

Un mensuel au service des intervenants francophones en promotion de la santé

Ne paraît pas en juillet - Bureau de dépôt : Bruxelles X - ISSN 0776-2623
n° d'agrément : P401139.



DOSSIER DIABÈTE en p.2 à 7

Soutenir les personnes diabétiques

Pour une meilleure gestion de la maladie par les patients

Tel est l'un des objectifs du **Passeport du diabète**, disponible depuis mars 2003. Outre certains remboursements auquel il ouvre le droit, le **Passeport se veut un trait d'union entre le diabétique et les prestataires de soins. La Mutualité chrétienne a réalisé un effort particulier d'information de ses membres à l'occasion du lancement du Passeport, dont témoignent les lignes ci-dessous.**

Le diabète, une exigence du quotidien

Une personne diabétique est une personne comme tout le monde : avec ses projets, ses besoins, ses désirs, ses joies, ses peines... Néanmoins, le diabète nécessite une hygiène de vie quotidienne et il demande un suivi régulier par des professionnels de la santé. Favoriser le dialogue avec eux est donc important.

Certains disent des personnes diabétiques qu'elles sont de véritables jongleurs et détectives : des jongleurs car elles doivent jongler avec l'alimentation, l'exercice physique et parfois des médicaments et/ou de l'insuline ; des détectives car il faut observer et analyser le fonctionnement de son corps pour garder l'équilibre du diabète, afin de rester en bonne santé et se sentir bien.

Jongler et observer s'apprend avec le temps. Le soutien de l'entourage est très utile.

Le Passeport du diabète, un outil précieux

Le *Passeport du diabète* est un carnet au format de poche conservé par le patient : il peut le recevoir en en faisant la demande à sa mutualité, sur base d'une attestation médicale.

Il poursuit trois objectifs :

- être un outil de communication entre les patients et les prestataires de soins, mais aussi pour les soignants entre eux. Chacun peut donc y noter les renseignements médicaux importants, les médicaments nécessaires, les objectifs thérapeutiques et les résultats d'examens et contrôles. Les patients suivent ainsi l'évolution de leur traitement ;
- informer les diabétiques sur quelques grands principes de la prise en charge du diabète, sur ce qu'il convient de faire en cas d'hypoglycémie...
- responsabiliser le patient en lui donnant des informations précieuses qu'il peut lui-même compléter et en lui ouvrant des

droits à de nouveaux remboursements. Effectivement, grâce au passeport et à une prescription du médecin, les patients peuvent bénéficier du remboursement de deux consultations par an chez un diététicien agréé (si le patient ne bénéficie pas déjà du même type de remboursement) et de deux consultations par an chez un podologue agréé s'ils présentent un risque élevé de plaies au pied.

Des initiatives pour renforcer le passeport

Au moment de son lancement, la Mutualité chrétienne a adressé une lettre à ses affiliés pour annoncer la mise en place du *Passeport du diabète*.

Pour ce qui concerne les Mutualités chrétiennes francophones, environ 13600 personnes avaient demandé le passeport en mars 2004. La Mutualité chrétienne leur a adressé la brochure *Vivre le diabète au quotidien*, outil réalisé par le service Infor Santé de la Mutualité chrétienne et le Centre d'éducation du patient asbl.

L'objectif de cet outil est triple. Il s'agit tout d'abord de stimuler une utilisation optimale du passeport. Pour ce faire, de nombreuses indications renvoient au passeport, à la manière de l'utiliser et de le compléter.

Il s'agit ensuite d'optimiser le recours aux professionnels : leur rôle est en effet particulièrement mis en évidence, en lien avec le passeport qui se veut être un outil de communication avec eux.

Enfin, la brochure propose des compléments d'information pour une meilleure gestion de la maladie, des traitements, de l'alimentation, de l'hygiène de vie et des implications dans la vie professionnelle et la vie quotidienne.

Concrètement, le groupe de travail est allé à la rencontre de professionnels et de patients pour rassembler leur vécu, leurs représentations et leurs demandes et pour prétester l'outil. Au final, il en résulte 36 pages émaillées de témoignages, de conseils pratiques et de questionnements sur le vécu de la vie quotidienne.

Une sensibilisation de tous

Durant un an et demi, c'est un ensemble d'acteurs de la Mutualité chrétienne et d'associations proches qui ont réfléchi à la thématique.

De l'organisation de séances d'informations (Infor Santé avec l'Union chrétienne des pensionnés) à la mise sur pied de groupes de paroles pour diabétiques (en Brabant Wallon : Infor Santé avec l'UCP et l'ACIH-AAM, mouvement social de personnes malades, invalides et handicapées) en passant par l'organisation d'un séjour pour diabétiques (l'ACIH-AAM du Brabant Wallon), des ateliers diététiques (MC Province de Luxembourg) ou la participation au 2^e salon du diabète, les initiatives se sont multipliées.

Un autre exemple : des collaborateurs de la mutualité ont organisé des séances d'information pour des infirmières de certains services ASD (Aide et soins à domicile) sur les formalités autour du *Passeport du diabète* et en retour, certaines infirmières ont collaboré avec la mutualité à l'organisation de séances d'information destinées au grand public.

En février 2004, une journée de réflexion a été organisée par Infor Santé et le Centre d'éducation du patient à l'attention d'une trentaine de collaborateurs de la mutualité et des associations proches.

Cette journée et le dossier de travail qui en est sorti ont permis de mieux comprendre les implications de la maladie et le vécu des personnes diabétiques sous l'angle de l'éducation du patient, notamment grâce à des extraits de cassettes vidéos. Les aspects diététiques et toutes les implications pratiques n'ont pas été oubliés. Un moment a été consacré à l'analyse des possibilités offertes par l'assurance maladie pour mieux comprendre tous les remboursements dont les diabétiques peuvent bénéficier.

Les participants ont également pu parcourir un ensemble d'outils produits par des organismes divers, publics ou privés, pour ainsi mieux se rendre compte de la diversité des informations qui pouvaient être mises à la disposition des gens. Enfin, différents sous-groupes se sont penchés sur les types d'action locale à développer, que ce soit en matière de prévention, en matière de soutien à l'entourage ou en matière d'accompagnement des patients eux-mêmes. L'évaluation de la journée par les participants fut fort positive et les initiatives locales ont ainsi pu être renforcées de cette réflexion.

Après les premières expériences de terrain, les collaborateurs ont souhaité qu'une

information soit développée pour des personnes non diabétiques mais qui se posent des questions au sujet de cette maladie. La petite brochure « Le diabète. Suis-je concerné ? » a donc été créée, toujours dans le cadre d'un partenariat entre le service Infor Santé de la Mutualité chrétienne et le Centre d'éducation du patient. Ce document apporte des réponses simples à des questions telles que : comment devient-on diabétique ? Peut-on éviter de le devenir ? Comment savoir si l'on est diabétique ? Quel est le dépistage ?

Une action locale et globale

L'introduction, en mars 2003, du *Passeport du diabète* a donc suscité la création de trois outils d'information diffusés de manière spécifique en Communauté française. Elle a aussi été l'occasion pour les collaborateurs des mutualités chrétiennes et du Centre d'éducation du patient de se rassembler pour mieux comprendre la maladie et soutenir les dynamiques permettant sa prise en charge optimale. Ces dynamiques se sont concrétisées en une multitude d'initiatives locales qui devraient se poursuivre jusqu'en juin 2005 au moins. Espérons que leur impact puisse se lire dans



les chiffres de diffusion et d'utilisation du *Passeport* (des évaluations plus poussées auront lieu dans les mois qui suivent)... et surtout dans une diminution des complications liées à la maladie.

Anne Avaux, Responsable de projets, Infor Santé, Mutualité chrétienne

Les trois documents présentés dans cet article sont disponibles gratuitement auprès des conseillers de la Mutualité chrétienne, en appelant le numéro vert 0800 10 9 8 7, en visitant le site www.mc.be ou en envoyant un courriel à infor.sante@mc.be.

Des actions de terrain

Parmi les différentes actions menées par la Mutualité chrétienne et ses partenaires, voici trois exemples, à la fois pour un public large et pour un public de personnes diabétiques.

Deux initiatives en Brabant wallon

Dès le lancement du *Passeport du diabète*, le secteur socio-éducatif de la Mutualité chrétienne du Brabant wallon a manifesté son intérêt pour relayer l'information auprès de ses membres et du public mutualiste.

En premier lieu, d'octobre à novembre 2003, Infor Santé, l'ACIH-AAM (Association chrétienne des invalides et handicapés- Aide aux malades) et l'UCP (Union chrétienne des pensionnés) ont lancé un cycle de conférences ouvertes à tous et ayant pour but une information généraliste sur le diabète. Six villes ont été choisies : Nivelles, Tubize, Braine l'Alleud, Wavre, Genval, Jodoigne.

De plus, pour coller à la réalité du terrain, les intervenant(e)s étaient des infirmier(e)s référent(e)s de l'ASD (Aide et Soins à Domicile) de la région sensibilisée. On peut

parler de succès puisque chaque conférence a touché entre 30 et 50 personnes.

Le projet a été ensuite, en 2004, de créer un ou deux ateliers diabète sur Tubize et Wavre. Le but, cette fois, était de toucher clairement un public de patients diabétiques et de leur fournir une information sur des aspects spécifiques de la maladie (diététique, podologie...) La première tentative, en juin, a été un relatif échec : la réunion à Tubize n'a pu être organisée faute de participants, pour celle de Wavre, 5 personnes se sont présentées. Cela dit, ces cinq personnes, trouvant le concept intéressant, ont manifesté leur souhait de poursuivre le travail.

Le deuxième atelier, qui a eu lieu début septembre, était consacré aux collations des diabétiques avec dégustation de produits adéquats. Cette fois, le succès était au rendez-vous puisque nous étions une trentaine. En novembre, une troisième réunion a été consacrée, à la demande du public, à l'équilibre alimentaire du diabétique tout au long de la journée.

Eric Jauniaux, Infor Santé, Mutualité chrétienne du Brabant wallon

Renseignements : Infor Santé BW, Eric Jauniaux, 067 89 36 87; ACIH-AAM BW, Fabrice Laurent, 067 89 36 80.

Ateliers diététiques en province de Luxembourg

La surveillance quotidienne de l'alimentation constitue pour tout patient diabétique une nécessité dans la prise en charge de la maladie. Cela demande souvent des adaptations et changements d'habitudes alimentaires qui impliquent aussi la famille. D'une manière préventive et afin d'éviter des complications, il convient d'insister sur les bienfaits d'une alimentation saine et équilibrée. Comment s'y retrouver, que choisir... autant de questions qui ont motivé notre choix à proposer aux personnes diabétiques ainsi qu'à leur entourage des séances d'information sur l'aspect diététique.

Il s'agit de quatre ateliers de deux heures animés par une diététicienne de la Mutualité. Ces réunions ne sont pas des consultations, elles ont pour objectifs d'apporter un savoir supplémentaire afin de gérer encore mieux la maladie, de recevoir des conseils pratiques, de

partager ses expériences et de se sentir moins seul(e) face à la maladie.

Au programme :

Reconnaître les différents sucres au quotidien

Glucose, glucide, glycémie, édulcorant, comment s'y retrouver ?

Principes de la pyramide alimentaire, teneur en sucre des différents aliments et savoir les reconnaître. Comprendre l'index glycémique et les facteurs qui l'influencent.

Lecture des étiquettes et emballages

Quand les courses deviennent corvée, comment faire les bons choix ?

Reconnaître et comprendre la composition nutritionnelle des produits au travers d'exercices pratiques.

Les produits « lights » et les édulcorants

Aspartame ou « faux sucre », que faut-il comprendre ? Les différentes sortes d'édulcorants.

Cuisine et plaisir, c'est possible

Cuisiner et manger rime avec plaisir et non frustration ! Echange de recettes, de trucs et astuces, composition de menus variés et équilibrés.

Une dizaine de personnes ont assisté à ces séances.

Jeunes ou moins jeunes, directement concernées ou venues pour un proche, dans l'ensemble les personnes présentes avaient le sentiment de ne pas maîtriser suffisamment l'alimentation au quotidien. Un constat général : l'information de départ qui leur a été fournie en début de maladie par le diabétologue, l'infirmière ou autre n'est plus d'actualité ou encore a été mal comprise. Avec les années, celle-ci s'est modifiée. Le fait de se rafraîchir la mémoire était une des principales motivations.

Avoir la possibilité de poser des questions au fil des explications de la diététicienne, échanger directement avec d'autres patients et surtout s'exercer pratiquement comme par exemple dans la lecture des emballages, tout cela dans une ambiance conviviale, est profitable pour tous et surtout un excellent moyen de s'approprier ou se réapproprier l'information.

« Gérer son alimentation au quotidien, après tout ce n'est pas si compliqué ! » tel pourrait être le sentiment général au terme des ateliers.

Sylvie Reuter, Infor Santé, Mutualité chrétienne de la Province de Luxembourg

Renseignements : Infor Santé Province Luxembourg, Sylvie Reuter, 063 21 18 80.

Et l'hôpital ? A-t-il sa place dans l'éducation des patients diabétiques ?

A travers les Initiatives de Qualité, Solimut¹ et la Mutualité chrétienne cherchent à soutenir les dynamiques qui existent au sein des hôpitaux en faveur de la qualité des soins. Parmi les projets soutenus, un s'intéressait à l'éducation des patients diabétiques en milieu hospitalier.

A l'occasion d'un séjour à l'hôpital, 800 patients diabétiques de deux hôpitaux ont ainsi bénéficié d'une séance d'éducation sur le diabète, alors qu'ils étaient hospitalisés pour une autre raison.

La responsable d'unité identifiait les patients et informait l'infirmière éducatrice qui passait environ une demi-heure avec chaque patient, pour lui rappeler les principales complications et lui recommander de

retourner voir son généraliste, de faire doser régulièrement son hémoglobine glyquée, de passer chez son ophtalmologue et de faire vérifier l'état de ses pieds. Le diabète de ces patients était plutôt bien équilibré.

Nous étions très intéressés de savoir ce que les patients retiendraient de cette séance d'éducation. Le Centre d'appel de la Mutualité chrétienne (0800) a appelé chacun d'entre eux pour leur poser quelques questions. La plupart des patients se souvenaient bien de l'entretien et de son contenu. Ils déclaraient également avoir parlé de leur diabète à leur généraliste et avoir bénéficié d'un examen du fond de l'œil.

