



Cannabis, quelle réalité ?

Ne paraît pas en juillet • Bureau de dépôt : Bruxelles X - ISSN 0776-2623 • Numéro d'agrément : P401139

Editeur responsable : Edouard Descampe, chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40 - 1031 Bruxelles. Photo © Chassenet / BSIP / Global Pictures

Une convention pour réguler consommation et publicité pour l'alcool

Protéger la santé des jeunes

Récemment encore, le CRIOC a révélé des chiffres qui montrent qu'une action des pouvoirs publics est nécessaire¹: 10% des jeunes de 11-12 ans affirment consommer de l'alcool, et 68% d'entre eux y ont déjà goûté. Vers 17-18 ans, le chiffre de la consommation atteint 70%.

Depuis quelques années, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les services compétents de la Commission européenne se penchent sur la consommation d'alcool, particulièrement chez les jeunes, et sur les liens entre la publicité et la consommation de ces boissons.

L'OMS a ainsi organisé, en 2001, une conférence sur « Les jeunes et l'alcool », au cours de laquelle il a clairement été mis en évidence que la publicité augmente la consommation. « *La jeunesse constitue la cible privilégiée du marketing de l'industrie de l'alcool* », y déclarait la directrice générale de l'OMS.

Elle a ainsi cité des études démontrant qu'une augmentation de la consommation d'alcool avait été observée chez les jeunes exposés à seulement cinq minutes de publicité pour l'alcool à la télévision. Elle a également cité des statistiques selon lesquelles un décès sur quatre en Europe chez les hommes âgés entre 15 et 29 ans - un sur trois dans certains pays - était dû à l'alcool.

La publicité réglementée dans d'autres pays européens

Un bref regard sur nos pays voisins montre d'ailleurs que, bien souvent, la publicité pour l'alcool y est réglementée. Quelques exemples :

- en France, la loi Evin, édictée en 1991, limite considérablement la publicité pour les produits alcoolisés;
- en Italie, à la télévision d'Etat, la publicité pour l'alcool est prohibée avant 19 heures;
- en Suède, toute publicité pour l'alcool, à l'exception des bières légères, est interdite;
- en Espagne et en Autriche, la publicité pour les boissons alcoolisées connaît aussi des restrictions.

Qu'en est-il en Belgique ?

La Belgique se caractérisait jusqu'ici par une absence totale de réglementation.

Dans ce contexte, certains acteurs ont déjà pris spontanément des initiatives pour encourager une consommation responsable.

La loi du 24 janvier 1977, modifiée en 1997, habilite par ailleurs le Roi à prendre des mesures limitant ou interdisant la publicité pour l'alcool.

La nouveauté : une Convention reconnue par la loi

Il y a quelques mois, le Ministre Rudy Demotte a souhaité réfléchir à la question, en collaboration étroite avec le secteur des producteurs, mais aussi avec les distributeurs, les consommateurs, les fédérations HORECA et le Jury d'éthique publicitaire.

Dans le cadre de ces discussions, il a été décidé une manière originale et coopérative de régler cette question :

- une convention est conclue entre les fédérations, le secteur de la distribution, le secteur HORECA, les consommateurs et le Jury d'éthique publicitaire;
- parallèlement à cette convention, un projet de loi particulier est également proposé afin d'habiliter le Ministre de la Santé à reconnaître cette convention et à donner valeur réglementaire et force obligatoire à ses dispositions.

Publicité

La convention réglemente d'abord la publicité pour les boissons alcoolisées.

Tout d'abord, elle s'applique à l'ensemble des produits contenant plus de 1,2% d'alcool par volume. Toutes les boissons alcoolisées sont ainsi traitées sur un pied d'égalité, quelle que soit la manière dont elles sont produites.

La publicité y est définie de manière large : toutes les formes de communication visant à promouvoir la vente du produit sont visées.

La publicité pour l'alcool ne peut ni associer la consommation à la réussite sociale, sexuelle ou professionnelle, ni dénigrer l'abstinence ou la consommation modérée.

Elle ne peut inciter à une consommation irrégulière ou exagérée.

La convention comprend un important chapitre consacré aux mineurs : la publicité ne peut jamais les viser ou utiliser des moyens qui aboutissent à les viser spécifiquement.

La mise sur le marché de produits contenant de l'alcool doit être effectuée de façon à éviter toute confusion entre ces produits et ceux qui ne contiennent pas d'alcool.

Elle ne peut faire référence aux recommandations d'un professionnel de la santé, ni s'adresser spécifiquement aux femmes enceintes.

Elle ne peut établir de lien entre la consommation du produit et la conduite d'un véhicule ou la performance sportive.



C'est promis : l'alcool n'utilisera plus d'arguments sexy pour faire sa pub!

La mention de la teneur en alcool doit être effectuée de façon claire.

Pour mieux protéger les enfants, la convention établit une interdiction de publicité pour ces produits 5 minutes avant, pendant et 5 minutes après les émissions qui leur sont destinées.

Il ne pourra y avoir aucune publicité dans les publications destinées aux enfants.

Toute publicité pour une boisson alcoolisée est interdite lors de la diffusion d'un film destiné aux enfants (cinéma).

Vente

La convention réglemente aussi la mise sur le marché pour les boissons alcoolisées. A titre d'exemples :

- les boissons alcoolisées devront être commercialisées de manière telle qu'il ne puisse y avoir aucune confusion par rapport aux autres boissons;
- la vente de boissons alcoolisées ne peut se faire dans des distributeurs automatiques dans ou à proximité des écoles, des locaux de clubs de jeunes et des mouvements de jeunesse.

Tous les acteurs sont concernés par la loi

Cette convention permet que des règles claires et précises soient établies, et qu'elles s'appliquent à tous, notamment afin de reconnaître les efforts des acteurs les plus pro-actifs.

La convention confie un rôle important au Jury

¹ Voir l'enquête du Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs sur « Les jeunes, l'alcool et le tabac » remise le 9 décembre 2003, disponible sur le site www.oivo-crioc.org.

d'éthique publicitaire, qui a d'ailleurs participé activement à l'élaboration du texte de la convention. Le contrôle du respect des dispositions de la convention sera assuré par le JEP, au sein duquel les associations de consommateurs disposeront d'un droit de regard.

C'est une évolution fondamentale. Composé aujourd'hui des annonceurs, des agences de publicité et des médias, le JEP a en effet déjà pu, depuis plusieurs années, montrer son engagement dans le domaine de l'éthique publicitaire, en mettant fin ou en empêchant le déroulement de campagnes contestables sur le plan moral ou même légal.

Le Jury d'éthique publicitaire est aujourd'hui en pleine réforme, de façon à élargir tant sa composition que son champ d'action. Des discussions sont en cours pour que les consommateurs y soient représentés.

Il s'agira d'une avancée significative, démontrant la volonté, à la fois du JEP et des associations de consommateurs, de s'associer pour que la publicité – pour l'alcool plus précisément – soit la plus éthique possible.

La base légale (qui insère un article dans la loi de 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les den-

rées alimentaires et les autres produits) qui accompagne la convention permet au Ministre de la Santé de reconnaître la convention.

En effet, il est important que ces règles s'appliquent à tous et pas uniquement aux « plus responsables » des acteurs concernés et que si les moyens mis en place de façon conventionnelle ne suffisent pas, le contrôle puisse être effectué par les autorités publiques en charge de la santé.

D'après un communiqué du Ministre de la Santé **Rudy Demotte**

Jeunes, pub et alcool : une loi, pas une convention privée!

Les neuf associations membres du Groupe «Les jeunes et l'alcool»¹ dénoncent de façon virulente la manœuvre stratégique qui consiste, pour les secteurs de la production, de la distribution et de la publicité, à élaborer des codes de bonne conduite de manière à éviter, sciemment, l'adoption d'une loi. En aucun cas les associations actives en santé ou en éducation permanente ne peuvent cautionner un tel système car ce mécanisme permet de contourner facilement ce qui ne sont, finalement, que des recommandations dénuées de force contraignante!

Les effets de l'alcool sur la santé sont un grand problème de santé publique. Sans parler des problèmes de morbidité, de santé mentale ou encore de désinsertion sociale, selon l'OMS², en Europe, un décès sur quatre parmi les 15 – 24 ans est imputable à l'alcool. Cela représente, pour l'année 1999, 55.000 décès! De plus, certaines études montrent que plus on consomme de l'alcool à un âge précoce, plus on a de risque d'être alcoolo-dépendant à l'âge adulte. Aujourd'hui, il est clair qu'en matière de publicité³, le secteur des « alcooliers » développe de nouvelles pratiques commerciales plus agressives et très ciblées sur les plus jeunes

(12/18ans). Ainsi, outre les alcools dits plus « classiques », ces derniers ont maintenant leurs propres boissons alcoolisées : les « alcopops » (voir encadré).

Légiférer et éduquer

Faut-il légiférer afin de mieux contrôler la consommation d'alcool par les jeunes ? A l'occasion d'un colloque intitulé « Les jeunes et l'alcool » qui a eu lieu à Louvain-la-Neuve le 18 mai 2004 et qui a réuni plus de 300 personnes des secteurs de la santé, de la jeunesse et de

l'éducation, ont été mises en lumière les stratégies commerciales et publicitaires à l'œuvre afin de capter le public jeune, de plus en plus jeune. Le secteur ne se régule pas, la législation est peu connue et très incomplète. Il est donc apparu très clairement la nécessité de régler les pratiques commerciales et communicationnelles ainsi que l'accès et la distribution des boissons alcoolisées.

Un cadre législatif clair doit donc être mis en place mais cela reste insuffisant! Il doit être associé à un travail éducatif de prévention et de

La question des alcopops

Les alcopops sont sucrés et agréables à boire car très proches des goûts habituels des limonades et sodas. Joliment colorés, ils ont aussi quelque chose d'insolent qui plaît au jeune. Tant le goût sucré et la présentation branchée de ces boissons indiquent clairement qu'elles visent les mineurs d'âge et ouvrent un nouveau marché.

Les producteurs ont à cœur de banaliser, de féminiser et de rajeunir la consommation d'alcool. En effet, on constate une volonté claire des producteurs d'alcools de compenser par des produits mieux adaptés pour les jeunes les diminutions des ventes d'alcools dits plus « classiques » tels que le vin, la bière ou les spiritueux, recul observé depuis quelques années. En dépit de leur prix relativement élevé, les alcopops (Breezers ou Prémix) sont très appréciés des jeunes, en particulier des jeunes filles, parce que le goût de l'alcool n'est pas dominant, voire presque imperceptible, et que les boissons alcoolisées préconditionnées ne sont pas aussi amères que la bière.

Aujourd'hui, on tend à boire en groupe, mais chacun accroché à son flacon. Cet « individualisme collectif » induit une véritable mode des petits contenants, le jeune consommateur est très sensible au visage de l'étiquette, à l'esthétique du flacon. En matière de publicité, on assiste à de nouvelles pratiques commerciales plus agressives et très ciblées : les plus jeunes (12/18 ans) ont maintenant leurs propres boissons alcoolisées!

Alors que les représentants de l'industrie de l'alcool continuent d'affirmer solennellement que les alcopops s'adressent à un public légalement autorisé à boire de l'alcool et ne sont rien d'autre qu'une alternative au vin et à la bière, les spécialistes de la prévention et de la santé s'accordent à dire que l'augmentation vertigineuse de la vente d'alcopops n'a pas été suivie d'une diminution de celle de la bière. Tant le goût sucré et la présentation branchée de ces boissons indiquent clairement qu'elles visent les jeunes et ouvrent un nouveau marché sans nuire aux autres.

1 Groupe porteur : Fédération des centres de jeunes en milieu populaire, Fédération des Etudiant(e)s francophones, Groupe RAPID, Infor-Drogues, Jeunesse et Santé, Ligue des Familles, Mutualité socialiste, Prospective Jeunesse, Univers Santé.

2 OMS, cité in LONFELS Ch., Quelques résultats de l'étude « Santé et bien-être des jeunes », analyse transversale et longitudinale de la consommation d'alcool, Actes du colloque « Les jeunes et l'alcool », in Les Cahiers de Prospective Jeunesse, n° 32, septembre 2004, pp.12-18.

3 MARION Ph., Les stratégies communicationnelles. Comment les pubs influencent-elles le comportement des jeunes ?, Actes du colloque « Les jeunes et l'alcool », op cit, pp.19-22.

promotion de la santé en vue de promouvoir une consommation raisonnable et responsable dans le cadre de la promotion de la santé et du bien-être.

De plus, « croire que le marché pourra mieux s'organiser par l'autorégulation relève de l'utopie ou de la mauvaise foi. Les systèmes économiques montrent qu'en absence de régulation par les pouvoirs publics, les intérêts individuels entrent en conflit et des distorsions se créent entre les acteurs. Ainsi, les codes de conduite ont montré plus d'une fois leurs limites : ils ne sont pas applicables aux producteurs non signataires et ne sont pas toujours appliqués par ceux qui y ont souscrit »⁴.

Dès lors, le Groupe porteur « Les jeunes et l'alcool » ne peut tolérer qu'une question aussi importante pour la société soit réglementée par une simple convention privée. En effet, par définition, une convention ne s'applique qu'à ses signataires. Pire encore, le « juge » ne sera autre que le JEP (Jury d'Ethique Publicitaire) c'est-à-dire un organe partisan au service des annonceurs et des publicitaires puisque financé par eux ! Ses recommandations sont faites pour ne jamais embarrasser les annonceurs. Attendre que le JEP se positionne fermement et rapidement est une illusion dangereuse.

Le Groupe porteur demande donc que le Ministre Rudy Demotte prenne ses responsabilités en déposant un projet de loi clair, cohérent, applicable à tous et contenant les mesures suivantes :

- *vu l'impact certain de la publicité, particulièrement sur les mineurs, il convient d'interdire la publicité pour les boissons alcoolisées dans l'espace public (affichage) mais aussi en tout endroit où il est impossible de contrôler l'accès aux mineurs d'âge : à la TV, au cinéma, à la radio et sur Internet. Dès lors, la publicité visant des boissons alcoolisées doit rester cantonnée à la presse écrite payante pour adultes ;*
- *l'interdiction de distribuer gratuitement ou à des tarifs symboliques des boissons alcoolisées. Spécialement lors de grands "événements jeunes" (soirées, festivals, etc.) ;*
- *l'interdiction du sponsoring d'événements culturels, sportifs ou festifs adressés aux mineurs d'âge ou susceptibles d'attirer un public jeune (festivals, soirées d'étudiants, voyages organisés pour groupes de jeunes, etc.), par des marques de boissons alcoolisées ;*
- *une séparation claire des « alcopops » (Breezer, Smirnoff Ice et autres) d'avec les limonades et autres sodas dans les rayons des surfaces de ventes : ces alcopops doivent se retrouver clairement au rayon des alcools afin d'éviter toute confusion chez le consommateur. Une séparation physique doit donc être imposée ;*
- *l'emballage et l'étiquetage des alcopops doivent mentionner le degré d'alcool et ne peuvent plus entretenir de confusion avec des boissons non-alcoolisées.*

La loi pourra reprendre les quelques points positifs déjà enregistrés dans la convention proposée par le secteur « alcool » :

- *l'interdiction des distributeurs automatiques de boissons alcoolisées à proximité des jeunes et des lieux où ils se réunissent ;*
- *la prise en considération de l'ensemble des produits titrant plus de 1,2% d'alcool par volume : toutes les boissons alcoolisées sont ainsi traitées sur un pied d'égalité.*

Le Groupe porteur et ses associations membres restent, bien sûr, à la disposition du Ministre de la santé publique à propos de cette importante question. Ces acteurs pensent également que sur un tel sujet **la discussion devrait être ouverte aux secteurs de l'éducation et de la promotion de la santé**, tant au niveau politique qu'au niveau associatif, concernés par la jeunesse et la promotion de la santé.

