fax : 04 349 51 35.

Courriel : spps@prov-liege.be.

Médecine du voyage**Liège****25 mars 2004**

La Province de Liège organise dans le cadre du projet "Liège Province Santé" de l'OMS une séance d'information intitulée "Le double visage du voyage". D'éminents spécialistes de la vaccination et de la médecine tropicale y prendront la parole.

Cela se passera à 19h en la salle des fêtes du Complexe provincial Barbou, quai du Barbou, 4020 Liège.

Renseignements :

Service provincial de promotion de la santé, Bd de la Constitution 19/2, 4020 Liège.

Tél.: 04 349 51 33. Fax : 04 349 51 35.

Courriel : spps@prov-liege.be.

Epilepsie**Wépion****13 mars 2004**

Epilepsies et handicaps, journée d'étude organisée par la Ligue francophone belge contre l'épilepsie.

Public visé : professionnels du secteur psychosocial, personnes concernées.

Lieu : Centre Culturel « La Marlagne » Chemin des Marronniers 26, 5100 Wépion

Un service de transport adapté pour personnes à mobilité réduite sera organisé au départ de la gare de Namur.

Prix : gratuit (repas chaud 5 € à payer d'avance). Inscription obligatoire.

Renseignements et modalités d'inscription : 02 344 32 63

Périnatalité**Bruxelles****Mars à novembre 2004**

Réunions d'informations avant la naissance pour les futurs parents de jumeaux, triplés ou plus.

Les dates pour 2004 : 18 mars, 13 mai, 15 juillet, 16 septembre, 18 novembre.

Lieu : Hôpital Erasme.

Renseignements : 02 555 34 30.

Site : www.hopitalerasme.org/jumeaux.htm

Diabète**Namur****27 mars 2004**

Les asbl Sports Seniors et Association Chrétienne des Invalides et Handicapés- Aide aux Malades organisent conjointement une journée *Sport et diabète*.

La pratique d'activités physiques et sportives est souvent recommandée chez les personnes diabétiques, mais elle demande de prendre quelques précautions. Vous souffrez de cette maladie ou vous êtes proche d'une personne diabétique ? Vous souhaitez en connaître davantage ? Rendez-vous le 27 mars à Namur, aux Facultés universitaires de la Paix, rue Grafé 1.

Au programme dès 9h30.

- présentation du diabète de type II par le Dr Philippe Jopart (Hôpital de Jolimont)

- diététique et diabète par Isabelle Lekeux, diététicienne (Mutualité chrétienne)

- hygiène de vie, sport et diabète par le Dr Philippe Damoiseau (Hôpital de Dinant)

14h00 : marche douce organisée par Georges Malaisse, animateur Sports Seniors à partir du Rempart de la Vierge (se munir de bonnes chaussures et d'une tenue relax).

Possibilité également de participer à un atelier diététique de 14h00 à 15h30.

Renseignements complémentaires :

Sports Seniors, chaussée de Haecht, 579 BP41, 1031 Bruxelles.

Tél.: 02 246 46 76. Fax : 02 246 46 77.

Courriel : elisabeth.hubert@mc.be

Environnement**Namur****30 mars 2004**

Les élections régionales et communautaires approchent à grands pas. Afin de faire entendre leurs revendications et propositions concrètes auprès de nos politiciens et peut-être futurs représentants, les acteurs de l'éducation relative à l'environnement (ErE) en Communauté Wallonie-Bruxelles organisent des Assises, le mardi 30 mars 2004 à Namur. Cet événement rassembleur, ouvert à toutes les personnes intéressées par l'ErE

(enseignants, animateurs, parents, éco-conseillers, etc.), sera l'occasion de découvrir les personnalités du monde de l'Education relative à l'Environnement et leur ambitieux message. Au programme de la matinée : présentation du mémorandum et conférence de Lucie Sauvé, référence en matière d'ErE, venue tout spécialement du Québec. L'après-midi sera consacrée à des activités ludiques. Ces Assises auront lieu le mardi 30 mars 2004 dès 9h, à la Maison de la Culture de Namur située au 14, avenue Golenvaux à 5000 Namur.
Renseignements : Réseau IDée 02 286 95 75 - marie.bogaerts@reseau-idee.be

Epilepsie

Namur
30 avril 2004

Epilepsies : enjeux psycho-médico-sociaux, par le D^r Michel Ossemann, neurologue et M^{me} Catherine Casseau, assistante sociale, matinée organisée dans le cadre des « Rencontres du Vendredi » du Service d'Etudes et de Documentation Sociale
Public visé : professionnels du secteur psycho-médico-social travaillant sur la Province de Namur.
Lieu : Mess provincial « Les Trys », Rue Eugène Thibaut 1B - 5000 Namur
Prix : 8 € (à régler sur place).
Renseignements : M^{me} Casseau, 081 729 729