Nous sommes encore occupés à valider ces résultats par une analyse de notre base de données informatique. En effet, bien que ces premiers résultats soient encourageants, la question reste posée de savoir quelle place l'hôpital devrait occuper dans l'ensemble de la prise en charge des patients diabétiques.

A ce stade, on peut en tout cas dire que l'éducation du patient diabétique à l'hôpital peut renforcer le travail réalisé par les autres intervenants. Les activités mises en place à l'hôpital devront donc veiller, comme dans notre projet, à garder au médecin généraliste le rôle central qui lui revient.

Xavier de Béthune, Coordinateur des Initiatives de Qualité, Solimut

Renseignements : 02 246 49 65; xavier.debethune@worldonline.be

¹ Solimut est une société mutuelliste des Mutualités chrétiennes gérant notamment le projet collectif *Hospiti solidaire*, dans le cadre duquel des conventions ont été passées avec une trentaine d'hôpitaux du pays.

Formation à l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 en médecine générale et soins à domicile

Une expérience pilote du Centre d'Education du Patient asbl

Introduction

En Belgique, comme en Suisse ou en France par exemple, la majorité des patients diabétiques de type 2 sont suivis par des médecins généralistes. D'autres professionnels sont impliqués : le diabétologue, la diététicienne, l'infirmière à domicile, le pédicure, le podologue, le pharmacien...

Le *Passeport du diabète* met en évidence la nécessaire coordination des intervenants autour du patient. Dans ce cadre, le médecin généraliste joue, avec les autres acteurs de première ligne, un rôle essentiel d'accompagnement et d'éducation du patient. En effet, l'éducation du patient est, avec le diagnostic, le traitement et le suivi, une des

4 conditions nécessaires pour une prise en charge efficace du diabète.

Vu son importance et son nécessaire développement, elle est celle que le Centre d'Education du Patient asbl a choisi de développer à travers une formation pour les médecins généralistes et infirmières des soins à domicile.

Une formation

La diffusion du *Passeport du diabète* nécessite un travail de sensibilisation, d'information et de formation des patients, mais aussi des médecins généralistes et autres professionnels de santé.

De nombreux obstacles à l'intégration de l'éducation du patient en médecine générale ont été identifiés : il y a bien sûr le manque de temps et la non-reconnaissance de leurs prestations préventives et éducatives dans le cadre des remboursements, éléments sur lesquels à notre niveau, nous n'avons guère de prise. Mais il y a également une série de raisons sur lesquelles il nous semblait possible de travailler dans le cadre de nos compétences.

Parmi celles-ci, on relève notamment :

- la méconnaissance du souhait des patients de voir leur médecin exercer une prise en charge préventive et la crainte d'être perçu comme trop intrusif et de provoquer une anxiété inutile ;
- la sous-évaluation de leur impact auprès des patients et le peu de crédibilité accordée aux contenus et démarches préventives préconisées ;
- mais aussi la méconnaissance des méthodes efficaces de transmission d'information et d'éducation et le manque de ressources éducatives (matériel didactique, outil de diagnostic et de suivi éducatif...) ainsi que le manque de formation à la communication et à l'approche globale de la santé.

Cette situation n'est pas propre à notre pays : au Québec, en France, en Suisse... des formations à l'éducation du patient diabétique sont proposées aux médecins généralistes et aux autres professionnels de santé.

En Belgique, des formations continuées sont proposées par les universités, la Société scientifique de médecine générale (SSMG), les associations de médecins généralistes, la Fédération des maisons médicales (FMM), l'Association belge du diabète (ABD), les institutions de perfectionnement en soins infirmiers, mais peu de manière pluridisciplinaire sur le thème de l'éducation thérapeutique du patient diabétique.

Objectifs de la formation

- Les objectifs du projet de formation sont donc que les généralistes et autres professionnels participant à la formation (infirmières de soins à domicile) :
- soient convaincus de l'intérêt de l'éducation du patient dans le domaine du diabète de type 2 ;
 - connaissent la maladie et les traitements (recommandations de bonne pratique) ;

- reconnaissent l'importance de leur rôle ;
- maîtrisent la démarche éducative et les méthodes pédagogiques interactives ;
- connaissent et sachent utiliser certains outils éducatifs et d'évaluation ;
- développent le travail en pluridisciplinarité et intersectorialité (en collaboration avec les infirmières et autres services à domicile, diététiciennes, podologues, pharmaciens, et services hospitaliers...).

Stratégies

Les stratégies sont celles testées lors de la formation pilote à l'éducation du patient asthmatique en médecine générale, réalisée par le Centre d'Education du Patient asbl (CEP) en 2002-03. Elle a reçu le soutien de la SSMG, de la FMM et du CUMG (UCL et Liège) et l'aide financière du Ministère de la Santé et des Affaires sociales de la Région wallonne.

La formation s'adresse aux groupements de généralistes : associations locales, maisons médicales, dodécagroupes ou GLEM. Elle a également été proposée aux groupements d'infirmières à domicile.

Les associations intéressées délèguent nominativement 2 représentants qui sont les relais et personnes ressources vers leur groupe professionnel.

Le projet comprend 2 étapes : d'abord, les participants suivent 7 séances de 2 heures (au moins) de séminaires de formation ; ensuite ils s'engagent à devenir eux-mêmes des diffuseurs du projet. Nous espérons ainsi un effet boule de neige, chaque participant relayant la formation vers ses collègues de l'association.

En pratique

Le projet a été dédoublé pour se dérouler sur 2 sites :

A Hélécinne, en collaboration avec la FMM où une dizaine de maisons médicales ont participé à 7 séances de 4 heures de séminaire en journée.

A Godinne, où 5 associations de médecins généralistes ou infirmières en soins à domicile ont participé à 7 séances de 2 heures en soirée. Ces groupements sont rémunérés sous forme forfaitaire pour leur participation au projet.

Les séances étaient toutes programmées en début de formation au rythme d'une réunion mensuelle.

Le contenu

La formation visait surtout à apporter des éléments de réponses aux questions suivantes :

Comment impliquer le patient dans la ges-

tion de sa maladie et son entourage ?
Quelles ressources utiliser ? Pourquoi et comment utiliser le *Passeport du diabète* ?
Comment améliorer mon écoute et ma communication avec un patient diabétique de type 2 ? Comment vit-il sa maladie ?
Comment négocier un changement dans ses habitudes ? Comment lui expliquer sa maladie ? Le traitement à suivre ?

De nombreux contenus ont donc été abordés :

- l'importance de l'éducation thérapeutique du patient chronique et plus particulièrement du patient diabétique de type 2 ;
- le *Passeport du diabète* : contexte, utilité et modalités pratiques d'utilisation ;
- les recommandations cliniques : diagnostic, traitement, surveillance, complications, facteurs de risque cardiovasculaires ;
- le diagnostic éducatif : besoins éducatifs et psychosociaux ;
- les domaines de l'alimentation, l'exercice physique, le poids, les médicaments, la surveillance glycémique, les examens médicaux réguliers, la surveillance et soins des pieds ;
- la définition et la négociation d'objectifs ;
- l'importance de la communication et de l'écoute ;
- les représentations réciproques de la maladie, des traitements et de la relation soignant-soigné
- les aspects psychosociaux de la maladie : acceptation de la maladie, implication dans la vie quotidienne, l'entourage et les ressources ;
- le rôle des différents professionnels ;
- la dynamique des petits groupes et les stratégies et méthodes de formation.

Méthodes

Les méthodes sont résolument interactives et orientées vers la pratique : sous forme de séminaires, elles partent des attentes des participants et utilisent des techniques de jeux de rôle, études de cas, travail en sous-groupe, discussions...

Un apport théorique est assuré par un ensemble d'exposés alternant avec la pratique. Ces exposés sont réalisés par les formateurs ou des partenaires du projet (SSMG, ABD, MDD...) de spécialité variée et complémentaire (diabétologue, médecin généraliste, diététicienne, infirmière spécialisée, psychologue, licencié en éducation pour la santé...).

Un médecin généraliste, Jean Laperche, anime ces séances en collaboration avec deux formateurs du CEP et une formatrice de la FMM (pour Hélécinne).

Perspectives

Au terme de la première étape (nous sommes à ce stade actuellement), les participants se sont appropriés les recommandations, ressources, outils, programmes et certains ont pu les tester dans leur pratique.

Ils se sont engagés à diffuser cette expérience et ces acquis auprès de leurs collègues, afin que ceux-ci puissent s'approprier à leur tour ces démarches et améliorer leur pratique éducative. Cette diffusion peut être réalisée sous forme de séminaires interactifs menés dans leur association ou dans leur groupe de formation continuée.

Cette seconde étape est une éducation « par les pairs » de médecins généralistes et infirmières de soins à domicile vers leurs collègues.

Un accompagnement à la démarche est proposé par les formateurs.

L'expérience reste modeste mais elle est encourageante : les modalités pratiques définies avec les professionnels permettent de les mobiliser autour de thèmes qui ne rencontrent pas grand succès habituellement chez les médecins généralistes ; certains expérimentent les outils de diagnostic éducatif, adaptent leur pratique aux recommandations cliniques, utilisent les outils éducatifs, les ressources... Une réunion de suivi organisée quelques mois après la première formation pilote (à l'accompagne-

ment des patients asthmatiques) nous a révélé qu'en laissant du temps au temps, les bénéfices de la formation s'étendaient doucement vers les collègues des associations.

Finalement, à travers l'asthme ou le diabète, c'est la problématique de l'accompagnement thérapeutique et éducatif des patients malades chroniques qui est abordée dans ces formations. Quel que soit le thème proposé, c'est une porte ouverte pour améliorer ces pratiques en médecine de première ligne... Une pierre à l'édifice !

Anne Malice et Jean-Luc Collignon

Adresse des auteurs : Centre d'Education du Patient asbl, Rue Fond de la Biche 4, 5530 Godinne. Tél : 082 61 46 11. Courriel : cep_godinne@skynet.be

Bibliographie

Passa Ph., Les enjeux d'une éducation des patients diabétiques, in Dandé A., Sandrin Berthon B., Chauvin F., Vincent I. (sous la direction de), L'éducation pour la santé des patients, Un enjeu pour le système de santé, Actes du colloque européen, Hôpital européen Georges-Pompidou, 10 et 11 juin 1999, Paris, éditions CFES, juillet 2001 ; 82-86.

ANAES, Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications, texte des recommandations, Janvier 1999.

Joncquez C., Hanicotte B. La Maison du Diabète : aide et/ou alternative aux réseaux pour la prise en charge en ville du diabétique de type 2, Diabetes Metabolism, 2002, vol.28, Hors série 1, communication orale 1S38, in Jotterand S., Description d'une collaboration interdisciplinaire avec une infirmière pour le suivi de patients diabétiques au cabinet de médecin générale, Education du Patient et Enjeux de Santé.

Spahni D., Comment les médecins de premier recours genevois réfèrent-ils leurs patients en 2001 ? Médecine et hygiène, 2002, 60 :768-72, in Jotterand S., Description d'une collaboration interdisciplinaire avec une infirmière pour le suivi de patients diabétiques au cabinet de médecin générale, Education du patient et enjeux de santé.

d'Ivernois J.-F., Gagnayre R., Apprendre à éduquer le patient, Approche pédagogique, Ed. Vigot, Paris, 1995, p.90-91.

Priorités préventives en médecine générale, Société scientifique de médecine générale, rue de Suisse, 8, 1060 Bruxelles, 2002.

Gosselain Y., Laperche J., Prevost M., Les obstacles à la prévention en médecine générale : les connaître pour les dépasser, in Santé Conjugée, 1999 ; 10 : 42-45.

Il faut agir contre le diabète

D'après de nouvelles estimations, le diabète serait à l'origine de 3,2 millions de décès chaque année.

C'est le chiffre avancé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Fédération internationale du diabète (FID) à l'occasion du coup d'envoi de leur programme commun "Il faut agir contre le diabète". D'après les toutes dernières estimations, six personnes meurent directement ou indirectement du diabète chaque minute, soit le triple du chiffre estimé jusqu'à présent.¹

"Le diabète est un grave problème de santé publique qui gagne rapidement du terrain et dont les effets les plus sensibles se font sentir sur la population active des pays en développement", explique le docteur Catherine Le Galès-Camus, Sous-directeur général de l'OMS pour les maladies non transmissibles et la santé mentale. "Dans la plupart des pays en développement, il est à l'origine d'au moins un décès sur dix chez les adultes de 35 à 64 ans, proportion qui atteint parfois un sur cinq."

Le diabète est devenu l'une des principales causes de morbidité et de mortalité prématurées dans la majorité des pays, essentiellement parce qu'il augmente le risque de maladie cardiovasculaire.

Le programme "Il faut agir contre le diabète" est financé grâce à une subvention octroyée à la FID par la World Diabetes Foundation et par des fonds de l'OMS. Il a pour but de faire mieux prendre conscience du problème du diabète, d'encourager et de soutenir l'adoption de mesures efficaces pour la prise en charge et la prévention de cette maladie dans les pays et les communautés à revenu faible ou moyen.

"Il est possible de bien soigner le diabète et de réduire considérablement le risque de complications", affirme le Professeur Pierre Lefèbre, Président de la FID. "Il est prouvé que de simples ajustements du mode de vie comme une bonne alimentation et l'exercice physique, souvent complétés par un traitement médicamenteux, aident les diabétiques à mener une vie riche et saine.

Souvent, il suffit d'intervenir sur le mode de vie pour prévenir le diabète de type II, qui est responsable de plus de 90% des cas."

Le diabète est une maladie courante dont la fréquence augmente à une vitesse alarmante partout dans le monde. En 2000, on recensait 171 millions de diabétiques dans le monde ; leur nombre devrait plus que doubler d'ici 2030 et atteindre 366 millions au total. Cette montée en flèche résultera essentiellement d'une augmentation de 150 % dans les pays en développement.

Pour plus d'information : International Diabetes Federation, av. E. De Mot 19, 1000 Bruxelles. Tél. 02 538 55 11. Fax 02 538 51 14. Courriel : info@idf.org. Site : www.idf.org (en anglais).

D'après un communiqué de presse du 5 mai 2004.