Voilà les véritables partenaires pour construire une politique de santé, pas les « alcooliers » !

Le Groupe porteur «Les jeunes et l'alcool»

D'après un communiqué de presse.

Contacts :

Florence Vanderstichelen, Directrice d'Univers santé. Tél : 010 47 33 74 - GSM : 0473 603567

Martin de Duve, chargé de projets à Univers santé. Tél : 010 47 35 04 - GSM : 0478 206377
Courriel : jeunes-alcool@univers-sante.ucl.ac.be

⁴ CRIOC, Réglementer la publicité pour les alcools : une demande des organisations de consommateurs, Du côté des consommateurs n° 166, 30 octobre 2004.

Prise en charge de patients alcooliques

Depuis trente ans, le D^r Luc Isebaert, psychiatre et psychothérapeute, aide des patients alcooliques à se prendre en charge, pour retrouver l'abstinence ou un boire contrôlé. L'évaluation du travail qui vise à restaurer le libre choix du patient a de quoi rendre envieux. L'étude révèle 75 % de réussite (45 % d'abstinents et 30 % de buveurs qui se contrôlent) et ce quatre ans après le traitement ! Explications depuis l'Hôpital Saint-Jean à Bruges.

Les mots d'ordre du travail du D^r Isebaert, homme jovial et passionné : partir des ressources du patient pour rendre le choix possible entre boire, ne pas boire ou consommer moins. Tous jours. Il faut reconstruire l'image de la personne comme étant capable de s'assumer. « A un père de famille, je dirais par exemple qu'il investit dans l'avenir, explique Luc Isebaert. Quelqu'un qui boit le soir exclusivement, je vais aller voir avec lui ce qui se passe le jour. Quelqu'un qui pendant quelques heures un jour choisit la bière plutôt que la vodka, voilà aussi un comportement intéressant. Le jour

où on a moins eu envie de boire, je le souligne en disant que je connais des personnes qui auraient bu la même chose, par habitude. L'identification de tout ce qui sert ou a servi à limiter les dégâts est primordiale. Pour ce faire, je propose de compléter une grille qui renseigne sur l'heure, le jour, l'intensité de l'alcoolisation, le motif et la manière dont cela s'est arrêté. Idem pour les jours sans alcool ; on note le jour, la raison qui a aidé et les stratégies éventuellement mises en place. »

Autres solutions

L'alcool est-il identifié comme moyen d'être plus à l'aise lors d'une prise de parole en public ? D'autres voies d'accès à la tranquillité seront envisagées. L'alcool fait se sentir moins seul ? Des pistes seront explorées pour ne plus être seul ou seule. « Je me positionne comme un consultant, explique Luc Isebaert. La consultance n'amène pas plus de ressources, elle aide à les identifier. Quand le patient prend conscience de ses potentialités, mon rôle devient celui d'un expert. Expert en général, quand

le patient est expert en particulier. Je pense que si l'on ne suscite pas les résistances il n'y en a pas. »

Luc Isebaert reste évidemment réaliste. Il travaille toujours à partir d'une demande d'aide, même infime, qu'il développe.

Ambulatoire

L'ambulatoire est privilégié. Avec rarement plus de huit rencontres avec le patient. Et une moyenne d'un peu plus de quatre séances. Seuls 20 % des patients requièrent une autre thérapie pour traiter une anxiété, une dépression ou autre.

Mais quid du sevrage ? Le milieu hospitalier n'y est-il pas davantage favorable ? Si l'hôpital est intéressant, c'est pour la mise hors contexte. Pas pour le sevrage, considéré « comme un tigre de papier » : « Le sevrage peut se faire à la maison, en collaboration avec le médecin généraliste. Il passe prendre le pouls, la tension. Si les paramètres montent, un anxiolytique est généralement prescrit. C'est mieux que prescrire d'office, car ensuite on doit diminuer les doses. »

Habitudes

Tigre réel cette fois, les habitudes. Il faudra les déjouer pour que la prise de boisson ne soit pas réactivée. Exemple ? « Un patient qui boit une bouteille de whisky par jour, posée près de son ordinateur, a voulu la remplacer par une bouteille d'eau. Il s'est vite révélé plus fructueux de poser la bouteille d'eau ailleurs, à distance de l'ordinateur, d'introduire un déplacement avant chaque moment de désaltération. »

L'habitude peut aussi être entravée. C'est le cas de figure où la personne se voit invitée à vider dans l'évier la moitié de son verre, dès qu'il est servi. Apparaît alors dans le champ des possibles le fait qu'un verre puisse ne pas être bu intégralement.

Dernière illustration avec un buveur de bistrot qui a continué à le fréquenter, mais en demandant au patron de lui servir une eau minérale dès qu'il poussait la porte du café. Et cela marche ! Ceux et celles qui choisissent de reboire modérément doivent aussi mettre de côté leurs habitudes, attendre 3 à 6 mois. « Ainsi, ont-ils été confrontés, explique le D^r Isebaert, à des circonstances où ils buvaient, à des fêtes. Et ils ont su comment faire pour gérer. »

Rechute

On se focalise au moins tout autant à l'Hôpital Saint-Jean sur la gestion de la rechute que sur sa prévention. Pour éviter la dramatisation et la croyance que reboire c'est plonger à nouveau totalement.

« Nous construisons ensemble des stratégies à mobiliser pour la situation où on aura bu un verre, ou trois verres, où on aura pris une cuite, où on aura bu trois jours de suite, cela peut arriver. Selon moi, boire ne fait pas partie de l'identité de la personne. Je ne suis pas pour le centrage sur l'alcool. J'invite à faire la distinction entre ce dont on peut avoir envie (boire) et ce qu'on veut (ne pas boire). Dans la trousse de secours, comme je l'appelle, je propose d'avoir sur soi une photo d'un être aimé et au dos des numéros de téléphone à appeler en cas d'accès d'envie de boire. »

Véronique Janzyk

Vous pouvez consulter une synthèse de l'évaluation sur le site www.ebta.nu/research.html de la European Brief Therapy Association.

Obésité : agir sur tous les plans

L'Organisation mondiale de la santé elle-même le déclarait il y a peu : l'obésité est une maladie qui doit être traitée. Message reçu de la part de professionnels de la santé qui ont organisé une prise en charge pluridisciplinaire basée sur les aspects médical, diététique, «sportif» et psychologique. Car l'obésité intègre ces ingrédients à des niveaux divers, selon les personnes concernées.

On ne le rappellera jamais assez : l'obésité est source de problèmes de santé importants, ou peut encore favoriser leur émergence en présence d'autres facteurs de risque. On pense aux maladies cardio-vasculaires, infarctus du myocarde en tête ; au diabète et à toutes ses complications possibles ; à l'hypertension qui est aussi appelée le tueur silencieux ; au cholestérol qui peut mener aux infarctus du myocarde également ; à certains cancers qui sont plus fréquents chez les obèses (côlon, prostate, estomac, œsophage, foie, vessie, pancréas, sein, utérus, col de l'utérus, ovaires...) ; à la formation de calculs (pierres) à la vésicule biliaire, à l'arthrose...

Si le but n'est pas d'avoir un discours alarmiste, il est tout de même utile d'énoncer clairement les risques pour sensibiliser les personnes concernées. Dans l'espoir qu'elles décideront de prendre les mesures nécessaires pour améliorer leur santé : une réduction de poids de 10 % a déjà des conséquences très positives, tant en termes cardio-vasculaires, que de diabète ou de cholestérolémie ! Et pour ceux et

celles qui ne se sentent pas d'attaque à se lancer dans un régime ou qui ne savent pas comment s'y prendre, des centres proposent une prise en charge ayant une dimension pluridisciplinaire.

Depuis 2 à 3 ans, les initiatives de prises en charge plus adaptées aux réalités des obèses sont au cœur de l'actualité, et d'autres ont vu le jour. Elles se basent sur un constat : l'obésité est une maladie qui mérite une attention médicale, elle est le résultat d'une alimentation inadéquate, d'où l'apport de diététiciens, d'un manque d'exercice physique (ce qui implique des kinésithérapeutes) et, bien souvent, est le résultat ou la cause de troubles psychologiques, donc nécessite d'intégrer une dimension psy.

Un nom qui sonne !

Parmi ces centres, une initiative a bénéficié d'une grande médiatisation au moment de son lancement en 2002, probablement par son nom très évocateur : les Cliniques du Juste Poids (CJP), coordonnées par la Fondation Hodie Vivre pour l'étude et la prévention des maladies de civilisation. Son approche pluridisciplinaire, bien que n'étant pas neuve (d'autres praticiens, notamment hospitaliers, l'organisaient depuis déjà plusieurs années pour certains) a cependant eu le mérite de la structurer au sein d'une même association centralisatrice, et de la médiatiser. « Les CJP s'adressent à ceux de plus en plus nombreux qui ont perdu l'insouciance du 'manger heureux' et qui, pour un problème de poids, font de la nourriture une difficulté, une culpabilité, voire un combat répété. Elles sont constituées en un réseau de Centres de diagnostic, de suivi thérapeutique et d'information pour tous ceux qui souffrent



Photo © Tirof / BSIF / Global Pictures

d'un problème de poids. Leur approche globale de l'excès pondéral se base à la fois sur le comportement alimentaire et des explications détaillées quant au bon usage des médicaments. Le but ne se limite pas au résultat sur la balance, mais vise une modification d'habitudes alimentaires et la connaissance des clés de base qui éviteront la rechute », expliquent ses responsables.

Pratiquement, il s'agit de participer à une séance d'information sur la philosophie et l'organisation de la prise en charge, ensuite de réaliser un bilan de santé à la fois avec le médecin, le nutritionniste et le psychologue, afin de déterminer l'historique de la personne qui souhaite perdre du poids. Les causes de l'excès

1 Etude publiée dans le New England Journal of Medicine 2004 ; 348 : 1625-1638.

pondéral (la fréquentation régulière des restaurants pour des raisons professionnelles, le choc émotionnel qui a pour résultat que celui qui l'a subi se réfugie dans la nourriture, le manque de connaissance des aliments et de leurs 'richesses', etc.) seront déterminées ainsi que ses effets déjà visibles sur la santé (pré-diabète, diabète, cholestérol...); un bilan sera réalisé et un objectif raisonnable à atteindre sera fixé par des mesures personnalisées. Ce premier topo est à la charge des patients : 75 euros. Le patient sera alors dirigé vers la voie qui lui convient le mieux : suivi médical, psychologique ou diététique. Ce coût se prolonge au cours des consultations, puisque le patient doit au minimum payer le ticket modérateur. Cette charge financière constitue trop souvent un frein à la poursuite de la prise en charge. Car on sait que les consultations diététiques et les suivis psychologiques ne sont pas remboursés et que l'« obésitologie » n'étant pas reconnue, les tarifs sont libres. « C'est la raison pour laquelle la Fondation Hodie Vivere reste en contact avec les autorités pour négocier une intervention par l'Inami, les mutuelles ou les assurances. Certaines catégories d'âge sont couvertes par des assurances complémentaires de mutuelles, et nous avons notamment des contacts avec des mutualités pour étendre cette couverture à un maximum de gens », poursuit le D^r B. Buntinx, porte-parole des CJP. Depuis sa création, les CJP ont regroupé 10 centres en Wallonie et 3 à Bruxelles, et visent à étendre leur réseau. « Nous envisageons de lancer des séances d'information auprès de jeunes médecins généralistes, sortis des études dans les cinq dernières années, et d'étendre ainsi ce réseau ». Mais les initiatives ne sont pas toujours faciles à mener, d'autant que les changements de majorité aux niveaux fédérés ont suspendu les dotations de la Fondation depuis près d'un an, pour ce qui concerne les aspects de la prise en charge de l'obésité².

18 mois après...

Les CJP ont effectué un bilan de leur travail après 18 mois de fonctionnement : le parcours de 573 personnes a ainsi été observé, dont 80 % de femmes. L'âge le plus représenté chez les femmes était les 43-52 ans, et chez les hommes les 33-42 ans, surtout des personnes en couple avec enfants (pour moitié), des employés (53 % des femmes et 40 % des hommes) et n'ayant pas d'activité physique (70 % et 60 % respectivement). « On constate également, dans le profil, que les femmes ont une motivation plus esthétique, alors que les hommes visent davantage à améliorer leur santé par la perte de poids, ce qui

peut expliquer que les femmes ont davantage pris une initiative personnelle, alors que les hommes ont davantage été conseillés par leur médecin », explique le rapport.

Parmi ceux qui ont cité une raison expliquant leur trouble de l'alimentation et leur manque d'activité physique, notons que la majorité des femmes évoque un événement psychologique et les hommes un changement de mode de vie, mais aussi l'arrêt de la pratique d'un sport et l'arrêt du tabac.

Par ailleurs, les chiffres fournis par les CJP indiquent que les hommes ont consulté plus tardivement, lorsqu'ils souffraient d'obésité de grades I et II, alors que les femmes étaient majoritairement en excès pondéral et obésité de grade I³. Les hommes s'inquièteraient-ils plus tardivement de leur obésité et ne prendraient-ils l'initiative que lorsqu'ils présentent des signes cliniques, donc consultent sur base des conseils de leur médecin ? C'est en tout cas ce qui peut être déduit de l'âge des personnes qui ont consulté en comparaison avec leur BMI au moment de la première consultation.

Les troubles psychologiques accompagnent très souvent les troubles alimentaires : reste à savoir lequel engendre l'autre... On retrouve dans l'ordre le grignotage (59 %), l'anxiété (38 %), les compulsions (32 %), la dépression (24 %), le manque d'estime de soi (22 %), l'hyperphagie (21 %), le chaos horaire (20 %)...