Assuétudes

Bruxelles
Avril, mai, juin 2004

Module interdisciplinaire de formation (3 jours) destiné à tout adulte relais confronté à la question des drogues : intervenants psycho-médico-sociaux, enseignants, éducateurs, parents, stagiaires, etc.
Prochaines sessions :
- les 20, 26 et 28 avril 2004 ou
- les 24 mai, 26 mai et 7 juin 2004.
Info : Prospective Jeunesse, Claire Haesaerts, tél.: 02 512 17 66, fax : 02 513 24 02, courriel claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be

Diabète

Bruxelles
14 et 15 mai 2004

2^e Salon du diabète, dans le Palais 7 de Brussels Expo au Heysel.
A cette occasion, l'Association belge du diabète et la Vlaamse diabetes vereniging organisent un programme spécial destiné aux écoles formant de futurs soignants : cela se passera le vendredi 14 mai 2004 à 10h30, sous la forme d'une conférence sur le thème du diabète, de la prévention, du traitement, des perspectives (12h à 16h, visite du salon en exclusivité pour les étudiants).

Renseignements :
Association belge du diabète,
place Homère Goossens 1, 1180 Bruxelles.
Tél. 02 374 31 95. Fax : 02 374 81 74.
Courriel : abd.diabete@skynet.be
Internet : www.diabete-abd.be

Offre d'emploi

Le SES Huy recherche licencié (m/f) en sciences humaines (de préférence en psychopédagogie) pour gestion de projet d'éducation santé en milieu carcéral.
Compétences requises : formation et expérience en dynamique de groupe et animation, méthodologie de la formation et procédure d'évaluation.
Contact : M^{me} Quinet au Service Education pour la Santé, Chée de Waremmes 139, 4500 Huy, ou courriel à ses.hesbayecondroz@wanadoo.be en adressant C.V.+ lettre de motivation.

Changement d'adresse

Voici la nouvelle adresse électronique du Centre local de promotion de la santé de Bruxelles (CLPS) : clps.bxl@skynet.be
L'adresse électronique du centre de documentation ne change pas : clps.doc@swing.be
CLPS de Bruxelles, avenue Emile De Beco 67, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 639 66 88.

Décret promotion santé

Le nouveau texte législatif (voir le numéro 183, p. 8 à 13) a suscité une réaction courroucée d'un abonné français. Commentant le chapitre Vbis, relatif aux programmes de médecine préventive, il nous écrit : *'Hélas, je suis estomaqué par la modification au décret qui introduit cet horrible et inutile concept de 'promotion de la santé basée sur des preuves scientifiques', qui tue la clinique et introduit une doctrine positiviste anglo-saxonne enrichissant la vision gestionnaire libérale.*
Bref, je suis déçu. Vous n'y êtes pour rien, mais je ne souhaite pas prolonger mon abonnement, hélas. Bon courage, et luttiez...'

Sport

Nicole Maréchal, Ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé de la Communauté française, a désigné Jean-Luc Vandenbroucke, ancien coureur cycliste et actuel directeur technique à la Fédération cycliste Wallonie-Bruxelles, comme membre effectif de la Commission francophone de promotion de la santé dans la pratique du sport. Cette nomination est effective depuis le 1^{er} janvier 2004.

Publication

Vous avez lu le Cahier de Prospective Jeunesse intitulé "Radioscopie du monde enseignant :

regards de parents et d'enseignants ?"
Commandez dès à présent le 2^e tome : "A l'école des jeunes : quelles représentations les jeunes ont-ils de l'école ?" (6,20 €).
Parmi les nombreux autres thèmes abordés au sein de ce trimestriel : la famille, le cannabis, le secret professionnel, les drogues et le monde du travail, l'école et la prévention, les drogues et la réduction des risques...
Pour recevoir la liste de tous les nos parus, contactez Claire Haesaerts, Secrétaire de Rédaction, à Prospective Jeunesse, tél.: 02/512.17.66, fax : 02/513.24.02, e-mail : claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be