¹ Ces estimations reposent sur la différence relative du risque de décès entre diabétiques et non diabétiques. Elles incluent les décès pour lesquels le diabète serait la cause initiale ou serait mentionné comme état morbide contributif sur le certificat médical de cause de décès.

Les Mauriciens creusent leur tombe avec leurs dents

Quarante pour cent des Mauriciens de plus de 30 ans sont obèses et un sur cinq souffre du diabète. Les maladies non transmissibles, les MNT, sont devenues un problème majeur de santé publique à Maurice. En cause : une mauvaise alimentation et le manque d'exercice, revers du miracle économique.

Balram Beeharry, la cinquantaine, avance péniblement, aidé de son petit-fils, dans la salle d'attente d'une clinique privée à Port-Louis. Amputé d'une jambe, il fait une dizaine de pas et finit par se laisser tomber sur une chaise. "C'est le diabète qui est la cause de mes problèmes de santé. Ma deuxième jambe est également affectée. Je ne sais si on va l'amputer aussi. Comment vais-je continuer à vivre ?", dit-il, les larmes aux yeux.

Des cas semblables, on en compte des milliers à Maurice. Les chiffres officiels sont alarmants : au moins 200.000 diabétiques pour 1,2 million d'habitants, sans compter les 60.000 cas probables non encore formellement diagnostiqués. Les caravanes de santé qui sillonnent villes et villages depuis deux ans ont fait un constat effarant : 40 % des adultes de plus de 30 ans sont obèses, 30 % sont hypertendus et 20 % diabétiques. À Maurice, un décès sur deux est lié à ces "maladies non-transmissibles".

Même des enfants souffrent à présent du diabète. Officiellement, 300 cas ont été recensés. Bradley Fleury, cinq ans, est insulino-dépendant depuis quelques mois déjà. Jordan Babet, sept ans, est décédé le 10 février dernier de complications liées au diabète. Une semaine plus tard, sa mère emmenait ses trois autres enfants, âgés de 13, 10 et 4 ans, à l'hôpital pour y subir un test de glycémie.

Résistance au dépistage

La réalité serait encore pire que ce qu'indiquent les chiffres car les Mauriciens ne se soumettent pas volontiers au dépistage

volontaire, pourtant gratuit, même si les caravanes de santé se présentent à leur porte. Ils ne réagissent pas non plus aux premiers symptômes et attendent l'apparition de complications sérieuses pour se soigner. Et même dans ce cas, environ 80 % des diabétiques diagnostiqués ne suivent pas correctement leur traitement malgré l'existence de remèdes et de structures d'accueil adéquates.

Au centre de chirurgie cardiaque, le Dr Sunil Guinness voit arriver aux urgences des patients de plus en plus jeunes, obèses ou avec des taux de cholestérol vertigineux sans compter les fumeurs malades des artères. "Nous les voyons au bout de la chaîne à un stade avancé de leur maladie, de plus en plus jeunes, à partir de 35-40 ans. 75% des patients opérés du cœur sont diabétiques", précise-t-il. Ici, 150 angiographies (radio des vaisseaux) sont effectuées tous les mois mais 12.000 personnes se trouvent sur la liste d'attente.

Trop de sucre, d'huile, de fast-food, d'amuse-gueule et de boissons gazeuses ont détérioré la santé des Mauriciens. "Les Mauriciens mangent de plus en plus mal", affirme la nutritionniste Rosida Dookun. La grande majorité mange dans la rue ou des petits restaurants. Le repas de midi se compose de *d'holl puris*, des rouleaux de pâte épicés, des nouilles grasses, de la viande, préparés dans des conditions d'hygiène douteuse. Ces mauvaises habitudes se sont généralisées dans les années 95/96, cinq à six ans après le début du miracle économique mauricien. Traditionnellement, on mangeait beaucoup de légumes et très peu de viande à Maurice : ce n'est plus le cas. La "malbouffe" n'épargne personne : citadins et ruraux de toutes communautés sont frappés.

Malades du temps

"Il faut beaucoup de volonté pour contrôler son alimentation", se défend Michel Bontemps, 35 ans, et diabétique. "Je suis

consciente des risques que comportent une mauvaise alimentation et le manque d'activités sportives pour ma santé. Mais comment faire dans cet environnement économique qui nous fait courir à gauche et à droite depuis dix ans ?", déclare Anju Kheerpah, une fonctionnaire. Faute de temps, les Mauriciens achètent des produits congelés et prêts à consommer. Rançon de la modernité, personne n'a plus le temps de préparer des repas ni de pratiquer une activité sportive, ne serait-ce que la marche. 72 % de la population ne pratiquent aucune activité physique.

Pourtant, le public est averti régulièrement des conséquences de ces maladies sur la santé. Depuis 1998, les campagnes de sensibilisation se succèdent dans les médias et à travers tout le pays. Durant les dernières vacances scolaires, en novembre et décembre dernier, les membres du Groupement des diabétiques, aidés des collégiens, ont fait du porte-à-porte à travers l'île pour sensibiliser les gens et effectuer des tests de dépistage du diabète. Les autorités ont même fait venir des acteurs indiens, très populaires, pour encourager les Mauriciens à s'adonner à des activités physiques dans un but de prévention.

Fin 2003, le ministre de la Santé a appelé tous les adultes de plus de 18 ans à se soumettre à un dépistage de ces maladies de "civilisation", "symptôme ou pas". La présidente de l'Association mauricienne du diabète, M^{me} Ursule Ramdane, réclame, elle, qu'un budget séparé soit alloué par l'État pour le traitement de cette maladie, étant donné ses conséquences sur la santé publique. Elle demande aussi que le diabète et les autres maladies non transmissibles soient expliqués aux enfants dès l'école primaire.

Nasseem Ackbarally, InfoSud – Syfia

Boire sans déboires ?

Louvain-la-Neuve, le jour, Louvain-la-Neuve la nuit, un monde de différences ! Dans les rues, à partir de 22 heures, cartables, crayons bien taillés, chemises à carreaux laissent leur place aux calottes et aux tablards...

Louvain-la-Neuve, son université, son lac, son architecture parfois douteuse, son Aula

Magna, mais aussi ses étudiants, ses baptêmes, ses guindailles, sa bière, ses soirées jusqu'au bout de la nuit, ses soirées à boire et à déboires.

L'animation étudiante a des centaines d'années derrière elle, empreintes de folklore, de chants et de traditions. En perpétuelle évolution, elle a toutes les chances de vivre

d'autres jours tout aussi mémorables.

Hier encore, l'animation était presque clandestine, limitée à certains endroits sombres de la ville. Aujourd'hui, elle vit au cœur de celle-ci, en pleine lumière, au milieu des étudiants, des commerçants, des habitants. Reconnue de tous, elle fait l'objet d'un véritable partenariat entre les étudiants et les

autorités académiques et communales.

Les exemples relatifs à cette collaboration sont légions : tantôt ponctuels, tantôt inscrits dans la durée...

La charte AUNE¹

Elle encadre l'ensemble de l'animation sur les deux sites de l'UCL. A l'instar d'une constitution, elle est régulièrement amendée, remaniée, elle fait l'objet des plus âpres négociations afin de coller avec son temps, avec l'avenir de l'animation étudiante de l'UCL et de la ville.

Autour de la table, les acteurs discutent de modalités techniques et pratiques et tentent d'instaurer des mesures touchant à la sécurité, à la santé, à l'hygiène, à l'environnement.

On détermine ainsi de manière contractuelle les zones de nettoyage, les heures de fermeture des différentes surfaces d'animation, les limites sonores à ne pas dépasser, les boissons qui peuvent être vendues et consommées.

L'objectif de la charte est très clair : permettre à l'activité étudiante de se développer tout en évitant les débordements et désagréments qui mettraient en péril le devenir du vivre ensemble sur notre site universitaire.

En début d'année, tous les responsables d'animation signent la charte et s'engagent à l'observer le plus attentivement possible.

Ainsi, de présidents de collectifs en présidents de cercles, de régionales et de KAP (pour 'kot à projet'), ce sont quelques centaines d'étudiants qui s'engagent à encadrer des milliers d'autres, nuits après nuits.

Certes, la charte AUNE n'a pas tout résolu et il reste des sujets de frictions entre les étudiants, les autorités académiques, les commerçants et les habitants. Mais « la » charte de l'UCL peut s'enorgueillir d'être à l'origine d'une diminution significative des plaintes pour insalubrité ou pour tapage nocturne, et aussi des interventions des forces de l'ordre et des services de premiers secours.

La « Grande » charte a même donné naissance à des rejets.

Ainsi, et aussi incroyable que cela puisse paraître, même les baptêmes et autre bleusailles font l'objet d'un accord entre étudiants et autorités universitaires.

Ainsi, avant même que quelqu'un ait pu entendre le gong de la rentrée quelques règles essentielles sont fixées :

- le nombre d'activités de bleusailles par semaine ;
- minuit comme heure limite à laquelle devront être clôturées les activités ;
- l'accompagnement des participants à leur domicile tous les soirs ;
- la date limite que les activités de baptême ne pourront dépasser, celle des 24 heures vélo ;
- la réglementation de la consommation d'alcool durant l'activité que ce soit pour les organisateurs ou pour les participants.

Effets probants

Le résultat de ce contrat « UCL-étudiant » est encore une fois facile à évaluer... Pas de plainte, d'incidents graves, pas même une petite hypoglycémie ou un petit étourdissement, c'est dire !

De part et d'autre, on se félicite de ce changement. Il a permis de maintenir l'existence d'une tradition étudiante dans des limites raisonnables et acceptables pour chacune des parties.

C'est bien cette même pratique initiative, qui, il y a quelques années encore, un peu partout en Belgique signifiait un aller simple pour l'hôpital pour quelques dizaines de « petits bleus ».

Passons maintenant à d'autres initiatives, issues du monde étudiant.

Si le monde étudiant dans son ensemble a adopté depuis plusieurs années une réflexion et une attitude proactive en la matière, il ne faut pas le rendre trop angélique pour autant. L'animation reste essentiellement financée par les débits de boisson dont elle dispose et

comme partout, du conseil d'administration de l'UCL au petit bar de cercles ou de régionales, on grappille après le moindre centime.

C'est pourquoi les responsables de l'animation étudiante sont particulièrement attentifs aux discours qu'ils tiennent, aux actions qu'ils mènent : il s'agit d'étudiants qui s'adressent à d'autres étudiants.

En aucun cas il ne s'agit de faire passer un message radical, accusateur et moralisateur à nos pairs. Notre but est de conscientiser et de responsabiliser l'étudiant par rapport à sa propre consommation d'alcool, de lui faire comprendre que l'on peut boire autrement qu'excessivement.

Pour atteindre ces objectifs, les organisateurs de soirées utilisent des stratégies diversifiées.

Certains utilisent le média de la presse étudiante, à disposition d'un très large public, pour faire passer des messages de prévention à la fois sérieux et ludiques. D'autres s'adressent à la population qu'ils connaissent le mieux : les individus qui participent de manière régulière à leurs propres activités.

Quatre réussites

La Quinzaine de la bière

A l'origine de cette initiative, des étudiants issus du cercle de la Maison des Sciences.

La bière est de loin la première boisson alcoolisée consommée sur le site. Le nombre d'hectolitres bus chaque année ferait frissonner toutes les mamans !

La bière est la boisson de prédilection des soirées étudiantes pour diverses raisons. Il

Numéro spécial des Cahiers de Prospective Jeunesse

Le comportement des jeunes face à l'alcool se modifie, il se rajeunit, il se féminise. Les stratégies commerciales mises en œuvre pour toucher cette cible essentielle deviennent de plus en plus variées et pointues. Comment faut-il réagir ? En observant, en dénonçant, en éduquant ?

Plusieurs associations des secteurs de la prévention et de la jeunesse ont organisé, le 18 mai 2004, un colloque consacré à cette question. Il s'agissait de faire un état des lieux :

- des données épidémiologiques de la consommation d'alcool par les jeunes ;
- des stratégies commerciales et communicationnelles des producteurs et distributeurs d'alcool, ainsi que des messages véhiculés par les médias ;
- des actions de prévention ou de promotion de la santé liées à la problématique ;

des aspects juridiques et législatifs de la question.

Le texte de Virginie Verton est extrait de ce numéro de grande qualité.

Le 32^e Cahier de Prospective Jeunesse contenant les actes de ce colloque est disponible. Pour le commander (10€) ou recevoir la liste des autres numéros parus, contactez Claire Haesaerts, Secrétaire de rédaction, tél.: 02 512 17 66, fax : 02 513 24 02, courriel : claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be. Site internet : www.prospective-jeunesse.be

Pour en savoir plus sur la constitution du Réseau Jeunes et Alcool en Communauté française, contactez Florence Vanderstichelen ou Martin de Duve, à l'asbl Univers Santé, place Galilée 6, 1348 Louvain-la-Neuve. Tél.: 010 47 28 28, fax : 010 47 26 00, courriel : jeunes-alcool@univers-sante.ucl.ac.be

¹ Signifie animation universitaire. Cela fait référence à une charte entre le vice-rectorat de l'UCL et les collectifs étudiants portant sur la limitation dans le temps des activités de guindaille au profit d'activités de qualité.

s'agit d'une boisson désaltérante dans les ambiances les plus chaudes, d'une boisson extrêmement démocratique pour le porteur-feuille de l'étudiant, et pour finir d'une boisson également pratique ; servie en gobelet en plastique, elle s'emporte partout et ne peut devenir un projectile dangereux...

La Quinzaine de la bière est diamétralement en opposition avec ce type de consommation de notre breuvage national. La Maison des Sciences s'engage à redonner à la bière ses lettres de noblesse et à donner raison à ceux qui prétendent que la bière fait tout autant partie du patrimoine économique que culturel de la Belgique.

A deux reprises au cours de l'année, le consommateur peut se rendre dans ce cercle étudiant pour apprécier une ambiance plus feutrée et intimiste que les soirées surpeuplées auxquelles il a l'habitude de se rendre. Il appréciera le fait qu'il peut s'asseoir tranquillement à une table avec ses amis, bavarder ou jouer aux cartes... Tout cela, l'étudiant pourra le faire, s'il a réussi à choisir la bière qu'il souhaite boire. Car c'est en proposant près de cinq cents sortes de bières à son public que la Quinzaine de la bière a forgé sa réputation. Les bières spéciales sont alors servies dans les verres qui leur sont spécifiques et elles sont agrémentées des fromages qui y correspondent quand cela est possible.