Mais ce qui est frappant, c'est la différence qui existe entre les hommes et les femmes : « Celles-ci semblent plus touchées par la dépression, les problèmes d'estime de soi, les compulsions, les situations de post-trauma et, avec des écarts moins marqués, par le grignotage et l'anxiété. Les hommes semblent plus nombreux à souffrir de problèmes d'assuétudes et de chaos horaire et dans une moindre mesure, d'hyperphagie ou de chaos du contenu alimentaire », souligne le rapport. Et cet aspect psychologique a poussé les CJP à prévoir une prise en charge plus ciblée : « Le traitement psychologique d'une patiente ménopausée, dépressive et présentant des problèmes d'estime de soi sera différent de celui d'une patiente victime d'un choc post-traumatique accompagné d'anxiété et d'insomnie. »

Des résultats en demi-teinte, néanmoins positifs

« Les patients qui comptent 4 visites ou plus représentent 41 % du total, ce qui pourrait refléter le taux de compliance. Le taux d'abandon est de 32 %, légèrement inférieur chez les hommes. Ces

chiffres élevés sont ceux constatés dans la pratique générale. Chez ceux qui ont consulté plus d'une fois, les traitements de moins de 6 mois restent majoritaires (73%); 27% ont continué plus de 6 mois et 8% plus d'un an. Même si on peut les considérer comme faibles, ces derniers résultats sont encourageants car il est difficile de maintenir un suivi thérapeutique à moyen et long terme dans les cas de surcharge pondérale. Il faut par ailleurs rappeler que notre évaluation porte sur une démarche volontaire et libre », poursuit le D^r Buntinx.

Et en termes de poids perdu, les résultats se précisent. Ce sont les plus obèses qui ont enregistré les meilleurs résultats. Ceux qui avaient une obésité de grade III à leur entrée ont perdu en moyenne 8,9 % de leur poids initial, ceux de grade II en ont perdu 8,5 %, ceux de grade I 6,5 % et ceux qui présentaient un excès pondéral ont perdu 7,2 % de leur poids initial. Et même ceux qui avaient un poids dans la normale ont perdu du poids : en moyenne 4,9 %... Ces personnes ont perdu en moyenne 1,79 kg par mois (1,66 pour les femmes, 2,26 pour les hommes). « La perte de poids n'est pas innocente. Le tissu graisseux est en effet chargé de toxines qui, remises en circulation lors de la lipolyse, doivent être 'prises en charge' par les processus de détoxification hépatique avec production de radicaux libres. Une perte de poids excédant 5 kg par mois ne paraît pas physiologiquement acceptable », explique le D^r Jacques Médart, médecin nutritionniste des CJP.

Le succès n'est pas nécessairement en rapport avec la durée du traitement : « Si l'efficacité des traitements courts est claire, les résultats à plus long terme semblent moins encourageants, ce qui s'explique sans doute par la modification de l'objectif à long terme qui passe de la perte de poids au maintien du poids perdu. » Globalement, les femmes ont en moyenne perdu 2,32 unités de BMI et les hommes 2,77. Ce meilleur résultat chez les hommes s'explique sans doute du fait qu'ils partaient d'un BMI plus élevé...

Résultat encourageant, les rangs des personnes ayant un poids dans la moyenne se sont agrandis, alors que ceux des personnes avec une obésité de grade II et III ont largement rétréci.

Un forum

Une autre initiative est le regroupement de médecins spécialistes de différentes universités du pays qui s'investissent depuis plusieurs années dans la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité. Ensemble, ils ont mis sur pied la BASO, Belgian Association for the Study of Obesity (Association Belge d'Etude de l'Obésité). Les initiatives menées portent bien entendu sur la prise en charge concertée par des médecins, des diététiciens, des psychologues et des kinésithérapeutes pour réapprendre à manger et

³ Pour rappel, un BMI compris entre 18.5 et 24.9 équivaut à un poids normal, entre 25 et 29.9 il s'agit d'un excès pondéral, entre 30 et 34.9, à une obésité de grade I, de 35 à 39.9 une obésité de grade II, et plus de 40 à une obésité de grade III.

² La COCOF a cependant récemment débloqué un budget de 25.000 € dédié au développement du réseau bruxellois des Cliniques du Juste Poids.

Lobbying désintéressé ?

Le 9 mai dernier, le Forum Obésité adressait au Ministre de la Santé une lettre concernant la prévention et l'approche de la surcharge pondérale et de l'obésité en Belgique. Après avoir souligné l'importance du défi que représente l'épidémie d'obésité pour notre pays, ce document met en évidence deux priorités :

- la nécessité de prendre des mesures visant à optimiser le traitement et l'accompagnement des patients obèses ;
- le besoin d'une réglementation radicale concernant le contrôle plus strict de la publication d'informations sur les sub-

stances amaigrissantes en vente libre dans le commerce.

Pourquoi ces deux thèmes-là et pas d'autres ? Lorsqu'un problème de santé publique vient à l'avant-plan, c'est rarement dû au hasard. D'aucuns n'hésitent pas à voir derrière cette initiative apparemment digne d'être appuyée une simple opération de relations publiques d'entreprises pharmaceutiques soucieuses de valoriser indirectement leurs produits et de jeter par la même occasion le discrédit sur d'autres produits n'étant pas enregistrés comme médicaments.

CDB

bouger, mais pas seulement. « Pour ma part, voilà plus de 20 ans que je collecte les données des patients que je vois, ainsi que celles recueillies par les autres intervenants comme le psychologue et le diététicien, et l'évolution de poids des patients. Auparavant ce recensement se faisait manuellement dans un grand cahier, à l'ancienne, et depuis plusieurs mois, dans une base de données informatique. Mais le suivi de l'évolution des patients n'est possible que pour ceux avec qui le contact est gardé. Que deviennent les autres ? Il faudrait pouvoir les contacter par lettre ou téléphone. Cela pose problème, indépendamment de l'aspect déontologique : une infirmière sociale pourrait couvrir cet aspect du suivi. Mais comment la rémunérer, rien n'étant prévu ? », explique le Dr **Maximilien Kutnowski**, interniste au CHU Brugmann (ULB) à Bruxelles, et actuel président de la BASO.

Ce qui n'empêche pas l'association d'être particulièrement active. Récemment, elle a édité un ouvrage de consensus sur la prise en charge de l'obésité destiné aux professionnels de la santé. Se basant sur ce « Consensus du BASO », le Forum Obésité a publié un guide pratique. « Ce guide concret et abordable par le grand public donne les clefs pour évaluer clairement sa situation personnelle et explique les actions qui peuvent être prises, en fonction des résultats obtenus, par le petit questionnaire d'évaluation. Il insiste également sur le fait que les kilos seuls ne suffisent pas à cette évaluation : il faut également calculer son BMI pour estimer la masse de graisse présente dans le corps, mesurer son tour de taille pour savoir si cette graisse est située essentiellement dans la région abdominale (qui concourt à un risque accru de maladies cardiovasculaires), et enfin, il faut évaluer la présence de facteurs de risques supplémentaires (familiaux, tabac, lipides sanguins et autres) ou des maladies déjà installées (hypertension, diabète) », poursuit le Dr Kutnowski.

Ce guide donne également des conseils pour, et c'est fondamental, conserver son poids après une perte : alimentation moins calorique, plus d'exercice physique et surtout, une bonne compréhension de son comportement alimentaire. Tous ces efforts sont soutenus de façon interactive sur le site www.kilowatch.be, où l'on retrouve ces précieux conseils pratiques, mais où aussi, après avoir introduit ses données personnelles sur le poids, la taille, le tour de taille, etc., on peut recevoir chaque semaine non seulement un soutien à la démarche pour maigrir,

mais aussi des astuces, comme des recettes de cuisine pour des plats légers et savoureux, des brochures pratiques notamment sur l'activité physique, les régimes à suivre ou ne pas suivre, etc. Un bon coup de pouce aux personnes plus solitaires qui n'osent pas se lancer dans une aventure plus médicalisée de la perte de poids... Enfin, la BASO est à l'initiative d'une grande campagne pour sensibiliser particulièrement les personnes en surpoids (les personnes obèses sont généralement bien conscientes de leur problème de poids) à calculer leur BMI : c'est la semaine de l'IMC (Indice de masse corporelle, traduction de BMI). Et ce afin qu'elles prennent au plus tôt les mesures qui s'imposent...

Revers de la médaille

Néanmoins, ce tapage médiatique sur le problème de poids ne doit pas induire d'autres troubles alimentaires, comme l'anorexie ou la boulimie. Le vrai message qui doit prévaloir n'est pas « il faut maigrir », mais « il faut manger équilibré et bouger ». Un message plus difficile à faire passer que de donner des méthodes simplistes et à court terme qui font perdre quelques kilos rapidement, kilos qui reviennent en double dès l'arrêt du régime, un mot à remplacer par celui d'apprentissage au bien manger.

Carine Maillard

Plan nutrition et santé

Ces deux initiatives s'inscrivent dans la nécessité de lutter le plus efficacement possible contre l'obésité dans notre pays. Nécessité également soulignée par le ministre fédéral de la Santé, **Rudy Demotte**, qui a lancé l'année dernière l'élaboration d'un PNNS (Plan national nutrition et santé) version belge. Il est en phase de rédaction et sa mise en œuvre est prévue pour la mi-2006. Son but est tout d'abord de centraliser et coordonner les différentes mesures prises par les autorités fédérées et éviter les redondances, tout en faisant appliquer au niveau fédéral ce qui marche au niveau régional. Il va élaborer des lignes directrices de nutrition et de politique nutritionnelle pour assurer dans tous les domaines (écoles, hôpitaux, collectivités...) une alimentation optimale, dresser un état des lieux coordonné avec différents experts de secteurs concernés et déterminer à la fois des recommandations et des objectifs à atteindre.

Ce qui ne sera pas fait sans mal : il est question de faire preuve d'une plus grande exigence quant à l'étiquetage des produits

alimentaires mais aussi des allégations santé lors des campagnes publicitaires, ce qui risque de heurter certains acteurs du secteur agro-alimentaire. Par ailleurs, le ministre envisage de favoriser l'accès à l'alimentation saine aux personnes les plus défavorisées, celles-là mêmes qui sont le plus touchées par l'obésité.

Une première application concrète dans la foulée de ce plan a fait grand bruit récemment, par la suppression des distributeurs de sucreries et de sodas dans les écoles. Ce premier pas, pourtant critiqué, a néanmoins eu le mérite de limiter l'accès à des aliments et boissons caloriques par les plus jeunes et a lancé le débat de l'alimentation saine à l'école, également dans les cantines. Si cette interdiction est accompagnée d'explications sur ses raisons, elle devrait contribuer à donner aux jeunes une éducation à une alimentation saine et optimale. Un concept qui veut que nous suivions tous la pyramide alimentaire, ce qui nous éviterait l'excès de poids, donc les régimes! Affaire à suivre, comme on dit.

CM

Grande misère de la santé bucco-dentaire en Belgique

Les maladies bucco-dentaires sont un véritable fléau. L'OMS estime que 60 à 90 % des enfants en âge scolaire en sont atteints. De plus, « la perte des dents est perçue comme une conséquence naturelle du vieillissement, alors qu'elle est en fait évitable ».

En Belgique, la part relative des soins dentaires est inférieure à 5 % du budget des soins de santé. Cette pénurie de moyens a obligé la Convention nationale dento-mutualiste à choisir des priorités de remboursement. Parmi celles-ci, les soins préventifs destinés aux enfants et aux jeunes de moins de 18 ans font l'objet d'un remboursement quasi complet depuis 1998.

Cependant, certaines études montrent que l'accessibilité financière aux soins, pour importante qu'elle soit, est une condition largement insuffisante pour optimiser la consommation de soins dentaires des enfants. L'éducation à la santé bucco-dentaire est le pilier indispensable sur lequel s'appuyer. Une enquête française du CREDES relève pour sa part trois éléments parmi les obstacles à la consommation de soins pour les adolescents : les parents qui ne se soignent pas, les parents qui ont dû renoncer à un soin dentaire pour eux-mêmes, et le fait de devoir avancer les frais de soins même s'ils sont remboursés à 100 % par la suite. Un rapport concernant les « recommandations pour la santé buccale en Belgique » a été rédigé à la demande du ministre précédent des Affaires sociales par le professeur **D. Van Steenberghe** (KUL) et **M. G. Perl**, Président de la Convention nationale dento-mutualiste (CNDM). Les auteurs remarquent : « Si 60 % des enfants de moins de 5 ans sont indemnes de caries, ce pourcentage tombe à 25 % chez les enfants de douze ans ». En outre, « la demande de traitement reste trop limitée lorsqu'on considère le nombre de maladies » alors que des mesures d'accessibilité financière ont rendu les traitements peu onéreux chez les jeunes de moins de 18 ans. De plus, « ce sont les groupes socio-économiques plus faibles qui sont difficiles à atteindre et à motiver en matière de soins buccaux ». De même « chez les petits enfants, une grande fraction ne consulte jamais ou rarement le dentiste ».

Ce tableau pessimiste est à l'origine d'une étude visant à quantifier la consommation des enfants assurés par la Mutualité socialiste en matière de soins dentaires, avec pour hypothèse qu'il y a une large sous-consommation dans ce public. L'étude porte sur la consommation des enfants de moins de 18 ans affiliés à la mutualité socialiste entre 1998 et 2002, et a appliqué des méthodes de statistiques descriptives à la consommation de soins préventifs, aux soins conservateurs (dents déjà atteintes) et aux soins orthodontiques.

Faible recours aux soins dentaires chez les enfants

L'étude montre une large sous-consommation de soins dentaires par les enfants alors qu'ils sont censés idéalement voir le dentiste au moins deux fois par an.

Dans la réalité on en est loin. Près d'un enfant sur deux de la population étudiée n'a jamais consulté le dentiste sur cinq ans ! Moins d'un enfant sur trois a consulté au moins une fois sur les cinq ans, et un enfant sur dix seulement a eu un contact annuel avec son dentiste.

Les tout petits ne voient quasi pas le dentiste (6,6 % des enfants âgés de 0 à 4 ans en 2001), puis la fréquentation du dentiste augmente jusqu'à la tranche des 10-14 ans pour retomber ensuite dans la tranche des 15-17 ans.

Nature des soins

Soins préventifs

La consommation des soins préventifs est faible : moins d'un enfant sur 10 a reçu une fois ce type de soins en 2001. Sur les 355.160 enfants susceptibles de recevoir deux visites préventives par an durant les cinq ans de l'étude, seuls 86 ont réellement bénéficié de la totalité de la prévention. Vous lisez bien, cela fait 0,02 % !

Soins conservateurs et orthodontiques

Cinquante-six pour cent des enfants de moins de 13 ans ont reçu au moins un soin conservateur de dent lactéale, ce qui témoigne de l'atteinte précoce des dents.

Vingt-cinq pour cent des enfants de cette tranche d'âge ont reçu au moins un soin conservateur de dents définitives, ce qui témoigne aussi de l'atteinte précoce des dents définitives. En 2002, 52 % des enfants de 13 à 17 ans ont reçu au moins un soin conservateur de dent définitive, ce chiffre étant de 60 % en 1998.