Education du patient et Enjeux de santé vol.21 n°4 - 2002

Médecine générale - tome 1

Editorial, J. Laperche
Agir en prévention en médecine générale, J. Laperche
Le médecin de famille et l'information du patient : les réalisations de l'Union des omnipraticiens de l'Arrondissement de Dinant (UOAD), E. Baijot, P.Y. Devresse, D. Simon
Vous me mettez un peu de santé publique : avec ou sans généraliste ?, J. Laperche, D. Pestiaux, C. Vanwelde
Réseaux et éducation du patient : des conditions préalables à l'action, G. Levasseur
La place du médecin généraliste en santé-environnement, P. Jonckheer
Peut-on parler d'éducation pour la santé en soins palliatifs ?, M. Vanhalewyn, C. Bolly
Forum Santé Magazine, outil de communication et de participation, J.C. Lesire

Après une année sabbatique, l'ancien "Bulletin d'éducation du patient" reparait sous le titre "Education du patient et enjeux de santé".
Les tarifs : abonnement individuel 22,50€, abonnement institution 30€, prix au numéro 7,50€ (frais de port non compris).
Pour la Belgique, paiement par virement bancaire au n° de compte de DEXIA 796-5303234-18.
Pour la France, paiement par chèque bancaire ou postal à l'ordre du Centre d'éducation du patient ou par virement bancaire au compte de la Société générale 30003-00581-00037270119-52. Pour les autres pays, paiement par transaction bancaire internationale (frais bancaires à votre charge) sur le compte bancaire international IBAN BE50 7965 3032 3418.
Renseignements :
Centre d'éducation du patient,
rue du Fond de la Biche 4, 5530 Godinne.
Tél. 082-61 46 11. Fax : 082- 61 46 25.
Courriel : cep_godinne@skynet.be
Site : <http://www.educationdupatient.be>

Editorial

Recherche en éducation pour la santé : vers un langage commun entre chercheurs et acteurs de terrain, *C. Ferron*

International

Prévention du tabac : comment l'Afrique se mobilise, *S. Ratte*

Dossier - Santé : des enquêtes à la prévention

Introduction, *P. Arwidson*

Données statistiques et prévention : un lien à renforcer

Enquêtes sur la santé : leur utilité, leurs limites, *M. Elbaum*

Haut Comité de la santé publique : de l'état des lieux aux recommandations, *R. Sambuc*

Les données de santé, orphelins du cosial et de l'environnement, *L. Chambaud*

Enquêtes de population : le Baromètre santé, un outil pour la prévention ?

Baromètres santé : une description des comportements, *P. Guilbert*

Des enquêtes pour comprendre et agir, *F. Baudier*

Un Baromètre ne fait pas le printemps, *C. Ferron*

Comment les enquêtes scientifiques nourrissent la promotion de la santé

Usage des drogues : croiser les sources d'information, *F. Beck*

Décrypter les comportements pour construire la prévention, *D. Vuillaume*

Jeunes : des enquêtes aux actions d'éducation pour la santé, *H. Perrin*

Nutrition : un plan de prévention fondé sur les enquêtes de santé, *C. Delamaire, P. Guilbert, C. Michaud*



L'impact des données de santé sur la prévention : témoignages d'acteurs de terrain

Construire la prévention à partir des données locales de santé : l'exemple de la Picardie, *A. Trugeon, P. Lorenzo*

Claude Michaud : "Nous manquons d'enquêtes qualitatives pour notre travail de prévention", *propos recueillis par Y. Géry*

Claude Bouchet : "Compléter la collecte de données de santé par l'observation de terrain", *propos recueillis par Y. Géry*

La santé en chiffres

Asthme, comportements de santé et perception de l'environnement, *C. Léon, H. Perrin*

Education du patient

L'hôpital européen Georges-Pompidou propose un "devoir d'ingérence" à ses usagers, *J. Wils*

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

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).

Journaliste : Myriam Marchand (0496 87 99 35)

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).

SOMMAIRE

Initiatives

La campagne 'Sourire pour tous', par Myriam Marchand	2
Une conférence de lutte contre le sida	4
Les jeunes, l'alcool et le tabac	5
Premier bilan du programme 'mammothest'	6
Usage problématique de cannabis et nuisances publiques	6
Diabète : une catastrophe annoncée	7

Réflexions

Responsabilité et santé, par le Dr Guy Pieters	8
La responsabilisation, une conséquence logique de l'individualisme, par Christian Léonard	9
La paille et la poutre, par le Prof. Alain Deccache	11

Matériel

Alimentation : des livres à déguster	13
Maladies psychosomatiques chez l'enfant	13

Lu pour vous

L'asthme en Belgique, par Myriam Marchand	14
Retour sur le programme quinquennal 1998-2003	15
L'accompagnement des mourants en roman	15

Documentation

Promotion de la santé à l'hôpital, par Karine Verstraeten, Isabelle Aujoulat, Yvette Gossiaux	16
Le site d'Education Santé	17

Brèves

18