Lors de cette activité, l'étudiant consommateur boit donc différemment. Il boit généralement moins car les tarifs sont plus élevés que dans les soirées habituelles et il apprend surtout à apprécier ce qu'il boit, à ne pas simplement boire pour boire, bref il apprend à boire autrement.

Le succès populaire de cette activité ne s'est jamais démenti au cours des dernières années. La Quinzaine a encore de beaux jours devant elle.

Les stages de prévention routière

Dans le courant du mois d'octobre 2003, le groupement des cercles louvanistes proposait à tous les étudiants du site de participer à des cours et des stages de conduite préventive. Bien sûr, il n'y a pas de voiture dans les rues de Louvain-la-Neuve, bien sûr... Mais tous les soirs, beaucoup d'étudiants qui ne kottent pas rejoignent leurs pénates en voiture.

Par ailleurs, le guindailleur piéton en semaine devient régulièrement un guindailleur motorisé en période de vacances ou de week-end. Aussi est-il apparu essentiel de pouvoir proposer aux étudiants une activité au cours de laquelle les gestes et les attitudes à adopter pour devenir un bon conducteur leur seraient rappelés.

Une large partie des cours est consacrée à

démontrer les effets que peut avoir l'alcool sur le physique du conducteur, sur ses perceptions des distances, des contours, des vitesses. Un éthylotest permet également à l'étudiant de se rendre compte de ce que représente en grammes dans le sang la consommation de quelques petites bières...

Un stage pratique de maîtrise routière est également proposé afin que chacun puisse se rendre compte à quel point, même en étant sobre, il peut parfois être difficile de garder le contrôle de son véhicule.

Cette activité connaît un succès croissant et encourageant pour ses organisateurs. Les résultats restent cependant difficiles à évaluer.

La campagne MST

La campagne de prévention des maladies sexuellement transmissibles s'est déroulée au cours du mois d'octobre 2003. Son but était clair : sensibiliser les étudiants et les étudiantes sur leurs comportements sexuels. Les derniers sondages enregistrés en Belgique mettaient en évidence une augmentation des maladies sexuellement transmissibles et des pratiques à risque chez les plus jeunes.

Les grands collectifs étudiants de l'UCL se sont donc engagés à réagir. Les journaux étudiants ont par exemple fait paraître différents articles de prévention. Avec l'aide et le soutien d'Univers Santé, une distribution de brochures explicatives rappelant tous les moyens de contraception et de protection a été effectuée de manière large. Lors de certaines soirées thématiques, des préservatifs ont également été distribués aux filles comme aux garçons.

Bien sûr, ces actions étudiantes visaient en premier lieu la prévention... Mais elles voulaient également rappeler les effets que l'alcool peut avoir sur le comportement des individus et mettre en garde contre toutes ces choses qui sont toujours arrivées trop vite, sans trop savoir, parce qu'on avait trop bu, parce qu'on était trop saoul.

Les organisateurs de cette campagne ont souhaité évaluer l'impact de leur action. Un sondage a été organisé et démontre tout l'intérêt qu'il y a à organiser pareille action sur les sites de l'UCL et l'intérêt qu'il y a à réitérer l'initiative au cours des années à venir.

La semaine de « prévention alcool »

La semaine prévention alcool est une activité organisée par les cercles étudiants qui s'est déroulée en novembre.

Le but était d'organiser une activité inter-facultaire s'adressant à l'ensemble du site. L'objectif était de faire de la sensibilisation par rapport à l'alcool en général en susci-

tant un intérêt lié aux études que suit l'étudiant.

Les étudiants du cercle d'agronomie ont organisé une visite de brasserie et de distillerie mettant ainsi en évidence tout un département de leur faculté.

Les étudiants issus du cercle de médecine, d'éducation physique, de sciences et de pharmacologie ont organisé une conférence et une exposition sur les effets de l'alcool sur le physique des individus et des athlètes de haut niveau ainsi que sur les interactions que la consommation d'alcool peut avoir avec les médicaments.

Le cercle des étudiants en sciences économiques sociales et politiques en collaboration avec le cercle de psychologie a mis en évidence les campagnes et les stratégies de vente qu'utilisent les brasseurs et autres producteurs d'alcool pour écouler leurs produits sur nos marchés. Au cours d'un débat, ils ont eu l'occasion d'interpeller différents dirigeants et négociants d'alcool ainsi que des spécialistes qui ont évoqué les problèmes d'assuétudes liés à l'alcool.

Ces activités ont eu lieu au cours de la même semaine. Elles ont permis à l'étudiant d'être sensibilisé à l'alcool et à sa consommation d'une manière toute particulière et finalement très éloignée des campagnes de prévention de masse. L'objectif est de toucher l'étudiant dans ce qu'il a de particulier.

Le second objectif est de susciter un intérêt général lié au programme de cette semaine prévention alcool dans sa globalité. Une participation à chacune de ces activités a permis aux étudiants de faire l'historique du contenu d'un verre, depuis sa fabrication et son achat jusqu'à son ingestion et de voir quelles sont les étapes de la consommation, l'évolution comportementale de chacun.

Voilà donc quatre exemples d'activités et d'initiatives étudiantes liées de près ou de loin à la jeunesse et à la consommation de boissons alcoolisées. Elles ne cherchent pas à nier la réalité "alcoolique" du monde où nous étudions, mais, lucidement et modestement, à accompagner notre consommation avec respect et bon sens.

Virginie Verton, Présidente du Groupement des cercles étudiants de l'UCL 2003-2004

Ce texte reprend l'intervention de l'auteur lors du colloque 'Jeunes et alcool', qui s'est tenu à Louvain-la-Neuve le 18 mai 2004. Il apparaît aussi dans les actes du colloque, disponibles à Univers Santé.

Adresse de l'auteur : Virginie Verton, c/o Univers Santé, Place Galilée 6, 1348 Louvain-la-Neuve

Paquets de cigarette : bientôt des avertissements sanitaires musclés

Le Commissaire européen chargé de la Santé et de la Protection du consommateur **David Byrne** a annoncé le 22 octobre dernier le lancement par l'Union européenne d'une campagne médiatique de 72 millions d'euros contre le tabac.

Il a dévoilé les nouveaux avertissements sous forme d'illustrations percutantes destinés à figurer sur les paquets de cigarettes. Les nouvelles mesures antitabac font suite au succès de la campagne communautaire qui s'est déroulée de 2002 à 2004, "Feel free to say no" qui conseillait aux jeunes Européens "Be cool – don't smoke", et pour laquelle l'Union européenne s'était associée à des joueurs de football et des vedettes du monde musical.

Les avertissements illustrés dévoilés par M. Byrne présentent notamment des clichés de poumons malades (légende : "Fumer provoque le cancer mortel du poumon"), un cadavre dans une morgue (légende : "Les fumeurs meurent prématurément") ainsi qu'un homme dont la gorge comporte une grave tumeur (légende : "Fumer peut entraîner une mort lente et douloureuse"). Ces illustrations font partie d'une base de données de 42 images destinées à être utilisées en combinaison avec les avertissements percutants introduits à l'échelon communautaire en 2003. Les Etats membres qui le souhaitent pourront y recourir pour intensifier l'impact de leurs avertissements sanitaires. La Commission prévoit que ces avertissements visuels seront introduits l'année prochaine dans plusieurs pays.

Pour le commissaire Byrne, "il est nécessaire d'ébranler l'insouciance du public vis-à-vis du tabac. J'assume pleinement la totalité des illustrations que nous utilisons. Le vrai visage du tabagisme est la maladie, la mort et l'horreur et non la séduction et le chic que les pourvoyeurs de l'industrie du tabac essaient de dépeindre. L'Union européenne doit marteler ce message auprès des jeunes grâce à sa campagne médiatique et auprès des fumeurs au moyen de leurs paquets de cigarettes."

Les grands avertissements sanitaires en noir et blanc qui figurent sur les paquets de cigarettes partout en Europe ont été introduits par la directive européenne sur les produits du tabac. Cette législation chargeait la Commission d'aider les pays membres à introduire des avertissements illustrés. La base de données de la Commission a été créée par une agence de

La Belgique dit oui

Le Ministre de la Santé publique, Rudy Demotte, se réjouit de la communication de la Commission européenne qui publie les photos permettant d'apposer des avertissements combinés sur les paquets de cigarettes.

En effet, l'apposition sur les paquets de cigarettes d'avertissements combinés (c'est-à-dire associant un avertissement sanitaire et des photos), déjà utilisée au Canada depuis quelques années, a pu montrer son efficacité dans la lutte contre le tabagisme.

Cette communication de la Commission permet d'imposer les avertissements combinés en Belgique.

Cette volonté était déjà affirmée dans le Plan fédéral de lutte contre le tabagisme que Rudy Demotte a soumis au Conseil des ministres au début de l'année.

Maintenant que l'Union européenne a mis à la disposition des Etats membres la base de données des photos utilisables, un arrêté rendant l'apposition de ces avertissements obligatoire sera pris avant la fin de l'année.

Concrètement, les producteurs disposeront d'une période transitoire d'un an pour se conformer aux nouvelles dispositions, et les détaillants disposeront de six mois supplémentaires pour écouler leurs stocks d'anciens paquets.

communication, Chili con Carne basée à Bruxelles. Les avertissements sont déclinés de façon à couvrir le spectre de la communication, du rationnel à l'émotionnel. Les images ont été testées dans les 25 pays de l'Union. L'expérience du Canada, qui utilise les avertissements illustrés depuis plusieurs années, porte à croire que ceux-ci peuvent aider à réduire la consommation de tabac. David Byrne était accompagné, lors de sa conférence de presse, par le docteur Ann McNeil, directeur de recherche honoraire du University College London, qui a présenté une évaluation de la politique communautaire de lutte antitabac, menée par un groupe de spécialistes de la santé. Ces experts évaluent le coût annuel des affections dues au tabagisme dans l'Union européenne à 100 milliards d'euros...



A titre d'exemple, une des images les plus 'softs' de la série. Quand on en voit certaines autres, on se demande comment un produit aussi mortifère est encore en vente, même accompagné de mises en garde brutales...

Leur rapport préconise une intensification de la lutte antitabac dans l'Union européenne, qui devrait reposer sur :

- des stratégies globales à long terme ;
- des organismes de surveillance du tabagisme dotés de ressources humaines et financières suffisantes ;
- la pleine application de la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac.

Le commissaire Byrne a commenté ces recommandations en considérant qu'elles constituent une contribution importante aux réflexions de la Commission.

Le nouveau Commissaire européen **Markos Kyprianou** prévoit 3 priorités d'action, la lutte contre l'obésité, le tabagisme et l'abus d'alcool.

Des copies des nouveaux avertissements sont disponibles à l'adresse suivante :

www.europa.eu.int/comm/mediatheque/photo/select/tabac_en.htm

Michel Pettiaux, FARES

Bonne nouvelle : la 'Loi portant assentiment à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, adoptée à Genève le 21/5/2003' a été promulguée le 13/9/2004 (Moniteur belge du 10/11/2004).

Ligne téléphonique d'aide à l'arrêt tabagique : première évaluation

A l'instar d'autres pays européens, la Ligne Tabac Stop (070 227 227) d'information sur le tabac et d'aide à l'arrêt fonctionne en Belgique depuis le 1^{er} juin 2004¹. Premiers éléments d'évaluation.

La Fédération belge contre le cancer se lance dans l'aventure de l'information et de l'aide à l'arrêt par téléphone. L'information (en ce compris l'envoi de brochures) est proposée entre 8 heures et 19 heures. L'aide à l'arrêt est, elle, réservée à la tranche horaire 15 h-19 h. L'initiative n'est-elle pas tardive par rapport à d'autres pays européens ?

« Il fallait que nous soyions prêts, formés, tempère le D^r Juan Coulon (responsable francophone du projet à la Fédération belge contre le cancer). Ce qui s'est fait auprès des lignes étrangères. Ce travail qui est par essence proche des personnes devait se nourrir de nos expériences d'aide à l'arrêt tabagique. Elles ont dû se développer. Je pense à la consultation d'aide à l'arrêt à Bordet, à celle mise en place sur le campus de l'ULB ou à la formation en tabacologie que nous organisons avec les universités et la Fares. C'est grâce à toute cette dynamique que Tabac Stop a pu voir le jour. Ce n'est pas parce que les choses se passent par téléphone que le service doit être moins rigoureux. Les coups de fil durent en moyenne un quart d'heure. Nous posons des questions précises pour cerner le profil des fumeurs qui appellent et les aider au mieux. Les professionnels qui sont au bout du fil sont soit médecins soit psychologues, et tous formés en tabacologie et à la technique des entretiens motivants. Ils ont tous une pratique avec des fumeurs, que cela soit directement ou moins directement comme lors de stages. »

Profil

Entre le 1^{er} juin et la mi-octobre, environ 1500 personnes ont appelé le 070 227 227 pour les appelants francophones (les appelants néerlandophones sont un peu moins nombreux). Une majorité de femmes ont utilisé ce service. Une majorité d'appelants

sont fumeurs. L'arrêt tabagique est la raison principale des appels, mais il y a aussi des questions sur la législation, sur le tabagisme passif et sur la santé.

Les appelants qui contactent les professionnels (psychologue ou médecin formés en tabacologie) sont plus âgés que le public qui fréquente les centres d'aide à l'arrêt au tabac. Les plus de 50 ans sont nombreux. Les jeunes sont quasiment absents. La consommation élevée de tabac est une constante (soit plus de 30, 40 cigarettes par jour). « Pas mal de patients chipotent avec les substituts nicotiques, constate le D^r Coulon. Ils ne savent plus comment doser. Ils se colleraient bien deux, trois patches sur la peau. Je pense qu'ils hésitent à expliquer leurs difficultés à leur médecin. Comme si cela devait aller de soi. Comme si on avait peur de dire ses difficultés, son manque. Une croyance souvent rencontrée, c'est celle que tout passe par les substituts nicotiques. Des personnes tournent en rond d'un substitut à l'autre ! Elles ont l'impression qu'elles ont tout essayé et que cela ne sert à rien ! Beaucoup de fumeurs qui veulent arrêter ont un problème d'estime d'eux-mêmes. Ils sont fragilisés dans ce domaine-là. Ils ont peur d'échouer encore une fois. Mais attention, nos appelants ne sont pas représentatifs de tous ceux qui veulent arrêter de fumer. Nous avons des fumeurs et des fumeuses avec des tabagismes lourds, des comorbidités somatiques et psychologiques. »

Aussi au service des généralistes

La ligne Tabac Stop lance un appel aux médecins généralistes. Elle est là aussi pour eux, pour offrir de l'information sur les consultations de tabacologie, les centres d'aide à l'arrêt tabagique, mais surtout sur les recommandations internationales en matière de traitement des dépendances physiques, psychologiques et comportementales.