Les soins orthodontiques concernent 16,6 % des enfants qui consultent le dentiste.

Evolution de la consommation de soins chez les enfants

D'année en année, on note un progrès dans la consommation des soins dentaires : 30,5 % des enfants assurés ont consulté le dentiste en 1998 et 32,4 % en 2002. L'augmentation de soins préventifs est encourageante mais reste beaucoup trop faible (6,8 % des enfants assurés ont reçu un seul soin préventif en 1998 et 9,53 % en 2002 ; 0,54 % ont reçu deux visites préventives en 1998 et 1,39 % en 2002).

Disparités régionales

La consommation de soins dentaires est plus élevée en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles. Il en va de même pour la consommation de soins préventifs. La consommation de soins conservateurs est plus importante à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre, ce qui témoigne d'une santé dentaire plus déficiente en Wallonie et à Bruxelles. Toutefois, la part des soins conservateurs a tendance à diminuer, ce qui est encourageant.

Deux priorités

Depuis l'introduction de soins préventifs pour les enfants dans la nomenclature de dentisterie, on note une progression lente mais certaine de ce type de soins et un infléchissement progressif des soins conservateurs. Toutefois, la sous-consommation de ces soins reste massive pour les assurés de la Mutualité socialiste.

Plus de 90 % des enfants assurés n'en bénéficient pas chaque année. De plus, la moitié de ces enfants ne consulte jamais le dentiste.

Si les soins conservateurs diminuent, ils témoignent toujours d'une importante altération de la santé bucco-dentaire de tous les enfants consommateurs. Ils consultent parce qu'ils ont un problème. Sur les cinq années étudiées, trois quarts des enfants reçoivent au moins un soin conservateur. Ceci souligne l'importance et l'urgence de l'action.

La Mutualité socialiste préconise de renforcer l'accessibilité financière et d'amplifier les efforts d'éducation à la santé dentaire.

Accessibilité aux soins

La gratuité des soins dentaires pour les enfants, réclamée déjà par la Mutualité socialiste entre autres lors de la précédente législature et instaurée en initiative nouvelle par le Ministre Demotte à partir de septembre 2005 pour les enfants de moins de douze ans, se justifie pleinement.

Aucun d'entre eux ne trouvant de plaisir à consulter le dentiste, le risque de surconsommation est quasi nul. Par contre, il est établi qu'avancer les frais de soins même remboursés à 100 % par la suite, constitue un frein réel à la consommation de soins dentaires. La Mutualité socialiste souligne qu'il est essentiel d'associer le paiement par tiers payant à la gratuité des soins.

Au niveau de la convention nationale dento-mutualiste, la mutualité socialiste soutiendra les demandes tendant à augmenter les moyens financiers à investir dans la santé bucco-dentaire des enfants. Il est clairement démontré que la prévention des problèmes dentaires lors de la toute petite enfance est un investissement rentable pour la sécurité sociale car il diminue largement les dépenses en soins curatifs chez les adultes.

Éducation à la santé bucco-dentaire

Quelques pistes :

- dès la naissance, un contact de la mère avec un dentiste. Elle apprendra des gestes simples comme éviter de donner de l'eau sucrée, éviter de sucer la tétine de l'enfant avant de la lui mettre en bouche, l'importance d'une hygiène buccale et dentaire précoce;
- introduction de l'éducation à l'hygiène dentaire du nourrisson et de l'enfant en bas âge dans les consultations de nourrissons et les crèches de l'ONE;
- à l'école, outre l'interdiction des distributeurs de boissons sucrées, l'introduction dès l'école gardienne d'activités ayant trait à l'hygiène dentaire : brossage de dents à l'école, apprentissage de l'utilisation du fil dentaire, hygiène alimentaire bannissant les sucreries. La distribution gratuite d'une brosse à dents par trimestre et de fil dentaire ainsi que de dentifrice pourrait s'ajouter à l'éducation. L'expérience de pays comme la Suisse montre aussi l'importance d'instaurer la dentisterie scolaire à côté de la médecine scolaire;
- l'éducation à la santé dentaire doit être poursuivie et intensifiée chez les grands adolescents. L'étude présente tend en effet à montrer un « décrochage » à cet âge, plus particulièrement chez les garçons;
- la Mutualité socialiste renforcera son action



Photo © Gary Rhijnsburger / Masterfile

d'éducation des enfants à la santé bucco-dentaire. Son assurance complémentaire intervient déjà financièrement pour les enfants de 4 à 18 ans.

D'après un dossier de la Mutualité socialiste *Le dossier complet (46 pages) peut être téléchargé sur le site www.mutsoc.be, rubrique 'Etudes et analyses'.*

Les maladies bucco-dentaires dans le monde

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies bucco-dentaires telles que la carie dentaire, les parodontoses (qui touchent les gencives) et les cancers de la cavité buccale et du pharynx posent un problème de santé partout dans le monde, dans les pays industrialisés comme, de plus en plus, dans les pays en développement, surtout dans les communautés les plus pauvres. Ainsi, l'OMS estime à cinq milliards dans le monde le nombre des personnes présentant des caries dentaires.

« Au niveau mondial, la perte de dents est perçue comme une conséquence naturelle du vieillissement, alors qu'elle est évitable », a déclaré le **D^r Catherine Le Galès-Camus**, Sous-directeur général de l'OMS pour les maladies non transmissibles et la santé mentale. « On croit que la carie dentaire ne pose plus problème dans les pays développés alors qu'elle touche 60 à 90% des enfants d'âge scolaire et la grande majorité des adultes. La carie dentaire est également la maladie bucco-dentaire la plus courante dans plusieurs pays d'Asie et d'Amérique latine. »

Les effets des maladies bucco-dentaires - douleur, souffrances, dysfonctionnement et baisse de la

qualité de la vie - sont nombreux et coûteux. Le traitement représenterait de 5 à 10 % des dépenses de santé dans les pays industrialisés et n'est pas à la portée de nombreux pays en développement. Si la carie dentaire semble constituer un problème moins grave dans la plupart des pays d'Afrique, le rapport estime qu'avec l'évolution des conditions de vie, son incidence devrait augmenter dans de nombreux pays en développement d'Afrique, en particulier du fait de la consommation croissante de sucres et d'une exposition insuffisante aux fluorures.

« Dans de nombreux pays en développement, l'accès aux soins de santé bucco-dentaire est limité et les dents ne sont pas toujours soignées ou extraites », déclare le **D^r Poul Erik Petersen**, Coordonnateur du Programme mondial OMS de santé bucco-dentaire. « En Afrique, le nombre de dentistes par habitant est d'environ 1 pour 150.000 contre 1 pour 2.000 dans la plupart des pays industrialisés. Et si, dans les pays développés, des progrès restreints ont été faits chez les plus jeunes, la carie dentaire reste une cause majeure de douleurs et de morbidité pour beaucoup de personnes âgées. »

Globalement, la plupart des enfants montrent des signes de gingivite (gencives qui saignent) et chez l'adulte, on observe les premiers stades de parodontopathie. La parodontose sévère, qui peut aboutir à la perte de dents, touche 5 à 15 % des populations. Dans les pays industrialisés, les études montrent que le tabagisme est le facteur de risque principal de parodontopathie.

Le cancer de la cavité buccale est le huitième cancer par sa fréquence chez l'homme au niveau mondial. En Asie centrale du Sud, il figure parmi les trois types de cancer les plus répandus. Toutefois, une nette augmentation des cancers de la cavité buccale et du pharynx a également été signalée dans plusieurs pays et régions comme l'Allemagne, le Danemark, l'Ecosse, l'Europe centrale et orientale et, dans une moindre mesure, l'Australie, les Etats-Unis d'Amérique, la Nouvelle-Zélande et le Japon. Le tabagisme, l'usage de tabac sans fumée, la chique de bétel et l'alcoolisme sont autant de facteurs de risque.

Le Rapport définit les priorités et les principaux éléments du Programme mondial OMS de santé bucco-dentaire. Il porte non seulement sur les

risques modifiables tels que les pratiques en matière d'hygiène bucco-dentaire, la consommation de sucres, la carence en calcium et en micronutriments et le tabagisme, mais aussi sur les déterminants socioculturels majeurs que sont des conditions de vie médiocres, un faible niveau d'instruction mais aussi l'absence de tradition favorable à la santé bucco-dentaire. Les pays devraient veiller à ce qu'il soit fait un usage approprié des fluorures pour prévenir la carie dentaire. Par ailleurs, une eau insalubre et de mauvaises conditions d'hygiène sont des facteurs de risque environnementaux aussi bien pour la santé bucco-dentaire que pour la santé en général. Les systèmes de santé bucco-dentaire doivent être orientés sur les soins de santé primaires et la

prévention. L'initiative mondiale OMS pour la santé à l'école, qui s'efforce de mobiliser les secteurs de la promotion de la santé et de l'éducation aux niveaux local, national, régional et mondial, a récemment été confortée par un document technique sur la santé bucco-dentaire. D'autre part, l'accent est mis davantage sur les personnes âgées; d'ici 2050, deux milliards de personnes dans le monde auront plus de 60 ans, et 80 % vivront dans des pays en développement. Le programme de santé bucco-dentaire apportera également une importante contribution au diagnostic précoce, à la prévention et au traitement du VIH/SIDA, qui se manifeste souvent d'abord par des infections et des lésions buccales d'origine mycosique, bactérienne ou virale.

« Une mauvaise santé bucco-dentaire peut avoir des répercussions importantes sur l'état de santé général et sur la qualité de la vie » a déclaré le Dr Petersen. « L'expérience de la douleur, les abcès dentaires, les difficultés de mastication et donc d'alimentation, les dents manquantes, colorées ou abîmées ont des effets non négligeables sur la vie quotidienne et le bien-être des individus. »
Pour plus d'informations : Dr Catherine Le Galès-Camus - Sous-Directeur général, Maladies non transmissibles et santé mentale, OMS, téléphone : +41 (22) 791 2999, courriel : legalescamusc@who.int

D'après un communiqué de presse de l'OMS

Répondre aux besoins des familles

Les Etats généraux de l'ONE

Dans la perspective de son nouveau contrat de gestion 2005-2010, l'Office de la Naissance et de l'Enfance a organisé, de février à mai de cette année, des Etats généraux de la petite enfance, qui lui permettront de poser des balises quant aux défis que cette institution importante de la Communauté française est appelée à relever dans le futur.

Ces Etats généraux se sont achevés lors d'une matinée d'études organisée au sein du (très beau) Parlement de la Communauté française, un lieu symbolique qui souligne à suffisance le caractère prioritaire du public des jeunes parents et des enfants pour notre communauté.

Le public (féminin à 90 %, cela ne surprendra personne), a pu entendre un excellent exposé de Michel Andrien (CERES) venu présenter les résultats encore partiels mais très encourageants d'une enquête de satisfaction menée auprès des usagers des services de l'ONE, qu'il s'agisse des consultations prénatales, des consultations pour enfants, ou des milieux d'accueil (crèches, pré-gardiennats, accueillantes...). Cela nous valut un commentaire bien à propos du Président de

l'ONE, Georges Bovy: "J'ai envie de pousser un petit cocorico, la salle où nous sommes¹ s'y prête". Nous aurons peut-être l'occasion d'y revenir.

Christine Collard, de l'asbl Flexigroupe, présenta ensuite une synthèse de la large consultation des collaborateurs et partenaires de l'ONE, à laquelle pas moins de 641 personnes ont activement participé dans les 6 sub-régions de la Communauté. Des priorités en matière d'accessibilité², de formation des puéricultrices, de continuité des services et de coordination des politiques, de partenariat avec les parents et les bénévoles ont été évoquées, ainsi qu'une attention toute particulière (et c'est assez récent) au soutien à la parentalité.

Les priorités relevées par le Conseil scientifique et les collègues des pédiatres et gynécologues de l'ONE ont également été présentées brièvement. On pointera l'intervention de Perrine Humblet (Ecole de Santé publique de l'ULB) centrée sur les inégalités de santé, qui nous rappela toute l'importance d'un bon monitoring de la mise à disposition du public de services universels, pour éviter le piège d'une allocation inéquitable des ressources.

Dans ses conclusions, l'Administratrice générale de l'ONE, Danièle Lecleir, plaida en faveur d'une collaboration plus étroite avec l'AWIPH et la COCOF pour ce qui concerne l'accueil des enfants handicapés, et avec les services PSE pour assurer une meilleure continuité du suivi médical des enfants, de la naissance à 12 ans. Bien vu, mais une représentante d'un CLPS, après la fin des travaux, déplorait quand même l'absence de toute allusion au secteur de la promotion santé (hors école), alors que cette dimension est évidemment très présente dans le travail de l'ONE. Ce sera peut-être quand même au menu du prochain contrat de gestion...

Christian De Bock

Pour en savoir plus : www.one.be.

1 Un splendide bas-relief représentant l'emblème de la Communauté trône dans l'hémicycle de l'assemblée!

2 Dans son allocution finale, Catherine Fonck, la Ministre de la Petite enfance, tout en rappelant les mérites de son prédécesseur en la matière, dut bien constater l'échec patent du Plan Cigogne, qui prévoyait l'ouverture de plus de 10.000 places d'accueil entre 2003 et 2010. Elle entend bien corriger le tir en concertation avec les Régions et le pouvoir fédéral.

Cannabis : un bon Vaudeville

Il ne s'agit pas ici des vicissitudes du statut judiciaire des joints, interdits, autorisés, tolérés, ni l'un ni l'autre, au contraire et inversement, mais d'une bonne pièce proposée par la FEDITO bruxelloise, qui regroupe bon nombre

d'institutions pour toxicomanes de la capitale. En effet, elle a eu l'idée de susciter trois rencontres sur le sujet, dans le cadre charmant et très convivial du théâtre du Vaudeville. Les résultats de ces échanges devraient être injectés

dans les débats législatifs annoncés pour cet automne.

J'ai eu l'occasion d'assister à une partie de la première, qui invitait le 7 juin dernier les secteurs de l'enseignement et de la jeunesse (fédérations de parents d'élèves, universités, aide à la jeu-

nesse, mouvements de jeunesse...) à débattre au départ du témoignage d'une quinzaine de personnes. Grâce à l'autorité bienveillante et non dénuée d'humour du modérateur **Jacques Bre-dael**, ceux-ci ont pu exprimer quelques idées maîtresses sans lasser l'auditoire.

Pour ma part, j'ai retenu en particulier le témoignage de **Pierre Waaub**, professeur à l'Institut St Dominique de Schaerbeek, qui nous explique ses réticences à voir débarquer dans son établissement de nombreuses offres de programmes éducatifs dans le domaine de la santé, qui perturbent les apprentissages des élèves plus qu'autre chose. Il plaide pour des projets construits par la communauté éducative elle-

même, et qui, s'agissant de la problématique 'cannabis', en questionnant l'autonomie et la dépendance, aident les jeunes à se forger une opinion et trouver leurs propres repères. Une démarche audacieuse, à mille lieues des interdictions et prescriptions alarmistes qui polluent le débat.