Les soutiens dans le long terme sont importants à promouvoir, car fondamentaux. « Nous sommes là pour répondre aux médecins généralistes, aux travailleurs de la santé, à tout professionnel confronté à la

question du tabac. Nous avons des pistes à leur proposer face à une série de questions. Que dire à un patient qui a peur de prendre du poids ? Quelle option prendre avec les substituts nicotiques lorsqu'on se trouve face à une femme enceinte ou à une personne qui vient de faire un infarctus ? Que faire avec un patient qui a un cancer de la gorge et qui continue de fumer ? Quelle stratégie utiliser avec un patient que l'on ne trouve pas suffisamment motivé ? Que dire quand la rechute est là ? Et quand le patient est déprimé, comment relancer le traitement ? »

La ligne Tabac Stop renvoie souvent vers le médecin généraliste des patients désorientés par l'aventure de l'arrêt. « Ce serait formidable, poursuit le D^r Coulon, que les médecins de famille puissent nous recontacter ensuite, que nous puissions partager nos expériences. Ils sont mieux placés que nous, ils connaissent très bien leur patientèle. Mais je ne suis pas sûr que les patients leur disent nous avoir appelés... »

Des mots pour motiver

Les professionnels répondant à ceux et celles qui veulent arrêter de fumer sont formés à la technique des entretiens motivants. Quelques principes sous-tendent cette approche. Comme l'empathie, faite de compréhension, de respect, de tolérance. « C'est par exemple dire au patient qu'on entend qu'il doute, mais l'encourager néanmoins. Lui dire qu'on va y arriver. »

Autre principe : augmenter l'estime de soi. Ce sera affirmer par exemple « Il n'y a pas d'échec en tabacologie. Il y a des rechutes, mais elles sont constructives. » La position de l'expert sera évitée par-dessus tout. Le patient sait. C'est lui qui a les ressources. Autre manière de soutenir autrui, l'aider à se projeter dans le futur comme ex-fumeur : « Dans six mois, quand vous aurez arrêté... »

Véronique Janzyk

Toute information complémentaire auprès de la Fédération belge contre le cancer au 02 736 99 99.

¹ Voir Enfin une Ligne Tabac-Stop en Belgique, Education Santé n° 194, octobre 2004.

Le Centre Antipoisons au quotidien

A l'occasion de ses 40 ans d'existence, le Centre Antipoisons vient de faire le point sur les services qu'il rend au jour le jour.

Enormément d'appels

Combien le Centre reçoit-il d'appels ? Le téléphone sonne 140 fois par jour en moyenne au 070 245 245. Le nombre d'appels par mois fluctue entre 4 et 5.000. Tous les appels sont pris en charge par un médecin. L'équipe compte actuellement 13 médecins qui se relaient pour assurer un service 24h sur 24. L'accès au numéro d'urgence est gratuit : en effet, l'Arrêté royal du 9 octobre 2002 (M.B. 7/11/2002) impose aux opérateurs d'assurer à leurs abonnés l'accès gratuit aux services d'urgence.

Qui peut faire appel au Centre Antipoisons ?

Le Centre est accessible au public comme aux professionnels de santé. Ce n'est pas le cas partout en Europe : aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne, les centres équivalents ne répondent pas aux appels du public.

Cette accessibilité est un atout important : donner des premiers soins corrects au moment de l'accident, évaluer l'importance de l'exposition pour laisser au domicile les cas bénins et orienter très vite vers l'hôpital les cas graves contribue à améliorer la prise en charge des patients intoxiqués.

Par ailleurs, la réponse au public donne de précieuses indications sur la manière dont les accidents surviennent et les produits en cause. Le Centre peut ainsi détecter des problèmes liés à la présentation des produits, à un étiquetage peu clair, à une notice mal conçue, à une toxicité inattendue. Ce travail de toxicovigilance est une fonction importante pour les centres antipoisons.

Actuellement, trois quarts des appels proviennent du public. Huit appels sur dix sont des appels urgents, suite à un contact avec un ou plusieurs produits.

Qui sont les victimes ?

La moitié des accidents concernent des enfants. Le principal groupe à risque est celui des moins de 4 ans. Les jeunes enfants passent par une période au cours de laquelle ils explorent leur environnement en portant tout à la bouche. Les parents de jeunes enfants savent à quel point cette période demande une vigilance de tous les instants.

Les missions du Centre Antipoisons

Assurer une permanence médicale d'information toxicologique en urgence.

Gérer une documentation sur les toxiques.

Faciliter l'accès aux antidotes et autres médicaments spécifiques.

Recevoir la composition des préparations dangereuses et des cosmétiques mis sur le marché en Belgique.

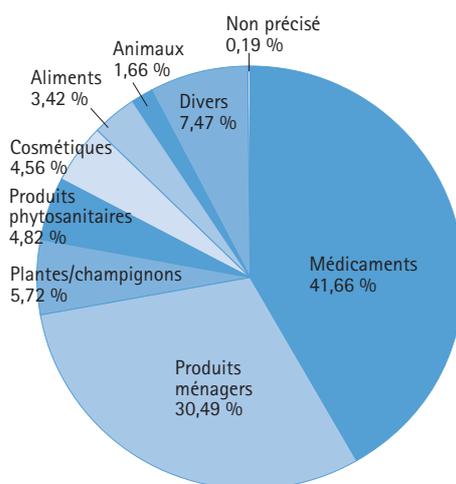
Assurer une mission de toxicovigilance.

Tenir un registre des intoxications au CO, première cause de mort accidentelle en Belgique.

Quels sont les produits en cause ?

D'une manière générale, plus un produit circule, plus la probabilité de contact est grande.

Les appels les plus fréquents concernent donc des produits d'usage courant. On ne sera pas surpris de voir arriver médicaments et produits ménagers en tête des agents en cause dans les appels. Ces produits sont présents dans toutes les familles et occasionnent le plus grand nombre d'accidents. Les appels les plus fréquents ne sont heureusement pas les plus graves.



Quels sont les produits les plus dangereux ?

S'il est souvent victime de sa curiosité, le jeune enfant avale rarement des quantités importantes de produit et beaucoup d'accidents sont heureusement bénins. Il faut

malgré tout savoir qu'il existe des produits d'usage courant dangereux en petite quantité. Il est impossible de les citer tous.

Parmi les produits d'entretien, il faut être particulièrement vigilant avec les **produits caustiques**. Ces produits provoquent des brûlures en cas de projection dans l'œil ou sur la peau et des lésions internes s'ils sont avalés. En pratique, dans la vie courante, on trouve dans cette catégorie des produits de droguerie comme l'esprit de sel, la soude caustique, l'acide sulfurique, et aussi des produits d'entretien, les déboucheurs de canalisation principalement, certains nettoyeurs dégraissant pour four, grill et hotte...

L'étiquette des produits corrosifs doit porter un symbole de danger noir sur fond orange. La signification de ce symbole n'est malheureusement pas connue de tous. Ce symbole représente deux éprouvettes d'où s'écoule un liquide endommageant une surface de travail et une main.

Autre catégorie de produit dangereux en petite quantité, les produits contenant des **distillats de pétrole**. En cas d'ingestion accidentelle, il peut arriver que suite à un vomissement, quelques gouttes de produit soient avalées de travers et pénètrent dans les poumons, entraînant une pneumonie chimique. On retrouve des dérivés pétroliers dans beaucoup de produits d'entretien ou de bricolage l'essence, le white spirit, de nombreux vernis et peintures, les rénovateurs pour meubles, l'huile pour lampe, les allume-feu liquides se retrouvent dans cette catégorie.

Comment repérer les produits à risque d'aspiration dans les poumons ? Il n'existe pas de symbole spécifique. L'étiquette portera une croix de Saint André avec la mention nocif, symbole qui se retrouve sur de très nombreuses préparations. C'est une phrase sur l'étiquette qui doit spécifier ce risque particulier : il s'agit de la phrase "Nocif : peut provoquer une atteinte des poumons en cas d'ingestion". Il faut donc lire toute l'étiquette pour être informé.

Le **méthanol** et l'**éthylène glycol** sont des toxiques redoutables en faible quantité. A l'approche de l'hiver il faut rappeler que la plupart des antigels contiennent de l'éthylène glycol.

Le méthanol est un combustible courant pour les réchauds à fondue. Une gorgée d'un de ces produits suffit à entraîner une intoxication grave. Il faut particulièrement veiller à les garder hors de portée des enfants.

Comment se produisent les accidents ?

La plupart des appels concernent des accidents. Les tentatives de suicide représentent 11 % des appels environ.

Chez l'enfant, beaucoup d'accidents surviennent lorsque le produit est en cours d'utilisation : un bref moment d'inattention de l'adulte interrompu par le téléphone, un autre enfant qui pleure, un coup de sonnette suffisent à l'enfant pour s'emparer du flacon laissé ouvert.

L'enfant qui commence à se déplacer trouve à sa portée des plantes d'appartement, un cendrier rempli de mégots, une lampe à huile sur une table basse, des verres contenant un fond d'alcool, un pinceau trempant dans du white spirit, un désodorisant d'ambiance, toutes choses qu'il aura vite fait de porter à la bouche.

L'exploration d'un sac à main peut aussi conduire à la découverte d'une boîte à pilule ou d'un paquet de cigarette par exemple.

Certaines circonstances sont propices aux accidents : l'enfant que l'on couche dans une chambre d'adulte pour y faire la sieste pourra au réveil explorer la table de nuit et trouver somnifères, pilule contraceptive ou d'autres médicaments.

Chez l'adulte les accidents sont plutôt liés à une erreur de manipulation d'un produit : utilisation d'un produit caustique sans gant ni lunettes de protection, travail prolongé avec des solvants dans un espace non ventilé, mélange d'eau de javel et d'acide avec dégagement de chlore pour citer les exemples les plus courants. Les produits transvasés dans des contenants alimentaires (bouteilles, verres...) sont sources d'accident tant chez l'enfant que chez l'adulte.

Plus de deux mille appels par an sont en rap-

port avec une erreur thérapeutique, c'est-à-dire une erreur dans l'administration d'un médicament. Il s'agit principalement d'erreurs de produit et de surdosages. Ces appels sont régulièrement examinés pour dégager d'éventuelles mesures de prévention.

Quelle est la gravité des accidents ?

Beaucoup d'accidents sont heureusement bénins et peuvent être soignés à la maison. Pour les appels venant du public, 40 % environ nécessitent une intervention médicale, 24 % des cas sont renvoyés à un médecin, 16 % sont orientés d'emblée vers l'hôpital.

Centre Antipoisons, c/o Hôpital Central de la Base Reine Astrid, rue Bruyn, 1120 Bruxelles.
Internet : www.poissoncentre.be

D'après la farde de presse du Centre Antipoisons

RÉFLEXION

De la participation : un éventuel mythe, obligatoire ?

1997 marque l'entrée officielle, décré-tale même, du concept de promotion de la santé en Communauté française. D'éducateurs pour la santé, de nombreux professionnels sont devenus par la magie des mots « promoteurs de la santé », avec une extension théorique de leur champ de compétence qui donne le vertige.

Au fil des années, cette mutation et les concepts qui l'accompagnent ont soulevé bien des interrogations. Soucieux de quitter quelques instants nos préoccupations opérationnelles, de prendre un peu de recul par rapport à nos pratiques quotidiennes, le Service communautaire de promotion de la santé – asbl Question Santé a sollicité un regard extérieur au secteur de la santé, celui de la philosophie. Voici donc la trace écrite laissée par des entretiens libres au cours desquels Samantha Crunelle, philosophe, a partagé avec nous divers questionnements. Ces quelques réflexions exigeront sans doute un petit effort de la part du lecteur, mais nous pensons que cela peut être fécond.

Après un premier article qui présentait quelques notions fondamentales, le second s'intéresse aujourd'hui au concept de la participation.

SCPS – Question Santé

« Dans les démocraties occidentales, on pense habituellement qu'il est préférable pour assurer le bon fonctionnement du système démocratique que l'individu soit disposé à jouer un rôle actif dans les rouages du système à titre d'électeur, de participant communautaire, de travailleur, d'activiste et de membre d'un parti politique. On estime que chaque citoyen doit être convaincu qu'il lui incombe d'être un participant actif et informé dans le système démocratique. Au bout du compte, les membres de la société devraient tous être aptes à juger de l'efficacité de divers points de vue et d'épouser la ligne de conduite qui semble être la plus sage. Chaque citoyen pourrait ainsi prendre des décisions avisées et la société pourrait fonctionner de façon stable. »¹

Si on s'intéresse à diverses problématiques² liées à l'éducation ou la promotion de la santé, un des points soulevés est celui de la participation du ou des citoyens aux projets de santé publique, afin que ces projets se voient dotés de légitimité.

Car nous sommes, bien heureusement, dans un régime démocratique, et celui-ci suppose, impose la participation des citoyens. L'absence de participation impliquerait par là même la négation du système démocratique, en théorie.

Comparons donc participation supposée au modèle démocratique et à la promotion de la santé, afin de constater si ces concepts vont effectivement et pragmatiquement de pair, ou s'il faut parfois forcer les rapprochements, et voyons quelles en sont les conséquences.

Qu'est-ce que la participation ?

L'étymologie nous dit « acte de prendre part à quelque chose ».

Dès lors, quel est le cadre réel de la participation, dans son sens le plus large, mais également plus spécifiquement par rapport à la promotion de la santé ? Où commence-t-elle et où finit-elle ? Qui est concerné ?

On peut avancer que notre cadre politique, dans lequel la participation prend racine, est celui de la démocratie ; encore faut-il s'entendre aussi sur ce que ce mot recouvre réellement.

¹ Frideres, James S., « La participation du citoyen à la vie civique, sa conscience et sa connaissance de ses droits et devoirs et sa capacité de les exercer », Deuxième conférence nationale Métropolis en immigration, Montréal, Novembre 1997.

² Toutes ces questions posées et peu de réponses proposées, toutes les mesures de prudence ayant été prises, il n'en reste pas moins que se lancer, à bonnes doses, dans l'éducation ou la promotion de la santé reste un projet fondamental, déjà en voie d'expansion grandissante et qu'on ne peut détourner d'un simple regard méfiant ou méprisant.

Démocratie et promotion de la santé

En promotion de la santé, le point de départ des « professionnels » est d'aller chercher l'avis des gens sur un problème qui s'avère digne d'être traité pour la ou les collectivités.

Plusieurs antinomies à la démocratie peuvent déjà apparaître à ce stade. En effet, les promoteurs de la santé ne disposent eux-mêmes que de peu de légitimité démocratique. Ils ne sont pas élus (mis à part généralement le ministre de la santé) et travaillent dans ce secteur parfois pour des raisons totalement aléatoires (entendez non décisionnelles). D'où provient en effet leur validité, leur recevabilité eu égard à l'idéal démocratique ? Peut-être simplement au fait qu'ils sont eux-mêmes également électeurs...

Mais justement, dans leur travail communautaire, ils devraient également « oublier » leur avis purement personnel (puisqu'ils parlent aussi en leur nom) afin d'élever cet avis subjectif au rang de « jugement universel » : il s'agit de transformer leur subjectivité en appréciation communautaire, en vue d'une application qui concerne justement la communauté. Lourde tâche et autre postulat théorique riche de sens... Est-il donc réaliste de jouer l'idéal de la légitimité démocratique, des prémisses aux finalités de promotion de la santé, en feignant d'ignorer l'impossibilité pratique d'un tel idéal ?

Après avoir soulevé le problème du « Qui ? », il est judicieux de se demander « A qui ? » va s'adresser tel ou tel programme de promotion de la santé (« Quoi »)? Et d'où naissent les préoccupations face à certaines problématiques ? Les problèmes se font-ils connaître d'eux-mêmes à un certain moment ? Comment émergent les problématiques d'éducation ou de promotion de la santé ? Il ne s'agit bien évidemment pas d'émergence spontanée mais de décisions humaines, de choix de regard d'un « Qui ? » face à un certain objet qui concerne certaines personnes.

Toujours happés par ce souci d'allégeance à la démocratie, nous vient alors la question du juste traitement des problèmes de santé, de leur travail équitable qui devrait être soustrait de toutes préoccupations (par les travailleurs en promotion de la santé) d'intérêt personnel, d'inclination politique et d'intérêts financiers (autres que ceux imposés par les budgets pour leur application).

C'est évidemment ici que clignote plus que jamais cette obligation de participation (publique), c'est là qu'elle joue un rôle fondamental de refondation, afin que les pratiques ne perdent pas tout leur sens. En ce qui concerne le choix des thèmes à traiter, la population peut en effet se manifester pour faire connaître l'urgence de

certaines faits et la nécessité qu'il y a à y trouver des solutions.

Participation de la population, une nécessité donc ? Mais si la participation des citoyens devenait un obstacle qui plongeait cette population dans un état plus néfaste qu'auparavant ? Et si aucune motivation participante n'émergeait de la population ? Devrions-nous la forcer à prendre part aux discussions, aux décisions ? Dans un cas comme dans l'autre, nous nous éloignerions inmanquablement de notre idéal démocratique.

Il devient nécessaire, pour nous faire bien comprendre, de clarifier cette participation, de voir quelles sont les différentes facettes dont elle pourrait se parer, et laquelle conviendrait le mieux au souci égalitaire.

Du spectateur à l'acteur : modes de participation

Le recours à la **métaphore théâtrale** peut nous aider.

Dans l'art du spectacle, on peut en effet considérer la participation du spectateur de différentes manières : soit la participation est postulée d'emblée par le simple fait que le spectateur est présent (le public formant une sorte de communauté), soit il devient réellement participant quand il se transforme en acteur, lorsque la division scène/salle est remise en cause.

Cette image peut nous éclairer. Tout d'abord parce qu'elle illustre le « statut » multiple que peut revêtir tout individu dans quelque acte de société (voire de vie) que ce soit. Une personne peut *décider* de demeurer un simple spectateur, sans pour cela tomber dans un désintéressement total. Le spectateur participe tout de même à la représentation et ce, sous différents modes, par les différentes réactions qu'il peut manifester (les participations émotionnelles pouvant varier de l'implication - identification totale à une position et une réaction beaucoup plus distancées, en passant par le rire éventuellement...). De plus, n'oublions pas qu'en principe, sans spectateur, le spectacle n'a pas lieu, ou n'a pas de raison d'être !

Il peut au contraire, s'il le souhaite, se retrouver acteur et entrer en milieu de scène, si toutefois la forme théâtrale le permet. Différentes participations donc, plus ou moins impliquées (puisque liées aux multiples personnalités) mais jamais figées à tout jamais : le spectateur et l'acteur se retrouvent souvent permutés (en la position de l'autre) en fonction des faits et de leur « prise au cœur » de l'histoire se déroulant devant eux.

Si nous comparons donc une pièce de théâtre à un programme de promotion de la santé, nous pourrions simplement constater qu'effectivement, certains s'impliquent quasiment totalement, - affectivement,

matériellement, corporellement - dans ce projet (de son élaboration à sa mise en pratique), alors que d'autres observent la scène de l'extérieur, sans pour autant être aveugles, sourds ou insensibles à ce qui est vu, dit ou senti par d'autres. Chacun « décide » donc de participer à sa manière à ce qui se déroule ici et maintenant.

Si d'ailleurs, les personnes œuvrant en promotion de la santé voulaient appliquer la démarche holistique au concept même de participation, ce serait peut-être la conclusion à laquelle ils arriveraient.

En effet, la conception holistique de la santé postule qu'on envisage cette dernière dans ses multiples aspects, les plus complets, et dans toutes ses interactions. En conséquence, la participation devrait se trouver vêtue des mêmes atours. La participation, sous l'angle holistique, est sous-jacente à toutes les activités humaines ; pour nous calquer sur la conception de la communication de Palo Alto, on pourrait dire « On ne peut pas ne pas participer »³, car ne pas participer est aussi un mode de participation. Décider de ne pas participer, par exemple, aura de toute façon des conséquences sur le monde en général. Quelle que soit notre position de participant, de partisan, de profane, in-intéressé, acteur/spectateur, nous participons au monde car nous sommes dans le monde ; nous ne pouvons nous dérober à cette scène, même si nous pensons observer simplement de la salle. Toutes nos actions ou ce que nous croyons être des inactions ont une implication, une conséquence quelconque sur le monde.

Si nous penchons donc vers ce type d'argument, la question de l'existence ou de la non-existence, du bien-fondé ou de l'obligation de la participation des individus dans les sujets de promotion de la santé, cette question devient un faux problème, puisque la participation s'avère être toujours existante, présente avant, pendant et après toute action de promotion de la santé.

De la participation à l'engagement volontaire

Cette démonstration ne doit évidemment pas nous amener à la regrettable conséquence du « laisser-aller » généralisé en matière de prise de décision, ce qui plongerait notre démocratie dans un peu plus de mollesse encore. Constatons simplement que le problème est ailleurs : qu'il est vain de toujours bien vérifier la présence d'un

3 Cf. « On ne peut pas ne pas communiquer », un axiome de l'école de Palo Alto : puisque la communication est associée aux comportements et que nous ne pouvons pas ne pas avoir de comportement (ou plutôt, il n'y a pas de non comportement), dès lors, on ne peut pas ne pas communiquer. Faire part de notre refus de communiquer, par exemple, sera toujours un type de communication. Nous sommes toujours déjà pris dans cette matrice qu'est la communication, dont nous ne connaissons pas consciemment la partition.

taux démocratique de participation de la population en matière de projets de promotion de la santé, plutôt que d'en constater l'intérêt et le bénéfice commun ⁴.

Si nous continuons à associer malgré tout participation et engagement pratique sur le terrain, il se peut en effet qu'il y ait parfois absence totale de participation. Cela signifie-t-il dès lors que nous devons aller à tout prix chercher les gens désintéressés, pour les tirer de leur état d'ignorance, les sortir de force de la Caverne, tout cela pour leur propre Bien ?

Est-ce toujours proche de notre idéal démocratique ? Toute cette énergie ne se trouverait-elle pas déployée dans ces actes d'éveil, de réveil, alors que bien souvent d'énormes moyens matériels et humains viennent à manquer dans les projets de promotion de la santé ?

Il n'en reste pas moins que la participation revêt un caractère positif dans les pratiques démocratiques, un effet positif par excellence, qu'il ne peut être tu : celui de l'éveil éventuel à de nouvelles motivations. Plus il y aurait d'engagement civique, plus les individus en apprendraient sur les possibilités de changement (inhérentes au rôle de citoyen) de la société et des citoyens. Une porte leur serait ouverte sur un plus large champ des possibles.

Avant de tirer conclusion, voyons où peut se situer de manière caricaturale la participation démocratique, et plus spécialement dans la promotion de la santé.

Dans un scénario que l'on pourrait qualifier de pire, l'éducation pour la santé serait un mode de transmission, d'application à sens unique, de communication totalitaire, où la population plaquerait les bons conseils imposés, sans avoir le choix de les adopter ou d'exprimer un avis contraire. Dans cette optique défaitiste, les éducateurs pour la santé seraient des « haut-parleurs de la pensée unique ».

Dans un scénario idéal, chaque entreprise de promotion de la santé serait encadrée d'une multitude de participants, tous plus motivés les uns que les autres, qui auraient eu le temps de se renseigner minutieusement sur chaque sujet, ses déterminants et ses enjeux ; ils disposeraient tous d'un maximum de tolé-

rance vis-à-vis des arguments d'autrui sur la question en cours ainsi que d'un libre arbitre dépassant toutes les espérances. Ainsi, on pourrait dire que la phrase de Lavelle, « *Le propre de la participation, c'est de me découvrir un acte qui, au moment où je l'accomplis, m'apparaît à la fois comme mien et comme non mien, comme universel et personnel tout ensemble* » ⁵, est immanquablement et véritablement véridique.

C'est cette même utopie théorique qui sous-tend la théorie classique de la démocratie. En effet, elle suppose un très haut niveau de participation politique, qui devrait « *ne pas se limiter à l'action d'influence sur les choix, mais devrait même se confondre purement et simplement avec l'exercice de ces choix* » ⁶. Sans pour autant tomber dans la cacophonie totale des avis et participations de chacun, chaque citoyen capable d'émettre un jugement prend part à la constitution de l'avis général en vue des prises de décision. Dans cette vision donc, les promoteurs de la santé se retrouveraient maillons parmi d'autres ; tout individu se verrait attribuer un statut, une facette de travailleur de promotion de la santé...

Est-il bien réaliste et productif de soutenir une telle proposition en l'étendant à toute démarche dans le secteur de la santé ? N'en devient-il pas parfois malsain de feindre cet idéal plutôt que de réfléchir et d'agir en ayant la réalité comme champ d'investigation et de vision ⁷ ?

Ni panacée, ni obligatoire, toujours possible

Dans la réalité donc, dans la factualité, ne devrait-on pas réaliser la tension entre les deux propositions ci-dessus, entre les visions pessimistes et idéalistes ? Il est évident qu'il n'est pas possible de nier en théorie l'égalité de participation de chaque citoyen, libre de surcroît. Il faut néanmoins continuellement se heurter à la réalité du terrain démocratique pour ne pas ou plus tomber dans les pièges d'applications impossibles, car montées sur des bases faussées. Il ne faut pas non plus oublier la formation et la compétence de la plupart des professionnels de la promotion de la santé, qui, loin de leur assurer un statut

de dictateurs de consciences, leur permet tout de même de prodiguer des conseils légitimes, avisés et fondés.

Nier la participation (et dès lors la démocratie) est tout aussi stérile et délétère que de la prôner et la forcer, en toutes circonstances.

De même que nous ne pouvons pas nier l'idéal holistique en matière d'appréhension et de connaissance de la santé, nous ne pouvons nier la participation comme composante idéale à toute finalité dans des projets de santé publique. Il ne faudrait cependant pas que ces hypostases qui devraient a priori servir de moteurs dynamiques ne se transforment en murs stérilisateurs.

Il faudrait connaître et admettre les limites qu'il y a à penser et à pratiquer la santé de cette manière faussement naïve.

En référence à la phrase mise en exergue de cet article, il ne faudrait pas oublier que l'idéal (démocratique) n'est pas la réalité factuelle que l'on va rencontrer, sous peine de tomber dans une virtualité aux conséquences assez malsaines...

L'important est peut-être de toujours laisser une place à table pour l'absent ou pour celui ou celle qui désirerait prendre place à la table des discussions et des mises en pratiques en promotion de la santé. Ne serait-il en effet pas plus judicieux, plus responsable et plus démocratique de considérer la participation dans ce domaine comme « toujours possible », toujours ouverte, mais non obligatoire, à prendre à bras le corps par sa propre initiative ?

Samantha Crunelle

⁴ A ce sujet, nous pourrions même dire que, puisque la participation est présente à tous les niveaux, à tous les échelons (humains et non humains), un individu participerait à un projet de santé publique global qu'il le veuille ou non. Par exemple, un citoyen qui utiliserait ou non le préservatif, participerait d'une manière ou d'une autre à la lutte contre le sida. Ou pour caricaturer, si j'arrête de fumer, je participe à un projet général de diminution des frais médicaux et hospitaliers en préservant mon capital santé...

⁵ Lavelle, L., *De l'Acte*, in « L'existence des deux mondes », Revue philosophique de Louvain, 1983, 81, n849, p. 5-36.

⁶ *Encyclopédie philosophique universelle*, TII. Les notions philosophiques, Philosophie occidentale, « Participation », Presses Universitaires de France, 1990.

⁷ Ne devrait-on pas plutôt considérer le fait que la participation n'est pas le moteur principal dans bien des projets ?

LU POUR VOUS

Epidémiologie des incidents cérébrovasculaires en Belgique

Bien qu'en réelle diminution, les accidents cérébrovasculaires provoquent

toujours une morbidité et une mortalité très élevées. Coup d'œil sur une étude

épidémiologique belge réalisée en 1998 et 1999.