Il nous dit aussi qu'en abordant honnêtement la question, dans un contexte qui n'est pas celui d'une crise aiguë avec son lot de trafics et de rackets, l'école qui ose parler en termes mesurés d'un sujet qui inquiète nombre de parents, peut même concilier une démarche pédagogique adulte et un argument de marketing pour 'doper' (si j'ose le verbe) les inscriptions de nou-

veaux élèves. Passionnant.

Une deuxième rencontre a eu lieu le 21 juin avec les secteurs droit et justice, et une dernière est programmée le 6 septembre avec le social et la santé. Nous y reviendrons.

Christian De Bock

Rencontres cannabis, FEDITO, rue du Président 55, 1050 Bruxelles. Sur le site www.feditobxl.be, vous pouvez prendre connaissance des Réflexions du secteur 'toxicomanie' bruxellois, parues début 2005 (document de 12 pages également disponible en une 'version longue' papier de 80 pages qui comprend en plus les actes de la journée "Cannapistes").

Une prévention pavée de bonnes intentions

En introduction à la première des 3 rencontres (voir ci-dessus), Serge Zombek, psychiatre et directeur d'Interstices CHU St-Pierre, président de la FEDITO bruxelloise, a synthétisé de manière façon les enjeux actuels en matière de gestion du cannabis. Voici le texte de son intervention, légèrement modifié pour les besoins de la publication.

Je rappellerai le contexte de la rédaction de ces « pistes de réflexions » de la FEDITO Bruxelles. L'enfer de la drogue est en partie aussi pavé des bonnes intentions des femmes et hommes politiques qui nous promettent, depuis fort longtemps, des changements significatifs dans la gestion des drogues et ce vers une politique annoncée comme toujours plus claire, plus cohérente, plus pragmatique, moins répressive, plus sociale et plus sanitaire, plus respectueuse des droits de chacun... Ne voyant toujours rien venir, la FEDITO bruxelloise a désiré sortir de sa réserve et a réussi le pari de produire une réflexion quasi consensuelle sur la question du cannabis.

Du document synthétique que vous avez étudié avec la plus grande attention, je me suis permis d'épingler quelques éléments qui me semblaient pouvoir interroger les secteurs de l'enseignement et de l'éducation que vous représentez : je les énumère presque en vrac, pardonnez-moi le style quelque peu décousu. 32 % des 15-16 ans ont expérimenté et 16 % consomment régulièrement du cannabis; il y a là de quoi nous rendre soucieux, d'autant que cette consommation est un phénomène qui tend à s'épuiser avec l'âge; les 14 – 25 forment ainsi la grande majorité des consommateurs. Les adultes (parents et éducateurs de « seconde

ligne » dirons-nous) nous interpellent à ce sujet et nous demandent informations, avis, aide et conseils... alors que les jeunes ne sont que fort rarement en demande de la moindre aide à cet égard... Il nous faut donc œuvrer à leur intention de façon moins frontale...

Deux mythes demeurent particulièrement « actifs » s'agissant de la population des plus jeunes, mythes qui doivent être impérativement déconstruits :

- la *théorie de l'escalade* à laquelle nous préférons celle non moins préoccupante mais d'une toute autre nature, la notion de porte d'entrée, sorte de contagion sociale de proximité;
- le *syndrome a – motivationnel*, que l'on applique abusivement selon nous à une entité complexe faite de désintérêt, de dépressivité, de décrochage scolaire ou social, d'isolement relationnel, etc. dès que la consommation de cannabis y est associée.

Les dérives de nos sociétés ou leurs valeurs majoritaires participent largement au conditionnement des différents types de consommation des jeunes, dès lors plus ou moins « problématiques », vous remarquerez les guillemets : relâchement du lien social, étanchéité entre les sous-cultures, chômeurs et ghettos urbains, société à deux ou trois vitesses, rentabilité des rapports sociaux, consumérisme, culte de la performance, lutte des places, individualisme, hégémonie, etc.; la consommation de cannabis y sera tantôt réactive, tantôt s'y conformera de façon caricaturale. Parmi les programmes que la cité (*polis* en grec) met en œuvre à l'adresse de nos jeunes têtes de toutes les couleurs, la FEDITO continue à déplorer vigoureusement les interventions policières (répressives et/ou préventives) dans les écoles et autres lieux de rassemblement des jeunes.

Si l'on songe aux actions qu'il conviendrait de

multiplier à l'adresse de cette sous-population particulièrement exposée, il est tragique de constater que 50 % des moyens en matière de drogues sont destinés à la répression, et 4 % seulement à la prévention!

Dans ce même registre, la FEDITO rappelle que le régime illégal d'un produit (comme le cannabis) n'influence en rien le nombre de consommateurs mais affirme au contraire que le maintien de sa pénalisation handicape l'éducation à et la promotion de la santé; en outre, c'est une redite, ce régime pénal favorise le contact des plus jeunes avec certains réseaux criminels. En résumé, le régime actuel, où tout est interdit, rend tout possible et donc le pire et ce particulièrement en ce qui concerne les plus vulnérables... à savoir les adultes en voie de développement.

C'est pourquoi la FEDITO pense que la dépénalisation assortie d'une légalisation et d'une réglementation précise, sont des options de nature à mieux prévenir les abus et les problèmes. Enfin, deux des « cannapistes » que nous avons esquissés nous semblent particulièrement sensibles en ce qui concerne les « jeunes ».

La première piste est celle de l'organisation de l'approvisionnement par l'Etat : à cet égard, nous suggérons la majorité légale à 16 ans comme pour l'alcool...

En ce qui concerne l'indispensable développement des programmes de prévention, il nous semble que des modules spécifiques pour les adolescents, centrés sur la prévention de l'usage « problématique », devront être impérativement mis en œuvre, entre autre par les acteurs que vous êtes.

Au nom de la FEDITO, je vous le demande solennellement, qu'en pensez-vous ?

Serge Zombek

Les dépenses de santé de la Communauté française en 2004

Les grands postes du budget

La promotion de la santé, la surveillance de la santé et la médecine préventive mobilisent bon an mal an 15.000.000 d'euros, soit à peu près

le même montant que la promotion de la santé à l'école (14.772.000 euros).

Les dépenses en promotion de la santé sont détaillées dans la suite de l'article.

Quelques commentaires

L'introduction du vaccin hexavalent, assez coûteux, a eu comme conséquence une augmentation de dépenses de 700.000 euros environ sur ce poste.

Le renforcement de la politique anti-dopage a généré une dépense supplémentaire de 300.000 euros.

[suite en page 14]

Promotion de la santé et surveillance de la santé

Promotion de la santé	8.139.548
Structures permanentes (CLPS et SCPS)	2.421.852
Programmes en promotion de la santé	4.654.851
Politiques communales de santé	
1) projets locaux	186.571
2) suivi global	120.000
Initiatives diverses et marchés	756.274
Diverses initiatives en prévention	6.907.000
Programme de vaccination	2.924.000
Contrôle médico-sportif + Agence mondiale anti-dopage	429.000
Tuberculose (FARES et dépistages)	1.296.000
Maladies métaboliques	650.000
Institut scientifique de santé publique	906.000
Dépistage du cancer	702.000
Recherches/études en surveillance et promotion de la santé	463.000
Total	15.509.548

Promotion santé Services communautaires et centres locaux

Type	Montant en €
Services communautaires	886.035
Centres locaux de promotion de la santé	
Subvention de base	1.030.779
CLPS (contributions complémentaires)	505.037

Il n'y a plus que 9 CLPS en 2004 (pas d'agrément sur la Province de Namur). La subvention de base a été majorée de 15.000 euros pour leur permettre d'assurer l'organisation et le suivi des conférences locales de promotion de la santé.

Promotion de la santé - programmes subventionnés Programmes à l'échelle locale

Organisme	Projet	Durée (année financée par rapport à la durée du programme)	Montant en €
AIGS	Projet de promotion de la santé destiné aux élèves de primaires et secondaires des écoles du canton de Waremme.	1/2	38.400
ALFA	Soutien aux parents toxicomanes et éducation à la parentalité	2/2	58.200
AVAT	Projet de mise en place de relais visant à réduire les risques associés à la consommation de psychotropes dans les établissements scolaires de l'arrondissement de Verviers	1/1	48.000
Centre de santé UCL	Promotion de la santé dans des quartiers défavorisés	2/2	50.000
Citadelle (La) Canal J	Prévention drogue milieux de vie des jeunes	1/3	76.800
Commune de Grez-Doiceau	Communication non violente dans les écoles maternelles et primaires	2/2	12.500
Coordination sida-assuétudes (Namur)	Programme annuel	3/3	70.000
CPAS de Charleroi	Programme d'actions préventives des toxicomanies et autres conduites à risque	1/5	88.689
CPAS de Chaudfontaine	Santé en 'Namont', mieux-être en aval	1/1	40.000
FPS Namur	Femmes en santé : communication de proximité dans le cadre du programme 'mammostest'	1/1	12.000
Hainaut Santé	Soutien à des projets PSE	1/3	50.000
ICAR	Médecine préventive et promotion de la santé auprès d'un public de jeunes prostitués masculins	2/3	62.000
Liège instruction publique	Liège écoles en santé	3/3	69.410
Maison médicale de Forest	Forest Quartiers Santé	4/5	77.823
Nadja	Prévention toxicomanies	1/3	60.000
Optima	Bien-être par le développement communautaire dans un quartier d'Ougrée	1/3	62.400
Pissenlits (Les)	Promoteurs-informateurs en santé à Cureghem	4/4	83.327,27
Service Education pour la Santé de Huy	Prévention sida hépatite MST	2/2	71.870
Sésame	Promotion relais santé en réduction des risques liés à une consommation de drogues	1/2	46.703
Sida-MST Charleroi	Programme 2004	3/3	55.000
Sidaction au Pays de Liège	Prévention sida et MST	1/3	57.600

Programmes à l'échelle de la Communauté française Wallonie-Bruxelles

Organisme	Projet	Durée (année financée par rapport à la durée du programme)	Montant en €
Aide Info Sida	Programme 2004	1/3	22.399,68
ANMC	Revue mensuelle Education santé	2/5	123.946,76
Centre d'éducation du patient	Promotion de la santé du (futur) nourrisson	1/3	111.090
Coordination éducation santé	Carnets de voyages, partir en projets avec des partenaires santé	1/5	158.400
Cultures & Santé	Actions auprès de publics fragilisés	1/3	131.213
Cultures & Santé	Jouons la santé	2/3	50.835,52
Educa Santé	Prévention des traumatismes	1/5	168.000
Espace P	Promotion de la santé dans les milieux de prostitution + vaccins hépatite B	1/1	198.500
Espace Santé	'Ça marche'	1/1	10.000
Eurotox	Observation assuétudes	5/5	106.191,19
Ex Aequo	Programme d'activités 2004	1/3	178.560
FARES	Réduction risques tabagisme	2/2	115.000
Fédération laïque planning familial	Promotion globale et intégrée de la santé sexuelle en milieu scolaire	1/2	96.000
Fédération des Maisons Médicales	Implantation de l'assurance de qualité	5/5	92.712,18
Handicap et Santé	Vie affective et sexuelle des personnes handicapées	2/2	98.000
Infor-Drogues	Promotion de la santé et prévention des assuétudes	5/5	114.866,92
Magenta	Programme ESA	1/1	50.000
Médiathèque	Activités de base	5/5	138.522,90
Méridien (Le)	Promotion de la santé mentale communautaire	1/3	34.080
Modus Vivendi	Programme annuel	3/3	248.000
Modus Vivendi	Projet expérimental analyses de pilules	2/2	48.000
Observatoire sida et sexualités	Programme d'activités pluriannuel	1/3	180.000
Observatoire sida et sexualités	Séminaires pour intervenants en éducation sexuelle et affective	2/2	35.090
Plate-forme prévention sida	Programme 2004 + campagnes médiatiques	2/3	540.184
Prospective Jeunesse	Programme annuel	1/1	111.552,09
Province de Liège			
Commission assuétudes	Diabolo-Manques	1/1	20.000
Psymages	Base de données audiovisuelles en santé mentale	1/1	7.450
Repères	Programme d'action et de recherche	2/3	115.464
UCL	Centre de référence sida	3/3	43.750
ULB	Centre de référence sida	3/3	43.750
Ecole de santé publique ULB	Recherche-action et médecine préventive en santé de la reproduction	2/2	35.011,75
ULg	Centre de référence sida	3/3	43.750
UNMS	Outilthèque-santé	1/5	100.000

Promotion de la santé - Politiques communales de santé

Commune	Projet	Durée (année financée par rapport à la durée du programme)	Montant en €
Anderlecht	Bus infos santé	1/2	15.000
Binche	Santé des mères de 18 à 25 ans et de leurs enfants	1/2	14.505,6
Charleroi	Dynamique santé dans un quartier (Dampremy)	1/2	24.000
Chastre	Sensibilisation dépendances	1/2	5.345
Durbuy	Analyse besoins et projets communautaires	1/2	24.000
Enghien	Création d'un centre de ressources	1/2	13.740,46
Jette	Insertion personnes âgées	1/2	8.820
Manage	Journée santé, diététique...	1/2	14.400
Mons	Plate-forme observation et action	1/2	24.000
Sacopar	Appui des communes en santé communautaire	1/2	120.000
Soumagne	Analyse besoins personnes âgées	1/2	17.760
Villers-le-Bouillet	Engagement d'un éducateur de rue pour partenariat avec habitants d'un quartier défavorisé	1/2	25.000

Par contre, les difficultés rencontrées par la mise en route du programme de dépistage du cancer du sein ont eu comme effet une légère diminution des dépenses prévues, de l'ordre de 100.000 euros (la campagne de promotion du programme a été reportée à 2005).

Bon an mal an, les programmes mobilisent un montant de l'ordre de 4.500.000 à 5.000.000 d'euros. Les projets à portée locale sont un peu moins nombreux que ceux à l'échelle de la Communauté française, et reçoivent en général des dotations moins importantes.

Le développement de la dimension 'municipale' de la promotion de la santé ces deux dernières années est confirmée par 11 nouveaux projets, les précédents s'étant terminés en 2003. Il serait intéressant de vérifier comment cette dynamique locale a pu se concrétiser sur le terrain communal à travers ces expériences ponctuelles et limitées dans le temps. Avis aux amateurs...

Christian De Bock, avec l'aide de Didier Lebailly, de l'Administration de la Santé de la Communauté française

Procédures d'examen des dossiers

Les **projets communautaires** sont examinés par l'Administration et par une commission du Conseil supérieur de promotion de la santé. Cette commission, présidée par **Martine Bantuelle**, par ailleurs présidente du Conseil, travaille en trois sessions par an. Chaque programme est l'objet d'une évaluation préliminaire par deux membres de la commission, et d'un débat.

Le secrétariat de la Commission 'programmes' est assuré par **Jacques Henkinbrant** (02-413 35 48).

La Ministre prend sa décision en s'appuyant sur les deux avis de son Administration et du Conseil. Ces derniers disposent d'un délai de 45 jours pour remettre leurs avis.

Les **projets locaux** sont examinés par l'Ad-

ministration et par la Commission d'avis des projets locaux (CAPL), composée de représentants des CLPS. Cette commission est présidée par **Marie-Paule Giot**, par ailleurs membre du Conseil supérieur de promotion de la santé. Cette commission travaille également en sessions. Chaque programme est l'objet d'une évaluation préliminaire par deux membres de la commission, et d'un débat.

Le secrétariat de la CAPL est assuré par **Didier Lebailly** (02-413 26 62).

La Ministre prend sa décision en s'appuyant sur les deux avis de son Administration et de la CAPL. Ces derniers disposent d'un délai de 45 jours pour remettre leurs avis.

Le public et le privé au service de la promotion de la santé

La question du partenariat entre les secteurs marchand et non-marchand dans le domaine de la prévention alimente régulièrement des débats passionnants. La Ministre de la Santé francophone est assurément moins frileuse que d'autres sur cette question. En témoigne le discours qu'elle a tenu récemment en apportant son appui à une initiative d'une firme pharmaceutique (le titre ci-dessus est de la rédaction).

"C'est un réel plaisir d'être parmi vous aujourd'hui pour la remise du Prix « Care for people ». Par ma présence, je tiens à souligner l'importance du travail de la Fondation AstraZeneca qui met l'accent sur la qualité de vie du patient, sur une meilleure prévention de la maladie et de ses complications. Son implication en matière de promotion active de la santé et d'information du grand public est à souligner.

En tant que Ministre de la Santé en Communauté française, ma présence aujourd'hui n'est pas le fait du hasard. Nous partageons ensemble cet objectif de promotion de la santé et de prévention. Des convergences existent entre les objectifs de santé publique de la Communauté française et ceux d'une firme pharmaceutique telle qu'AstraZeneca qui, à côté de son activité commerciale, développe la recherche scienti-

fique en santé et soutient des projets humanistes répondant à des besoins sociaux.

Permettez-moi de profiter de ma présence ce soir pour vous inviter à une réflexion sur les conditions de mise en place de partenariats privé-public. Au regard de ces objectifs communs de santé publique, et compte tenu des besoins immenses en matière de prévention, il me semble qu'il s'agit là d'une belle opportunité de collaboration. Ce type de partenariat peut donner une autre dimension aux actions menées en Communauté française, ils peuvent être un soutien important au développement de projets, ils apportent un intérêt pour chacune des parties. Je souhaite vraiment les valoriser.

Cette nouvelle dynamique doit également s'inscrire dans une valorisation de l'associatif dont les projets et actions précèdent bien souvent le politique et sont d'un réel intérêt.

De plus en plus, les entreprises, quel que soit leur domaine, tiennent aujourd'hui compte de leur responsabilité sociale et citoyenne. Nombre d'entre elles travaillent en ce sens.

Je citerai quelques exemples : au Québec, un fonds de partenariat sur la maladie d'Alzheimer a été créé grâce à une collaboration entre le Ministère de la Santé et trois compagnies pharmaceutiques. Chez nous aussi des initiatives existent : la FEVIA (Fédération de l'industrie alimentaire) a mis en place un code de déontologie

dans la publicité, dont l'objectif est la promotion d'une alimentation saine et équilibrée. Pharma.be a également mis au point un code de déontologie visant à réglementer la promotion des médicaments.

Les partenariats privé-public doivent effectivement être balisés afin qu'éthique et qualité restent les maîtres mots. Contrairement à ce que l'on pense, l'associatif et le privé ne sont pas si éloignés. Dialogue et partenariat peuvent être amorcés. C'est la raison pour laquelle je souhaite prochainement mettre en place une plate-forme de réflexion sur la possibilité de créer un code de bonnes pratiques régissant les partenariats entre le privé et le public. L'idée est lancée, l'intérêt du partenariat souligné, je suis ouverte aux propositions, aux idées!

Je pense que demain la promotion de la santé et le bien-être de nos citoyens pourront bénéficier de l'union entre public, associatif et privé. Après tout, ne dit-on pas que « l'union fait la force »? J'en suis personnellement convaincue!"

Catherine Fonck, Ministre de la Santé de la Communauté française

Intervention faite à l'occasion de la remise des "Care for People Awards 2005" de la Fondation AstraZeneca, qui s'est déroulée au Palais des Académies le 10 mai dernier.

Choisir de vivre dans la rue

Colette et Michel Collard-Gambiez vivent depuis plus de dix ans en couple parmi les plus démunis, en Belgique et en France. Une expérience pour témoigner mais aussi pour analyser et proposer des pistes d'action sociale et politique.

Aucune intention éducative ne sous-tend le projet. A part celle d'éduquer les nantis à regarder ces « prisonniers du dehors » qui ont besoin autant d'une aide matérielle que d'attention de la part de ceux qui arpentent leurs dérisoires territoires. Lettrés, animés par la foi, sans mimétisme ni fusion, loin d'une démarche de « colonisateurs qui nient la parole d'autrui et plaquent sur lui leurs perceptions », Colette et Michel Collard-Gambiez se posent comme « la voix des sans voix », des « ambassadeurs entre deux mondes ». Les propos de SDF (même si l'acronyme est réducteur et qu'on « ajoute, selon Camus, au malheur du monde en le nommant mal ») jalonnent les pages. Les analyses des auteurs aussi, sensibles, pertinentes.

Spirale

Ainsi sur l'émoi suscité par les décès dus au froid : *"Et quand le cœur de l'homme en été s'étiolait, qu'en avions-nous à faire ?"*. Ou sur les résistances à être pris en charge : *"Ils ont peur de quitter leurs repères et leurs habitudes pour affronter les contraintes d'une collectivité rappelant trop celles dont ils ont pu pâtir dans les foyers ou en prison. Peur d'être déplumés*

pendant leur absence du peu qu'ils ont. Et puis, celui qui est hors du monde finit par être hors de lui-même. Il y a comme un dédoublement, une délocalisation. Mon corps n'est plus moi. Il est là, à côté comme un objet. Récemment, Marjorie, une femme du quart monde nous écrivait : « Mon corps fait le con ». Ce n'est donc pas elle qui fait le con."

Passer des mois avec ces compagnons d'infortune permet aussi aux auteurs de décrire des « circuits » : rue, maison d'accueil, appartement lorsqu'ils parviennent, pour certains d'entre eux, à récupérer leurs enfants. Les sorties de la grande précarité sont malheureusement rares : "La plupart de temps, un processus d'identification au malheur entre en jeu. Puisqu'on ne parvient ni à surmonter les échecs ni à satisfaire ceux qui vous portent secours, il faut trouver une issue. Et l'issue, c'est que le malheur et vous, vous ne formez plus qu'un. L'identification complète à son propre malheur devient la seule manière d'exister lorsqu'on ne peut plus affronter tout ce qu'il faudrait faire pour changer la situation. Pour certains c'est même la haine de soi. Ils retournent contre eux le rejet extérieur. Comment ne pas pressentir l'immense tâche de déculpabilisation qui serait à entreprendre avant toute perspective d'insertion ? »

Croyances

"Et si les pauvres nous humanisaient", présenté sous forme de questions-réponses aborde aussi

quelques idées reçues. La zone guette-t-elle tout un chacun ? Pas vraiment, répondent les auteurs : *"Les diverses études et statistiques attestent que la majorité des personnes sans domicile proviennent d'un univers marqué par la grande pauvreté. S'imaginer que cela puisse arriver à tout le monde, comme on l'entend dire fréquemment aujourd'hui, c'est peut être un peu vrai, mais surtout très faux et indubitablement léger."* "Le froid n'est que l'arme du crime" écrivent-ils d'ailleurs. Autre idée combattue : la solidarité entre exclus. Un mythe qui nous arrangerait bien... Parmi les modifications sociales structurelles suggérées, on trouve les lieux de résidence, plutôt que ceux d'urgence. Des lieux de vie durables, familiaux, où chacun disposerait d'un espace à soi. Et du droit de revenir, même après avoir déserté l'endroit. Un « contrat de non abandon » serait établi. Une meilleure collaboration entre services serait bienvenue, pour éviter par exemple que des repas soient servis par une association à tel endroit pendant qu'à tel autre un abri de nuit ouvre ses portes. Avec ses places chichement comptées... Car il est une autre idée reçue à combattre, c'est celle que l'offre doit être minime pour éviter tout excès, toute installation dans l'aide sociale. Chaque année, des SDF paient de leur vie cette aberration.

V. J.

Et si les pauvres nous humanisaient, par Colette et Michel Collard-Gambiez, chez Fayard

Soin de soi, souci de soi

Un dossier de La Revue des Deux Mondes

On connaît la définition de la santé par Bichat : « État précaire qui ne présage rien de bon ». L'humour noir, en la matière, n'est pas la plus mauvaise approche. Elle tranche, en tout cas, sur l'effervescence et la fébrilité qui courent les unes de nos gazettes préférées. L'individu moderne du XXI^e siècle (entendons celui qui a la chance d'être né de ce côté-ci du monde) n'a jamais été aussi protégé, aussi assuré de vivre longtemps : cela ne l'empêche pas de connaître l'anxiété, l'angoisse propre à tout mortel. Il n'est même pas exagéré de dire que l'anxiété est inversement proportionnelle à la sécurité dont nous sommes les heureux bénéficiaires. De là l'idée d'un tel numéro : rien de plus partagé que le thème de la santé ; rien de plus démocratique en un sens et en même temps, rien de plus obscurément insaisissable, quasi sacré. Les anciens connurent-ils ce genre de paradoxe ? On peut le penser, en dépit de conditions qui n'étaient pas les mêmes. On verra, à la lecture

de ce numéro, combien la notion de santé évolue au fil du temps sans que pour autant l'enjeu en soit modifié : se soigner, prendre soin de soi. Les médiévaux ne font guère la différence entre un être malade et un être sain : être sain, c'est aussi être un peu malade, sinon, comment pourrait-on se sentir en forme ?

Il n'est pas nécessaire d'attendre d'être malade pour prendre soin de soi. Dans une de ses lettres, **Plinie le Jeune** évoque sa santé comme s'il s'agissait d'un entraînement de gymnastique ; quant à être malade, qui ne l'est pas ? Le vrai malade est l'homme qui ne l'est jamais : entre dégradation et recomposition, le corps vit son aventure, l'aventure du vivant. Réfléchir sur la santé aujourd'hui, à l'heure du grand débat sur l'assurance-maladie et la manière convenable de recourir au médicament, c'est peut-être surtout cela : **retrouver le sens de la vulnérabilité**, seul véritable centre de gravité de l'être humain. Le philosophe **Gilles Deleuze** parlait de « l'irréductible petite santé de l'écrivain », une manière

d'opposer ce sens du vulnérable aux fantasmes de perfection organique qui font florès dans les cabinets de lifting...

Les épreuves récentes (on peut penser à la canicule d'il y a deux ans) ont montré avec une incontestable crudité à quel point le raffinement machinique n'était pas séparable de cette attention portée à la fragilité des corps. Qu'on l'appelle « éthique » ou de quelque autre nom, il s'agit bien d'un enjeu de responsabilité, celle de la communauté humaine à l'égard d'elle-même. Tous ceux qui ont participé à ce numéro en témoignent : la santé n'est pas un problème mais l'expérience même de la vie. Si la santé devient un problème, c'est parce que vivre tout court est devenu problématique. On se trouve là à mi-chemin de la médecine et de la philosophie. Tel était bien l'objectif.

La Revue des Deux Mondes, Soin de soi souci de soi, mai 2005, 11 euros.

Référence : 97 rue de Lille, 75007 Paris.

Site internet : www.revuedesdeuxmondes.com

La dépression au féminin

Psychanalyste français responsable d'une Unité de soins spécialisée dans la dépression, La Belle Etoile dans le Jura, **Moussa Nabati** livre aux Editions Fayard ses constats sur celle qu'il ne nomme pas « maladie » mais « chance de guérir le Moi ». Avec, à la clé, des portraits de patientes.

Selon Moussa Nabati, les femmes, deux fois plus nombreuses que les hommes dans sa patientèle, surmontent mieux leur dépression. Elles expriment davantage leur ressenti et une demande d'aide. « Les femmes acceptent mieux le manque, explique-t-il. Elles connaissent tôt la perte dans leur vie. Les règles, c'est de ce registre-là. Avoir un enfant aussi, c'est être dans la séparation. » Un autre exemple où femmes et hommes se montrent différents dans l'épreuve ? « Une femme frigide va en souffrir mais continuer à se sentir femme. Un homme impuissant, lui, peut en arriver au suicide. D'ailleurs, ce personnage fondateur de la Vierge Marie, ce n'est pas un hasard. On peut être une femme et ce sans homme. »

Culpabilité et expiation

A la dépression réactionnelle, Moussa Nabati préfère l'idée de la culpabilité des innocents et de l'expiation. Explications : « On va trouver de la culpabilité chez ceux et celles qui ont vécu des difficultés, un traumatisme dans l'enfance. Ils se disent, cela peut être inconscient, que s'ils avaient été plus aimables leur sort aurait été différent. Ce seront des êtres gentils, serviables, trop. Comme s'ils jouaient toujours la possibilité de se refaire aimer. Leur agressivité est muselée. Je parle de cette saine agressivité qui permet de cultiver son identité, de ne pas être dans la fusion dans le désir d'autrui. »

Quant au mécanisme d'expiation qui s'active, il mène à échouer dans des projets, à prendre mal soin de soi. A être boulimique, à présenter des comportements à risque, à fuir dans le travail.

En guise de traitement, Moussa Nabati propose un vrai retour sur soi (même si des médicaments peuvent être nécessaires). Il en appelle à une prise de conscience chez tous les soignants susceptibles d'intervenir autour de la personne déprimée :

« Certains devraient réaliser que, chez eux aussi, une culpabilité se manifeste, qui conduit à vouloir faire le bien d'autrui à tout prix. La culpabilité n'est donc pas que négative... »

Société déculpabilisatrice

Notre société brimerait l'expression de la culpabilité, chemin nécessaire vers la déculpabilisation et l'épanouissement : « Le droit à l'IVG, à vivre son homosexualité est important. Mais une femme qui a vécu un avortement est une femme qui n'a pas pu mener une grossesse à terme. Un tel impouvoir mène à la culpabilité. Etre homosexuel, c'est aussi un deuil à faire, celui de l'enfantement. Notre société bloque l'expression émotionnelle relative à cette culpabilité. Je ne connais pas, sous couvert de déculpabilisation, de société plus répressive que la nôtre. La vraie déculpabilisation, c'est quand on peut assumer sa culpabilité. »

V. J.

Moussa Nabati, *La dépression*, Editions Fayard.