Les accidents cérébrovasculaires font partie des quatre principales causes de décès en Europe et ceux qui y survivent sont souvent confrontés à une période de réhabilitation longue et difficile, la plupart étant atteints de problèmes fonctionnels graves nécessitant une assistance voire un placement en institution.

Afin d'évaluer l'incidence et la mortalité de ces maladies en Belgique, ainsi que leur évolution, le réseau des médecins vigies a procédé à l'enregistrement de l'ensemble des incidents cérébrovasculaires (ICV) – y compris les récurrences – que le médecin généraliste a diagnostiqué lui-même ou dont il a été informé en 1998 et 1999. 768 ICV ont ainsi été enregistrés, dont 511 cas d'accidents cérébrovasculaires (ACV) et 257 cas d'accidents ischémiques transitoires (AIT).

Incidence

L'incidence annuelle par 100.000 habitants a été estimée à 185 pour les ACV et à 93 pour les AIT, sans différence significative entre les femmes et les hommes. Les AIT seraient par contre significativement plus élevés en Région wallonne qu'en Région flamande.

Après extrapolation de ces données à l'ensemble de la population, on compterait chaque année en Belgique 18.875 habitants touchés par un ACV, soit une baisse sensible (surtout chez les patients de 60 ans et plus) par rapport aux résultats enregistrés en 1984. Selon les auteurs, cette diminution « laisse entrevoir l'influence des mesures préventives secondaires, éventuellement complémentaires aux mesures préventives primaires et aux changements des conditions de vie. (...) Une diminution de la proportion des fumeurs dans les groupes d'âge plus élevés, une amélioration du traitement de l'hypertension et du diabète et l'usage croissant de substances hypocholestérolémiantes provoquent une diminution de l'incidence de l'ACV, principalement chez les patients ayant des antécédents cardiaques. » Ils supposent par ailleurs « que la diminution de l'incidence de l'ACV peut être attribuée dans une large mesure à l'usage de l'aspirine en prévention secondaire ».

Prise en charge médicale

La gravité d'un ICV est difficile à évaluer pour les patients et leur entourage, soulignent les auteurs. Toujours est-il qu'au moment de l'incident, le premier médecin appelé est le plus souvent le généraliste. « Cela souligne une fois de plus la confiance dont témoignent les patients à l'égard de

leur médecin généraliste », remarquent les auteurs.

Beaucoup de patients ayant eu un ICV sont hospitalisés, surtout pour un ACV. Cependant, une partie non négligeable de ces patients (plus d'un patient sur cinq ayant eu un AVC) n'est pas hospitalisée. Certains seront accueillis provisoirement ou même définitivement par leur famille, avec les conséquences au niveau financier et organisationnel que l'on devine.

Chez un patient sur quatre, la cause de l'ICV reste inconnue un mois après l'incident. Lorsqu'elle est connue, il s'agit d'une lésion ischémique chez plus de la moitié des patients, et d'une lésion hémorragique chez un patient sur dix.

En matière d'affections prédisposantes, le rapport relève une hypertension artérielle dans presque la moitié des cas d'ICV et chez plus de la moitié des patients ayant eu un ACV. Quant au diabète, il touche deux fois plus les patients ayant eu un ACV que ceux ayant eu un AIT. Enfin, un historique d'ACV semble aussi être une prédisposition importante, surtout chez les hommes.

Morbidité

Les séquelles des ICV peuvent être graves et sont fréquentes. Ce rapport cite les troubles de la conscience (généralement de courte durée), les déficits fonctionnels (plus fréquents en cas d'ACV et plus fréquents chez les hommes), les troubles de la parole (graves chez un patient sur quatre et plus fréquents en cas d'ACV), les troubles de la déglutition, l'incontinence, et les récurrences. Près d'un patient sur trois ayant survécu à un ACV a récidivé dans l'année qui a suivi. Une proportion qui augmente avec l'âge.

Mortalité

Tout comme la morbidité, la mortalité des ACV est importante. En 98 et 99, 28 % des patients ayant eu un ACV sont décédés dans le mois suivant l'incident, soit une légère hausse par rapport aux chiffres de 1984 (19 %), mais ces derniers ne prenaient pas en compte les récurrences. Un an après l'incident, près de la moitié des patients ayant eu un ACV sont décédés, comme en 1984. A noter que la mortalité est généralement plus élevée en Région wallonne, mais cette différence n'est significative que pour les décès après un et six mois.

Un diabète, un historique d'ACV, un ACV hémorragique, un coma, des troubles de la déglutition et une incontinence urinaire sont des déterminants importants de mortalité liée à un ACV. Ils diminuent les chances de survie.

« Comparés aux données de l'Organisation mondiale de la santé, les chiffres de mortalité liés aux ACV en Belgique (88 par 100.000 habitants) se situent entre les valeurs européennes les plus élevées (228 en Bulgarie) et les plus basses (33 en Suisse).

Bien que le nombre de patients victimes d'un accident cérébrovasculaire ait diminué depuis 1984, les ACV restent, manifestement, une cause de morbidité et de mortalité importante, avec un impact tant sur le patient que sur sa famille et la société qui l'entoure.

Myriam Marchand

« *Epidémiologie des incidents cérébrovasculaires en Belgique – Enregistrement par le réseau belge des Médecins vigies en 1998 et 1999* », Dirk Devroey, Viviane Van Casteren, Frank Buntix, décembre 2003, IHP/EPI REPORTS N° 2003 – 025.

Histoire d'y voir clair

Il existe deux formes d'accidents cérébrovasculaires (ACV) : la thrombose (caillot qui obstrue une artère dans le cerveau et empêche le sang d'irriguer le cerveau) et l'hémorragie (rupture de la paroi d'une artère dans le cerveau provoquant une hémorragie dans le tissu et les cavités du cerveau). Les conséquences d'un ACV dépendent de la localisation et de l'ampleur de la zone atteinte dans le cerveau. Dans le pire des cas, le patient décède. Dans le cas contraire, il peut s'agir d'une hémiparésie totale avec ou sans coma, d'une dysarthrie ou d'une aphasie, d'une hémiparésie, de troubles de la vue, d'incontinence, de dysphagie, de dépression, de troubles du comportement ou de légers troubles neurologiques peu apparents.

Les manifestations cliniques de l'ACV perdurent pendant plus de 24 heures, au contraire des accidents ischémiques transitoires (AIT) définis comme des insuffisances circulatoires cérébrales provisoires avec symptômes neurologiques ne persistant pas plus de 24 heures.

On regroupe les ACV et les AIT sous la dénomination commune d'incidents cérébrovasculaires (ICV).

Santé des jeunes d'âge scolaire

(2) Alimentation : il faut restructurer!

A chaque enquête menée sur l'alimentation, et en particulier celle des jeunes, le constat est toujours plus désolant : comme nous, une majorité d'entre eux mange mal ! L'Enquête sur la santé des jeunes, qui a l'avantage de montrer les évolutions dans le temps, prouve que rien ne s'améliore globalement, bien au contraire. Pour analyser ces données, nous avons fait appel à **Jacqueline Absolonne**, diététicienne-nutritionniste de renom.

L'enquête démontre, pour résumer, que la consommation de fruits surtout et de légumes dans une moindre mesure, est insuffisante. Plus d'un jeune sur deux mange moins d'un fruit tous les deux jours... On constate aussi que pour environ 60% des jeunes, la consommation de sodas et de sucreries est quotidienne, et pour 1 jeune sur 10, frites et hamburgers sont au menu chaque jour!

Et 1 fille sur 4 et 1 garçon sur 5 ne prennent pas de petit déjeuner. Au vu de ces derniers chiffres, Jacqueline Absolonne fulmine : « *Encore faut-il savoir ce qu'ils entendent par petit-déjeuner, car beaucoup de jeunes reçoivent un croissant ou un pain au chocolat, voire des céréales enrichies au sucre et au miel. Trop de parents considèrent que préparer une tartine prend trop de temps. Du coup, comme les enfants ont reçu des aliments vite digérés – quand ils ont reçu quelque chose – ils ont faim à 10h et se ruent sur les distributeurs de biscuits et gaufres à l'école. Les parents doivent insister pour leur faire manger un petit déjeuner équilibré et en quantité suffisante, avec du pain et un jus de fruit, et ne pas céder ni à la volonté de l'enfant, ni à la facilité.* »

A midi, frites pour tout le monde!

Puis vient le déjeuner. Elle est quelque peu rassurée en voyant les chiffres de la consommation des frites qui tend légèrement à baisser, même si ce n'est pas suffisant encore. Apparemment, certains messages passent tout de même...

Si elle insiste sur le fait qu'aucun aliment n'est tabou, mais qu'il faut être capable de le consommer en respectant la pyramide alimentaire, elle s'inquiète des repas proposés dans les cantines scolaires. « *Bien manger demande une certaine auto-discipline. Les jeunes vont le plus souvent vers les aliments qui leur procurent du plaisir, c'est-à-dire les plus sucrés et les plus gras. A*

l'école, ils sont laissés à eux-mêmes et peuvent souvent choisir leur repas chaud, entre un repas complet plus ou moins équilibré ou des frites et boulettes sauce tomate, pour schématiser. On devine ce qu'ils préfèrent. Parfois les repas complets sont bons, mais souvent, ils sont composés pour coûter le moins cher possible. Quant aux frites, elles sont omniprésentes 'parce que les enfants aiment'. Et quand j'entends que certaines écoles vont jusqu'à abriter un fast-food 'parce que les jeunes sont capables de discernement', je me dis que je rêve ! »

De retour à la maison, les goûters ne sont plus suffisamment copieux : « *Les jeunes se ruent sur un paquet de chips ou des bonbons, mais plus sur une tartine, même avec du chocolat à tartiner. A cet âge, ils ont besoin d'énergie mais pas n'importe laquelle. Sans compter les jeunes qui mangent des frites et hamburgers en sortant de l'école...* » Résultat, comme le montre l'enquête, 15% des jeunes présentent un surpoids, voire une obésité. Heureusement, ce chiffre reste stable chez les filles et diminue chez les garçons. Et 17% suivent un régime, mais sans nécessairement repenser leurs habitudes alimentaires, ce qui équivaut souvent à un échec à moyen ou long terme...

Jacqueline Absolonne ne peut s'empêcher de pointer du doigt notre société et son évolution : « *Généralement, les deux parents travaillent, parfois loin de chez eux, avec des horaires contraignants. Certains parents déjeunent au restaurant de l'entreprise et rentrent tard. Alors le soir, le repas est souvent anarchique, et pris à des heures différentes. Le sachant, les jeunes vont grignoter en rentrant de l'école et gâcher ce repas qui peut perdre la place qu'il mérite.* »

Repas sans structure

Le leitmotiv de Jacqueline Absolonne est le regret de voir les quatre repas quotidiens complètement déstructurés : « *Nous avons assisté à la rage du 'brunch'. C'est une mode absurde qui fait que des enfants doivent attendre pour manger à une heure qui ne correspond à rien. Cela va décaler les autres repas, avec le grignotage qui peut en résulter entre les repas trop longtemps attendus.* »

Elle insiste également sur le rôle des parents, en tant que modèles quant aux types d'aliments consommés : « *Si les enfants ne voient pas, dès leur plus jeune âge, leurs parents acheter et manger des*

fruits, les enfants n'en mangeront pas. Si les parents ne préparent pas des légumes et ne cherchent pas à les varier dans les assiettes, les enfants ne seront pas attirés par les légumes. C'est vrai, les fruits par exemple, coûtent très cher et lorsqu'ils sont éliminés parce que personne ne les mange, on n'est plus tenté d'en racheter. Je ne jette pas la pierre aux parents, mais nous sommes tous embrigadés dans une situation qui ne facilite ni la consommation de fruits et légumes, ni la structure des repas. »

Aussi vient-il un moment où cette vie doit être repensée, avec des achats de produits frais en semaine, par exemple, ou la préparation de plats ou de soupe le week-end pour en profiter la semaine...

Elle pointe aussi du doigt la méconnaissance des aliments de nos jours : « *On ne parle plus en termes de vitamines, d'apports en nutriments. Et les gens connaissent de moins en moins les fruits et légumes de saison.* »

Recettes de grand-mère ?

L'avenir appartient aux jeunes d'aujourd'hui, et il est essentiel de les maintenir en bonne santé. Cette santé passe par une alimentation équilibrée, riche en nutriments et anti-oxydants par exemple, mais aussi qui ne favorise pas l'obésité dont les conséquences sur la santé sont loin d'être négligeables. « *Une minorité d'obèses le sont parce qu'ils mangent trop ; la plupart le sont parce qu'ils mangent mal, trop gras, trop sucré, avec des aliments peu riches en eau qui retardent le sentiment de satiété. Ils demandent une consommation de plus grandes quantités.* »

En tant que spécialiste de la nutrition, et grand-mère qui garde ses petits-enfants et voit la vie trépidante de ses propres enfants, elle conseille de revenir à des valeurs plus anciennes : apprendre à cuisiner et prendre le temps pour le faire, s'intéresser aux produits, à leurs apports, à leurs saisons, si on le peut cultiver son potager, cuisiner avec les enfants pour leur apprendre à apprécier ce moment, manger ce que l'on a préparé en famille à table, et à des heures fixes...

Par ailleurs, elle préconise une éducation vers les parents, et vers les enfants à l'école par des diététiciens. Elle plaide aussi pour l'interdiction d'introduire des jouets dans certaines boîtes d'aliments (céréales sucrées, chips, biscuits gras et autres) ou les

fast foods, puisqu'ils n'ont pour but que d'attirer des consommateurs vers des produits qui ne leur sont pas bénéfiques.

Et elle conclut : « Réaliser de telles enquêtes est une bonne démarche, mais elles n'ont de

sens que si elles sont suivies de résultats concrets en termes de décisions politiques. »

Carine Maillard

Référence : D. Piette, F. Parent, Y. Coppieters, D. Favresse, C. Bazelmans, L. Kohn, P. de

Smet, La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ?, ULB PROMES, décembre 2003. Le document est accessible sur le site www.ulb.ac.be/esp/promes.

DOCUMENTATION

Un accès simple et performant à la documentation

Depuis octobre 2004, les bases de données du RESOdoc, service de documentation de l'Unité d'Education pour la Santé RESO - Université Catholique de Louvain vous proposent une nouvelle interface d'interrogation facile et conviviale.

Les bases de données DOCTES - base partagée de données bibliographiques - et QUISANTE - annuaire d'organismes actifs dans le domaine de la promotion de la santé en Communauté française de Belgique - étaient interrogeables jusqu'à présent grâce à un outil très performant pour la recherche multichamps et la vitesse de réponse mais qui supposait la connaissance de quelques procédures pour une interrogation plus approfondie.

Le renouvellement du logiciel documentaire du RESOdoc a été l'occasion d'investir dans un outil palliant cet inconvénient. La qualité de l'interrogation sur Internet a constitué un des critères décisifs dans le choix du nouveau produit : le logiciel Superdoc Premium/Webpub distribué par la firme Aidel.

Dorénavant, l'interrogation de DOCTES peut être effectuée soit en mode simple (interrogation multichamps), soit en mode « expert » (interrogation au moyen d'index des champs auteurs, mots-clés, type de document, date...).

La présentation des résultats se fait, dans un premier temps, sous une forme résumée facilitant la consultation et l'impression d'une liste de résultats. Si vous désirez plus de détails sur le document, la notice complète peut s'afficher dans une nouvelle fenêtre. En cliquant sur un auteur ou un mot-clé, une nouvelle recherche est lancée sur base de ce critère.

Pour consulter QUISANTE, un seul écran combine les possibilités de recherche au moyen d'index (nom de l'équipe, mots-clés, ville) ou par champs texte (nom de l'équipe, ville, résumé, mots-clés, domaine...).

La logique d'affichage (résumé et notice complète) est identique à celle développée pour DOCTES. Une nouvelle recherche peut être lancée en cliquant sur un domaine ou un mot-clé.

Envie d'essayer ? Rendez-vous sur le site de l'unité UCL-RESO (consultation des bases de données) pour tester ce nouvel outil (optimisé pour Internet Explorer). Au passage, profitez-en pour donner votre avis sur le site et les bases de données via l'évaluation proposée en ligne.

Le moment a également été choisi pour simplifier l'adresse d'accès aux bases de données, les adresses www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso, mais également www.md.ucl.ac.be/doctes et www.md.ucl.ac.be/quisante vous donneront désormais accès au site général de l'Unité RESO et, de là, à la consultation des bases de données.

Karine Verstraeten, Yvette Gossiaux, Unité d'éducation pour la santé UCL - RESO, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles.
Courriel : karine.verstraeten@reso.ucl.ac.be ou gossiaux@reso.ucl.ac.be

BRÈVES

Sommeil

Charleroi

6 décembre 2004

Sans rêve, nous ne pouvons pas vivre; sans sommeil, l'enfant ne construit pas son imaginaire; trop de sommeil nous fait perdre nos moyens...

Le Comité interprovincial de médecine préventive organise un colloque sur le thème Impact du sommeil sur la santé.

Au programme

- La somnolence : en connaître les causes pour en prévenir les effets, par le D^r Stéphane Noël, neurologue, Laboratoire du sommeil du CUP de Bertrix ;

- Sommeil et travail à horaires irréguliers, par le D^r Eric Mullens, Laboratoire du sommeil Fondation Bon Sauveur d'Albi ;

- A la recherche du sommeil perdu, par le D^r Myriam Kerkhofs, Laboratoire du sommeil du CHU de Charleroi ;

- Le sommeil et l'imaginaire chez les enfants, par le D^r Hubert Boutsen, pédopsychiatre, Centre de Santé mentale de Dinant ;

- La sieste : un traitement à prendre au sérieux, par le D^r Eric Mullens, Laboratoire du sommeil Fondation Bon Sauveur d'Albi ;

- Les apnées du sommeil : leur impact sur la santé, par le D^r Robert Poirrier, neurologue, Laboratoire du sommeil du CHU de Liège ;

- Sommeil et santé mentale, par le D^r Françoise Dumont, psychiatre, Hôpital Vincent Van Gogh, CHU de Charleroi ;

- Le sommeil des personnes âgées, par le D^r Françoise Ceulemans, gériatre, CHA de Sainte-Ode

La journée sera entrecoupée de projections commentées par Dominique Blanc, historienne de l'art, et de textes lus par Michelle Warnier, conteuse et artiste peintre.

Renseignements et inscriptions :

CIMP, Jacqueline Danhaive, avenue Herbofin 9/9, 6800 Libramont.

Tél.: 061 23 27 82 ou 061 23 28 57.

Inscription possible en ligne sur www.cimp.be

Education pour la santé**Lille****7 et 8 décembre 2004**

"A notre santé", journées régionales de prévention et d'éducation pour la santé, organisées par la Maison régionale de promotion de la santé du Nord-Pas-de-Calais. Le programme reflètera les savoir faire, les pratiques, les expériences, les compétences développées en la matière dans la région. Pour en savoir plus : www.santenpdc.org M.R.P.S., rue Faidherbe 13, F-59046 Lille cedex.. Tél.: +3 20 15 49 16. Courriel : mrps@mrps.asso.fr

Seniors**Namur****8 décembre 2004**

De plus en plus nombreuses sont les personnes qui accueillent ou assistent une personne âgée dépendante de leur famille ou de leur entourage de manière à permettre à celle-ci de demeurer à son domicile. Cette prise en charge s'avère souvent difficile, éprouvante, voire épuisante.

Le colloque 'Mais comment y arrivent-ils?', organisé par l'Union chrétienne des pensionnés (mouvement social des aînés) a pour objectifs d'informer ces aidants sur les services susceptibles de leur faciliter la tâche, de recueillir les besoins non rencontrés, de traduire ceux-ci sous forme de revendications politiques et de susciter des actions de solidarité au sein du mouvement.

Au programme :

- Aider sans s'épuiser, par le Dr Vrans, généraliste ;
- Les aides institutionnelles, par Pierre Rondal (Conseil wallon du 3e âge);
- Les aides à la vie quotidienne, par Agnès Schiffino (Fédération de l'aide et des soins à domicile);
- Quel avenir pour la solidarité intergénérationnelle ?, par Nathalie Rigaud (Facultés ND Paix)
- Préoccupations et projets du Gouvernement wallon, par Christiane Vienne, Ministre de la Santé et de l'Action sociale

Adresse du jour : Amphithéâtre de la Mutualité Chrétienne de Namur, rue des Tanneries 55, 5000 Namur.

Renseignements : UCP, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02 246 46 72.

Fax : 02 246 46 77. Courriel : ucp@mc.be.

Mort**Dave****10 décembre 2004**

Forum "Parler de la mort avec une personne présentant un retard mental : quels outils ?"

Lieu : Centre de formation Pierre-Joseph Triest, rue de St-Hubert 84, 5100 Dave.

Renseignements :

CFPJT, 081 30 28 86, fax 081 32 12 13, courriel genevieve.renglet@fracarita.org

Jeunes**Havré****16 décembre 2004**

L'Observatoire de la santé du Hainaut organise, dans le cadre des *Midis santé du Bois d'Havré*, une conférence intitulée *Un programme transfrontalier de la santé des jeunes dans l'Eurégion Hainaut-Picardie*, par Vincent Huyghebaert, OSH (de 12h à 14h). Renseignements : Observatoire de la santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré. Tél. 065 87 96 00. Fax 065 87 96 79.

Courriel : observatoire.sante@hainaut.be.

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

Mobilité**Grivegnée****22 décembre 2004**

L'Institut d'Eco-pédagogie organise une journée de formation à l'animation d'un module de sensibilisation à la mobilité au profit des enfants de 8 à 12 ans.

Lieu : Espace bellevaux, 189 rue Bellevaux, à Grivegnée.

Inscription gratuite.

Institut d'éco-pédagogie, Sart-Tilman B22, 4000 Liège. Tél. 04 366 38 18. Fax : 04 366 29 24.

Courriel : ee-iep@guest.ulg.ac.be

Soins infirmiers**Paris****27 et 28 janvier 2005**

L'A.R.S.I (Association de Recherche en Soins Infirmiers) va organiser à Paris les 27 et 28 janvier 2005 ses prochaines journées d'études sur le thème : « Le concept de résilience dans la pratique des soins ». Vous trouverez le programme complet ainsi qu'une bibliographie sur la résilience sur le site : <http://www.arsis.asso.fr/jearsi.htm>

Tabagisme**Charleroi****28 janvier 2005**

« *Tourn'nicotine* » et « *Libre comme l'air* », formations organisées dans le cadre du Programme communautaire Interreg III « Plate-forme de soutien en promotion de la santé ». L'outil *Tourn'nicotine* est un outil favorisant l'expression, reprenant le concept du photolangage, il place le jeune en situation d'acteur. Il propose une réflexion sur notre approche du tabagisme en promotion de la santé et permet d'aborder avec le complément *Libre comme l'air*, les composantes psychosociales de cette problématique chez le jeune. But des deux outils : permettre aux jeunes de s'exprimer par rapport au tabac, d'explorer leurs cadres de

référence et leurs représentations sociales. La formation sera centrée sur l'utilisation de ces outils.

Inscription possible via <http://www.euroreg-promosante.org> ou <http://www.cres-npdc.org>

Outil pédagogique**Lille****1^{er} février 2005**

Les jeux coopératifs - Programme communautaire Interreg III "Plate-forme de soutien en promotion de la santé". Un séminaire pour réfléchir, avec le concours de professionnels et d'acteurs, sur la place de l'éducation pour la santé dans les jeux coopératifs. A partir, d'animations proposées, la réflexion permettra d'identifier et d'étudier ce qui favorise les relations humaines, et ce en quoi les jeux coopératifs permettent aussi d'explorer d'autres manières de "faire ensemble".

Inscription possible via

<http://www.euroreg-promosante.org> ou

<http://www.cres-npdc.org>

Promotion de la santé**La Louvière****4 et 25 février, 4 et 18 mars 2005**

L'asbl Repères organise avec le CLPS de Mons-Soignies, une *Formation en promotion de la santé* de 4 jours (60 €) suivie de 6 matinées d'ateliers mensuels d'échanges de pratiques (40 €) pour les professionnels qui développent une pratique en promotion de la santé : PSE, PMS, plannings familiaux, éducateurs, travailleurs sociaux...

Renseignements et inscriptions : 010 45 73 31.

Sida**Bruxelles****12 au 14 mars 2005**

Les troisièmes Journées VIH/Sida de la Francophonie ont pour objectifs l'information et la formation des intervenants médicaux et paramédicaux de première ligne, en particulier concernant le suivi et l'observance thérapeutique dans le contexte socio-culturel de la Francophonie. Les Journées visent également à renforcer les liens Nord-Sud par la promotion du travail en réseau. Le thème "*Le sida dans la cité*" souligne les dimensions sociales, éthiques et politiques qui caractérisent les Journées.

Lieu : Brussels Expo (Heysel).

Inscriptions : avant le 15 janvier 2005, 150 €; après le 15 janvier 2005, 175 €;

enregistrement sur place ou à partir du 7 mars 2005, 200 €. Possibilité de s'inscrire en ligne sur le site <http://www.vih2005.be>

Information et enregistrement :

Brussels Expo, place de Belgique,

1020 Bruxelles. Tél.: 02 474 84 78.

Courriel : vih2005@brusselsexpo.be

Comment ça va la santé ? Enquête auprès des 12-25 ans

Editorial

Décrypter les comportements, pour promouvoir la santé,
Philippe Lamoureux

Comportements de santé : constat et évolutions, *Arnaud Gautier, François Baudier, Christophe Léon*

Le sport, pour le plaisir plus que pour la santé

Sexualité : plus responsables qu'on ne l'imagine

L'adolescence, période délicate pour l'accès aux soins

Vaccination : un geste simple qui s'oublie vite

Violences : les 12-17 ans les plus concernés

Pensées suicidaires : un jeune sur deux dit ne pas en parler

Tabac : la majorité des jeunes fumeurs a tenté d'arrêter

Drogues : la plus forte progression pour le cannabis

France, terroir d'expérimentation précoce de l'alcool

Des jeunes exposés aux risques d'accidents de sport et de loisirs

Comportements de santé : quatre régions à la loupe, *Alain Trugeon*

Trois enquêtes sur la santé des jeunes, *Yves Géry*

Pour en savoir plus, *Anne Sizaret*

Qualité de vie

Maisons de la santé, la prévention à l'écoute des quartiers,
Denis Dangaix

La santé à l'école

Hygiène à l'école : autour des sanitaires, le tabou, *Florence Perret*



Santé en chiffres

Tabac : le regard du public sur une campagne de prévention,
Jean-Louis Wilquin

Education du patient

Migrants africains : du dépistage du sida à la prévention,
Jean Faya

Cinésanté

The Magdalene Sisters, *Michel Condé*

Lectures - outils

Olivier Delmer

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.

Paiement uniquement par virement bancaire.
RIB : 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).

Journalistes : Véronique Janzyk, Myriam Marchand, Carine Maillard

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.

Site internet : Maryse Van Audenhaege.

Contact abonnés : Maryse Van Audenhaege.

Comité stratégique : Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Charlotte Lonfils, 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 : 2.600 exemplaires.

Diffusion : 2.400 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

Dossier 'diabète'

Soutenir les personnes diabétiques, par <i>Anne Avaux</i>	2
Des actions de terrain, par <i>Eric Jauniaux, Sylvie Reuteret Xavier de Béthune</i>	3
Formation des professionnels, par <i>Anne Malice et Jean-Luc Collignon</i>	4
Il faut agir contre le diabète	6
Les Mauriciens creusent leur tombe avec leurs dents, par <i>Nasseem Acbarally</i>	7

Boire sans déboires ?, par *Virginie Verton* 7

Paquets de cigarette : bientôt des avertissements sanitaires musclés,
par *Michel Pettiaux* 10

Première évaluation de la Ligne Tabac Stop, par *Véronique Janzyk* 11

Le Centre Antipoisons au quotidien 12

Réflexion

La participation : un éventuel mythe, obligatoire ? par *Samantha Crunelle* 13

Lu pour vous

Epidémiologie des incidents cérébrovasculaires, par *Myriam Marchand* 15

Données

Alimentation des jeunes en âge scolaire, par *Carine Maillard* 17

Documentation

Le nouvel outil de consultation RESOdoc 18

Brèves 18