DONNÉES

Santé des jeunes d'âge scolaire (7)

Drogues : l'éducation, clef de voûte de la prévention

La consommation de drogues, essentiellement le cannabis, par des jeunes inquiète et suscite bien des débats, parfois houleux. L'enquête PROMES-ULB sur la santé et le bien-être des jeunes le montre: la consommation régulière de cannabis augmente et les jeunes sont aussi nombreux à être attirés. Bref, on assiste à une banalisation du cannabis, dont la consommation augmente très fortement avec l'âge.

Les jeunes de 17 ans sont 10 fois plus tentés d'essayer que ceux de 13 ans, et 7 fois plus consommateurs réguliers. Ici aussi, comme généralement dans les conduites à risque, les garçons franchissent plus souvent le pas. Enfin, la différence entre le type d'enseignement est aussi clairement marquée pour les consommateurs réguliers (au moins une fois par semaine) : 67 % de plus dans le technique que dans le général, et 72 % de plus dans le professionnel. Les chiffres de cette enquête montrent surtout le boom entre 1994 et 1998, et la continuité entre 98 et 2002 : les jeunes sont plus de 2 fois plus nombreux à fumer régulièrement du cannabis

qu'il y a 10 ans... En fin de secondaire, un garçon sur 10 est fumeur quotidien! Heureusement, les jeunes sont un peu moins tentés de prendre leur premier joint aujourd'hui qu'en 1998.

Des constatations qui ne valent pas pour l'ecstasy, qui tente moins les jeunes (de 6 % qui ont tenté l'expérience en 1998, on est repassés à 4 % en 2002) et « seulement » 1 % de consommateurs hebdomadaires.

Pas d'actions musclées

Philippe Bastin, Directeur d'Infor-Drogues, veut voir plus loin que des chiffres et s'inquiète davantage de leur utilisation. « Il est vrai que ce type d'études permet de voir l'évolution des comportements. Par ailleurs, en termes de prévention, ils permettent de connaître les populations sur lesquelles il faut centrer les actions, comme les jeunes de l'enseignement professionnel et technique. Mais j'ai des appréhensions sur les réponses que ces chiffres, présentés comme inquiétants, peuvent entraîner. Très souvent, elles sont pensées en termes de jugement, de sanction, avec des résultats visibles mais pas nécessairement efficaces. Elles donnent ainsi un message politique à un public qui est déjà

dépassé, paralysé, impuissant et qui sera rassuré par des mesures policières, sécuritaires, souvent démagogiques et catastrophiques comme des descentes dans les écoles... Ces méthodes sont utilisées depuis 30 ans et n'ont jamais rien résolu. »

Contrairement à ces actions musclées, Philippe Bastin préconise la méthode qui revient de manière récurrente en matière de prévention, certes moins percutante : l'éducation. « Il ne faut pas se contenter d'informer, de produire des affiches, d'imaginer des projets pour mobiliser les jeunes ou les professeurs. Il faut travailler la prévention sur le long terme, à chaque âge des jeunes, les éduquer à ce rapport à la vie qui peut passer par des substances. Il faut intégrer cette réalité que sont les drogues dans la problématique de la consommation au sens large : télévision, alimentation, jeux vidéo et informatiques, mode... et les aider à se poser des questions simples comme 'pourquoi est-ce que je consomme ?' Il faut apprendre aux jeunes à être acteurs, en leur apprenant à analyser de manière critique les médias, les habitudes de consommation, etc. Tout en les aidant à développer l'estime d'eux-mêmes, leur confiance en eux et les aider à gérer les épreuves. Un message qui n'est pas facile, parce qu'il implique une remise

en question tant du milieu scolaire que des parents. On préfère tous des remèdes miracles », poursuit-il. Lutter contre le « tout, tout de suite » et apprendre à vivre avec des manques, voilà une première piste qui pourrait donner des armes aux jeunes pour ne pas tomber dans des excès.

Du débat citoyen

Philippe Bastin prône l'implication des jeunes dans des débats constructifs autour de sujets de la vie de tous les jours. Et pour ce faire, l'école constitue un excellent terrain d'action, car elle inclut moins l'aspect passionnel (que peuvent apporter les parents, trop impliqués émotionnellement dans leur relation avec leurs enfants) et parce qu'elle fait communiquer de nombreux jeunes qui vivent les mêmes réalités.

« Il faut aider l'école à prendre ses responsabilités, aider les responsables pédagogiques pour que les jeunes puissent débattre de ce type de sujets dans un contexte d'ouverture. Sujets qui, dans l'école, sont souvent sulfureux : les professeurs ne savent pas jusqu'où ils peuvent aller, ce qu'ils peuvent dire. Pourtant la discussion ne sera efficace que si elle est adaptée à l'âge, sans tabous, avec des adultes. Chaque jeune pourrait s'y exprimer et, sur base des discussions, réfléchir en aparté à sa propre situation, ses propres motivations. Est-ce qu'il fume du cannabis parce que son père le lui interdit? parce qu'il veut faire

comme les autres? pour se sentir plus sûr de lui? »

Mais cette éducation basique n'appartient-elle pas finalement aux parents ? Ne sont-ils pas démissionnaires ? « Les parents ne savent plus quoi dire. Ils ont de plus en plus de choses à gérer et la famille est de plus en plus soumise aux pressions de tous ordres : l'avenir des enfants, leur épanouissement, les soucis du travail, le stress de la performance exigée dans tous les domaines, le bien-être matériel, les soucis financiers, etc. Il n'est pas facile de s'adresser aux parents et d'organiser des programmes de conscientisation à leur attention. Par contre, il est plus facile d'intégrer ces programmes dans l'école, puisque les jeunes la fréquentent. En plus, une partie de la mission d'enseignant est d'éduquer, même si certains sont réticents à cette idée. »

Philippe Bastin plaide donc pour une école ouverte aux questionnements des jeunes et pour qu'elle laisse une place au dialogue, en instaurant dans les grilles horaires un cours récurrent pour traiter des questions de société, dont la drogue.

Réduction des risques

Le discours qui peut avoir un impact sur les jeunes est celui qui les implique dans leur vie quotidienne : « Dire que boire de l'alcool, fumer ou prendre de la drogue n'est pas bon pour la santé, ça ne leur parle pas. Par contre, si vous les amenez à réfléchir sur les conséquences directes de cette prise de substances, vous avez plus de chances de les inté-

resser : relations sexuelles non protégées lorsque l'on est sous influence, avec le risque de contracter le virus du sida ou de subir une grossesse non désirée, par exemple; le viol et les relations non désirées; le handicap après un accident de voiture; la diminution des performances scolaires ou sportives... Cela va plus les intéresser car ces questions touchent à leur quotidien et qu'ils peuvent en mesurer immédiatement l'impact. Cette méthode est particulièrement à recommander pour les jeunes de l'enseignement professionnel et technique, qui vivent pour un certain nombre dans un milieu plus dur dont il faut tenir compte parce qu'il les expose davantage aux risques. Parallèlement à un travail axé sur l'éducation et la promotion de la santé, il faut aussi développer un travail plus axé sur la réduction des risques, adapté aux jeunes que l'on a en face de soi », conclut-il.

Ce dialogue constructif nécessite bien entendu une formation spécifique des éducateurs, donc des moyens. Ainsi qu'une adaptation des grilles horaires, pour un travail qui pourrait éventuellement payer dans plusieurs années.

Carine Maillard

Référence : D. Piette, F. Parent, Y. Coppeters, 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.

COMMUNICATION

Cannabis : quelle réalité ?

Le gouvernement français vient de lancer en février 2005 une très large campagne médiatique de prévention intitulée « Le cannabis est une réalité » (la campagne ainsi que l'ensemble du dispositif sont détaillés sur le site www.drogues.gouv.fr). En lien avec cette campagne, le gouvernement a créé une ligne téléphonique spécifique « Ecoute cannabis », édité des millions de brochures d'information pour les jeunes et les parents et, enfin, ouvert 220 centres de consultations « cannabis » sur l'ensemble du territoire.

Le dispositif médiatique

Nous limiterons le présent article à l'analyse des messages télévisuels pour les jeunes.

Le dossier de presse stipule que « la campagne est destinée en priorité aux jeunes âgés de 15 à 25 ans, période d'expérimentation et à risque d'usage nocif. Elle a pour objectif d'informer des conséquences sanitaires et sociales en la confrontant à l'image que s'en font les jeunes. Elle alerte sur les risques aujourd'hui bien établis de la consommation de cannabis. Cette confrontation pourra alors ame-

ner chaque personne concernée à s'interroger sur sa consommation ou sur celle de son entourage et à amorcer une motivation à changer de comportement ou demander de l'aide. »

Mentionnons l'ampleur du dispositif médiatique : six spots TV diffusés sur les chaînes hertziennes (TF1, France2, France3...) ainsi que sur les chaînes câblées dédiées aux jeunes (MCM, RTL 9, MTV...) ainsi que huit spots radios... Des annonces 'pleine page' à destination des parents dans plusieurs titres de la presse écrite nationale. Le coût est de quelque 4 millions d'euros. Bref, difficile d'y échapper y compris pour les publics non directement visés par la campagne.

Que disent les spots destinés aux jeunes consommateurs ?

Le principe est identique pour les six spots. Chaque film est construit sur la confrontation d'un mythe (« l'image que s'en font les jeunes ») et d'une réalité sur le cannabis. Une voix-off féminine commence par énoncer le mythe puis un témoignage vient contredire cette idée reçue. La voix-off clôt le témoignage en souli-

gnant trois effets négatifs puis elle rappelle la signature de la campagne, « Le cannabis est une réalité » et mentionne le n° de la ligne écoute cannabis. Cela donne :

Spots 1 & 2 : « Avec le cannabis on capte tout »; témoignage du vécu scolaire d'un consommateur : « déconcentration, perte de mémoire, difficultés scolaires : le cannabis est une réalité »; Spot 3 : « Avec le cannabis on se sent super bien »; témoignage d'un malaise d'un consommateur : « malaise, angoisse, bad trip: le cannabis est une réalité »;

Spot 4 : « Avec le cannabis on se fait plein d'amis »; témoignage : « isolement, repli sur soi, perte de motivation : le cannabis est une réalité »;

Spot 5 : « Avec le cannabis on s'ouvre aux autres »; témoignage : « isolement, repli sur soi, perte de motivation : le cannabis est une réalité »;

Spot 6 : « Le cannabis c'est pas vraiment une drogue »; témoignage : « dépendance, repli sur soi, isolement : le cannabis est une réalité ».

Analyse de la stratégie

Si les effets décrits sont basés, nous dit le dossier de presse, sur des témoignages réels, ceux-ci ont été recueillis par des professionnels dans des services d'aide spécialisés. Or, le nombre de consommateurs réguliers serait en France de 850.000 (10 usages ou plus au cours du dernier mois). Sur ce total, 42.000 ont été reçus en consultation. Notons enfin que seuls 10.578 ont été effectivement pris en charge dans des services d'aide spécialisés¹. Soit une proportion de 1,2 % des consommateurs « réguliers ».

Dès lors, les témoignages à la base de la « réalité » décrite (déconcentration, perte de mémoire, difficultés scolaires, malaise, angoisse, bad trip, isolement, repli sur soi, perte de motivation) sont ceux d'une toute petite minorité. La question sera donc de savoir si une telle présentation de la réalité sera crédible aux yeux du public visé, public davantage encore constitué de consommateurs « expérimentateurs » et « occasionnels » que de consommateurs « réguliers », et encore moins composé de consommateurs « problématiques ». Si une campagne de prévention de la consommation d'alcool destinée au grand public faisait témoigner un alcoolique, un SDF, une personne atteinte d'une cirrhose et un chauffard, le public n'accepterait sans doute pas ce type de message. En effet, d'une part, en tant que consommatrice d'alcool elle-même, une grande majorité du public se rend compte que l'individu ne peut être réduit à un alcoolique du simple fait qu'il boit un verre. D'autre part, boire de l'alcool comporte souvent un sens social (convivialité, désinhibition...). Ainsi, la consommation d'alcool ne peut être réduite ni à la dépendance alcoolique, ni à une simple question de santé.

Dès lors, quelle sera l'attitude des consommateurs de cannabis face aux messages gouvernementaux ? Après les avoir entendus, les considéreront-ils comme crédibles ? Auront-ils envie de téléphoner à la ligne « Ecoute cannabis » ? Et pour lui dire quoi ?

Cette campagne ne risque-t-elle pas d'avoir pour effet une certaine indifférence dans le chef des consommateurs ou, pire, le renforcement de la

défiance et du discrédit à l'égard du discours des autorités ? Or, à l'égard de cette méfiance instinctive et quasi-systématique des jeunes vis-à-vis des informations et des messages émis par la société adulte en matière de drogues, cela fait belle lurette que les intervenants et experts recommandent d'autres stratégies d'information des jeunes et des campagnes suscitant la confiance des premiers intéressés plutôt que l'inquiétude.

Le public vraiment concerné par cette campagne ? Les parents

Par contre, un public qui ne possède pas ou plus² d'expérience personnelle et/ou culturelle de ce produit, se trouve dans une position tout à fait différente. Le message peut lui paraître crédible car soutenu par l'autorité publique et intégré dans un dispositif, à ses yeux, cohérent. Le message touche directement les parents en mettant en scène de jeunes adolescents (leurs enfants) fragiles, attachants et pris au piège³. De plus, l'ampleur de la campagne et les moyens déployés provoquent d'emblée un effet d'adhésion pour les parents, surtout s'ils sont à court de moyens et d'arguments : « L'Etat prend les choses en mains ». Il ne nous étonnerait dès lors pas du tout que le public des parents ait été extrêmement mobilisé par cette campagne⁴.

La question importante à ce stade-ci est de savoir si les informations contenues dans les messages vont induire un dialogue de qualité entre les parents et leurs enfants. A ce sujet, rappelons que les spots (mais aussi la brochure destinée aux parents, qui s'intitule d'ailleurs « Cannabis : les risques expliqués aux parents ») décrivent les effets « réels » du cannabis unilatéralement négatifs. La campagne présente le discours des consommateurs comme des « idées reçues » à contredire. En cas de tentative de dialogue, parents et enfants pourront-ils sortir de ce débat des 'vrais et faux effets' pouvant très vite tourner en rond ?

Or, il est primordial à propos de questions à grande valeur éducative, qu'un dialogue de qualité puisse s'établir entre les différents acteurs. En effet, il ne s'agit plus seulement de dire « je sais » mais aussi « je t'écoute ».

Parodie

La Fédération des collectifs d'information et de recherche sur le cannabis (CIRC) a réalisé une parodie de la campagne gouvernementale sous le slogan 'Le cannabis c'est trop mortel'.

A voir sur le site www.circ-asso.net!

A ce propos, une question importante est celle du sens. Quel sens le consommateur donne-t-il à son comportement ? Poser la question du sens bien avant la question des effets permet de se mettre à l'écoute. Les effets (imaginaires ou réels) pourront alors être abordés dans un contexte moins dramatique et dans une optique de « recherche de solutions alternatives ».

En conclusion, aborder un comportement aussi intime (car en lien, notamment, avec la question du plaisir) et complexe que l'usage de cannabis par le biais d'une campagne massive attaquant de front les croyances des jeunes fera-t-elle mouche ou mouchera-t-elle son promoteur ? L'évaluation, qualitative et quantitative, de l'action par les autorités françaises apportera sans doute des éléments de réponse à cette question.

Pour Infor-Drogues,
Antoine Boucher et Philippe Bastin
Adresse des auteurs :
rue du Marteau 19, 1000 Bruxelles

1 Tous les chiffres sont extraits de « Le cannabis est une réalité », dossier de presse, MILDT, février 2005.

2 Bon nombre d'adultes, fumeurs de cannabis dans leur jeunesse, deviennent en quelque sorte amnésiques lorsqu'ils sont parents d'adolescents et nourrissent parfois les pires inquiétudes à l'égard de leurs enfants consommateurs potentiels ou avérés de cannabis.

3 Les caractéristiques des jeunes témoins renforcent cette perception de victimes : jeunes (voire très jeunes), filmés très près des yeux (yeux très mobiles, apeurés), pas du tout violents (certains sourient).

4 De fait, il apparaît, selon des résultats encore très partiels de la campagne, que c'est l'entourage plutôt que les jeunes qui a le plus appelé la ligne téléphonique « Ecoute cannabis ». *Le cannabis est une réalité* in Revue Toxibase n° 17, premier trimestre 2005, p.44.

BRÈVES

Estime de soi

Liège

11 et 18 août 2005

Le Planning familial "Le 37" organise deux journées de formation ouvertes à tous sur le thème "Et si on communiquait vrai ?" Sous forme de jeux de rôles et d'exercices individuels et collectifs, il s'agit d'acquérir des outils efficaces pour améliorer sa relation aux autres et pour s'affirmer de façon plus adaptée.

Dates : les jeudis 11 et 18 août 2005 de 9h30 à 16h30.

Lieu : Le "37", rue Saint Gilles 29, Liège.

Prix : 20 € pour les deux journées.

Inscriptions indispensables au 04 223 77 89.

Travail social et nouvelles technologies

Eben Emael

23 au 26 août 2005

L'Association interrégionale de guidance et de santé organise son université d'été 2005.

Au programme :

- mardi 23 août - intelligence artificielle et développement durable
- mercredi 24 août - intelligence artificielle et lien social
- jeudi 25 août - quand les nouvelles technologies se font réseau
- vendredi 26 août - forum.

Lieu : Moulin du Broukay, chemin du Broukay à 4690

Eben Emael. Prix : 62 € pour la totalité de la session.

Renseignements et inscriptions : Direction AIGS, rue Vert-Vinàve 60, 4041 Vottem. Tél.: 04 228 89 89.

Fax : 04 227 73 65. Courriel : aigs.mg@aigs.be

Formation

Liège

De septembre 2005 à janvier 2006

Le CERES (Centre d'enseignement et de recherche pour l'environnement et la santé) de l'Université de Liège organise un nouveau cycle de formations intégrées en communication pour la santé (CAPS) et l'environnement (ECOCOM).

Ces formations gratuites, d'une durée totale de 19 semaines, sont destinées à des personnes sans activité professionnelle. Elles sont organisées avec le soutien du Fonds social européen, du FOREM, de la Région wallonne et de la Communauté française.

Séance d'information le vendredi 2 septembre 2005 (14h). Séance de sélection le lundi 5 septembre 2005 (10h). Début de la formation le 12 septembre.

Renseignements : CERES, Université de Liège, Val Benoît, rue A. Stévant 2 bât C1, 4000 Liège. Tél. 04 366 90 60.

Fax 04 366 90 62. Courriel : steceres@ulg.ac.be.

Site : www.ste.fapse.ulg.ac.be/ste/ceres/index.html

Tabagisme

Paris

18 au 21 septembre 2005

2^e Conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac.

Tout renseignement et inscription sur le site : www.cifcot.com

Formation

Liège

Du 19 septembre 2005 au 3 février 2006

CERISE (Centre d'Education Relative aux Interactions Santé et Environnement) organise une session de formation gratuite, s'adressant à des demandeurs d'emploi, formés ou expérimentés dans le domaine éducatif.

La formation permet de devenir intervenant en santé et en environnement, d'acquérir des compétences en TIC et de mettre sur pied des projets éducatifs.

Séance d'information : le lundi 12 septembre 2005 à 14h aux Rivageois, Haute Ecole Charlemagne, 6, rue des Rivageois, à 4000 Liège.

Pour tout renseignement : tél. 04 254 76 21,

fax 04 254 76 20, courriel formation_cerise@hotmail.com ou site www.formation-cerise.be

Sexualité

Bruxelles

De septembre 2005 à juin 2006

L'asbl Repères organise une série de 10 ateliers mensuels d'échanges de pratiques intitulés "Parler de sexualité", destinés en priorité aux professionnels de l'aide à la jeunesse.

Objectif : mieux comprendre les enjeux de la vie affective et sexuelle des jeunes et pouvoir aborder plus facilement ces questions avec eux.

Les dates : 22 septembre, 20 octobre, 17 novembre, 15 décembre 2005, 19 janvier, 23 février, 23 mars, 27 avril, 18 mai et 15 juin 2006. Présence requise à l'ensemble des ateliers. Coût : 60 €.

Informations et inscription : 010 45 73 31.

Promotion de la santé

Bruxelles

A partir de septembre 2005

L'asbl Repères organise une formation en promotion de la santé en collaboration avec le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles. Le module comporte 4 jours de formation, suivis de 6 ateliers mensuels d'échanges de pratiques. Il est destiné aux professionnels qui développent une pratique en promotion de la santé : PSE, PMS, planning, éducateurs, travailleurs sociaux...

Dates : 23 septembre, 7 octobre, 21 octobre, 28 octobre 2005. Ateliers : 25 novembre, 16 décembre 2005, 13 janvier, 10 février, 17 mars et 5 mai 2006.

Coût : 60 € pour la formation et 40 € pour les ateliers. Informations et inscription : 010 45 73 31.

Inégalités

Rennes

27 et 28 septembre 2005

L'École nationale de santé publique et Cap'Com, forum national de la communication publique, organisent le 2^e colloque national Cap'Com Santé sur le thème "Inégalités de santé : enjeux et stratégies de communication", ou comment communiquer sur les thèmes de prévention et d'éducation à la santé en direction des publics vulnérables, fragiles, éloignés de l'information pour des raisons diverses. Contacts : Dominique Mégard, Cap'Com, tél. 04 72 65 64 99, courriel contact@cap-com.org. Lilian Madelon, ENSP, tél. 02 99 02 28 61, courriel lilian.madelon@ensp.fr

Milieu carcéral

Tihange

6 octobre 2005

Pour ses 20 ans, le Service Education pour la santé ASBL organise une journée de réflexion sur le thème "Prison en santé : une question de santé publique ?" Lieu : Centre d'économie sociale de Huy - Centre Nobel (Tihange).

Tables rondes suivies de débats réunissant des spécialistes des questions de santé en prison. Le SES est actif en milieu carcéral depuis plusieurs années et intervient dans toutes les prisons de la Communauté française.

Renseignements : tél./fax 085 21 25 76.

Courriel : ses.hesbayecondroz@tiscal.be.

Environnement

Bruxelles

Avant le 18 octobre 2005

A la recherche d'une idée originale et vivante pour contribuer, à l'école, à l'amélioration de l'environnement ? Pour la septième année, l'appel à projets *En route pour une école en développement durable* est reconduit à l'attention des écoles fondamentales et secondaires de Bruxelles-Capitale. En répondant à cet appel à projets, l'école recevra un suivi personnalisé et des conseils pratiques, et, selon le projet, des outils pédagogiques, du matériel concret, des animations gratuites, une formation pour les enseignants et un soutien financier. Nouveauté : des projets "clés sur porte" sont proposés aux enseignants qui souhaitent être accompagnés et guidés de A à Z.

Date de rentrée des dossiers de candidature : le 18 octobre 2005.

Renseignements : Réseau Idée, rue Royale 266, 1210 Bruxelles. Contact : Dominique Willemssens, chargée de mission, tél. 02 286 95 72, courriel dominique.willemssens@reseau-idee.be.

Info aussi sur le site <http://www.reseau-idee.be/bruxelles>

Formation

Novembre et décembre 2005, mars et mai 2006

Le Centre d'Education du Patient asbl, en partenariat avec l'ONE et avec le soutien de la Communauté française, organise en 2005 et 2006 des journées de formation intitulées *Pratique de l'empowerment dans la relation éducative ou Comment permettre à chaque professionnel de retrouver le pouvoir sur son bien-être, sa santé et sa vie pour mieux le communiquer aux autres ?* Ces journées sont destinées aux professionnels de la petite enfance, aux acteurs de prévention, éducation et promotion de la santé. Dates : Louvain La Neuve : 8,15 et 22/11/05; Liège (ou environ) : 2, 9 et 16/12/05; Gembloux : 7, 14 et 21/03/06; Mont-sur-Marchienne : 5, 12 et 19/05/06. Inscriptions : 082 61 46 11, cep_godinne@skynet.be

Emploi - demande

Diététicienne, licenciée en éducation et promotion de la santé, je recherche un emploi dans le domaine de la santé privilégiant la communication, l'éducation, la réalisation, animation et évaluation de projet en santé. J'ai une expérience en communication à travers la réalisation de brochures, conférences sur la santé, formation du personnel. Magali Castro, rue du Bois 69, 7140 Morlanwelz. Tél.: 0475 33 74 23.

Emploi - offre

La Consultation ONE (0 à 6 ans) de la rue F. Sterckx 38, 1020 Bruxelles, recherche pour sa consultation du mercredi de 9 à 11h, un(e) pédiatre ou médecin généraliste. Tél.: 02 478 49 98 ou ONE, M^{me} Gomand 02 545 76 37.

Moniteur belge

Cela nous avait un peu échappé, mais la Communauté germanophone s'est à son tour dotée d'un décret relatif à la promotion de la santé (1^{er} juin 2004, publié le 20 décembre 2004). Ce texte prévoit de mettre à jour tous les deux ans les points forts de la promotion de la santé dans la région de langue allemande, sur proposition d'un Conseil consultatif. Il permet aussi le subventionnement d'organismes et le financement de projets qui correspondent aux priorités de la Communauté.

Who's who

L'édition 2005 du dépliant 'Promouvoir la santé - des structures pour vous aider' vient de sortir. Vous y trouverez les infos pratiques sur les 9 Centres locaux de promotion de la santé et leurs antennes et sur les 4 Services communautaires de promotion de la santé, ainsi que les contacts utiles au Cabinet de la Ministre Catherine Fonck et à l'Administration (DG Santé). Renseignements : Didier Lebailly, 02 413 26 62. Courriel : didier.lebailly@cfwb.be

VOUS POUR VOUS

Education Santé en fête

On n'a pas tous les jours l'occasion de célébrer son numéro 200!

Le 10 juin dernier, nous avons joint l'utile à l'agréable en organisant une matinée d'études sur des questions éthiques en matière de promotion de la santé et de prévention.

Une petite centaine de personnes nous ont fait l'amitié d'y participer : qu'elles en soient remerciées.

Si vous n'étiez pas des nôtres, rassurez-vous. Nous publierons avant la fin de l'année un numéro spécial qui reprendra les textes des conférenciers, que nous enverrons à tous les abonnés.

Voici quelques instantanés du jour.

Et rendez-vous fin 2009 ou début 2010 pour la 250^e!



L'auditoire don Helder Camara, dans les locaux du Mouvement ouvrier chrétien, était le lieu idéal pour cette matinée de réflexion.



Aldo Greoli (directrice Département socio-éducatif ANMC) rappelle les valeurs de solidarité et d'émancipation des citoyens qui unissent les mutualités chrétiennes et socialistes.



Thierry Poucet, le modérateur du jour, ne sort jamais sans ses aphorismes de Cioran...

Depuis l'intervention de Christian Léonard, nous savons que le PIB est le pire ennemi de la santé publique!



Philippe Lecorps (enseignant, comme il dit lui-même) en pleine démonstration à la tribune.

Antoine Lazarus en aparté avec Karin Rondia après sa conférence : c'est promis, il reviendra sous peu en Belgique!



Aucun doute : le secteur de la promotion de la santé est très féminin (de gauche à droite : Bernadette Lambrechts (Cabinet C. Fonck),

Chantal Leva (Centre liégeois de promotion de la santé) et Martine Bantuelle (Educa-Santé)



L'équipe d'Education Santé, une fois le 'devoir' accompli (de gauche à droite : France Gerard (renfort Infor Santé pour l'occasion), Carole Feulien, Maryse Van Audenhaege et Christian De Bock.

(photos : Danielle Beeldens)

Sommaire

Initiatives

Une convention pour réguler consommation et publicité pour l'alcool	2
Jeunes, pub et alcool : une loi, pas une convention privée!, une réaction du Groupe-porteur "Les jeunes et l'alcool"	3
Prise en charge de patients alcooliques, par Véronique Janzyk	4
Obésité : agir sur tous les plans, par Carine Maillard	5
Grande misère de la santé bucco-dentaire en Belgique	8
Les maladies bucco-dentaires dans le monde ONE : répondre aux besoins des familles, par Christian De Bock	10
Cannabis : un bon Vaudeville, par Christian De Bock	10
Une prévention pavée de bonnes intentions, par Serge Zombek	11

Stratégie

Les dépenses de santé de la Communauté française en 2004, par Christian De Bock et Didier Lebailly	12
Le public et le privé au service de la promotion de la santé, par Catherine Fonck	14

Lu pour vous

Choisir de vivre dans la rue, par Véronique Janzyk	15
Soin de soi, souci de soi, un dossier 'santé' de la Revue des Deux Mondes	15
La dépression au féminin, par Véronique Janzyk	16

Données

Drogues : l'éducation, clef de voûte de la prévention, par Carine Maillard	16
----------------------------------------------------------------------------	----

Communication

Cannabis : quelle réalité ?, par Antoine Boucher et Philippe Bastin	17
---------------------------------------------------------------------	----

Brèves

18

Vu pour vous

20

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, christian.debock@mc.be).

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

Journalistes : Véronique Janzyk, Carine Maillard.

Responsable des rubriques Acquisitions, Brèves,

Documentation, Lu pour vous, Matériel et Vu pour vous : Maryse Van Audenhaege (02-246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

Documentation : Maryse Van Audenhaege.

Site internet : Maryse Van Audenhaege.

Contact abonnés : Carole Feulien (02 246 48 52, carole.feulien@mc.be)

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 et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Tirage : 2.800 exemplaires.

Diffusion : 2.600 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires :

Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Tél.: 02-246 48 52. 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).



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