



La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation en pages 13 à 17

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

Editeur responsable : Edouard Descampe, chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40 - 1031 Bruxelles. Photo © Isopix / Haley / SIPA

L'interdiction de fumer sur le lieu de travail est devenue réalité

Depuis le 1^{er} janvier 2006, plus aucune entreprise n'y échappe: l'interdiction de fumer dans les lieux de travail clos, qu'ils soient situés dans l'entreprise ou en dehors, les lieux de passage fermés ou les pièces collectives, est entrée en vigueur. Mais depuis le 1^{er} avril 2005, les entreprises étaient déjà invitées à réfléchir à la façon la plus adaptée de mettre cette législation en application. Pour les y aider, le FARES a mis en place un outil d'aide très pratique.

La gestion du tabagisme sur les lieux de travail se pose avec plus ou moins d'acuité dans la grande majorité des entreprises. Car lorsque les fumeurs se heurtent aux non-fumeurs, les uns arguant de leur liberté individuelle, les autres du respect de leur santé, les conflits peuvent pourrir l'ambiance au travail. Désormais, les choses seront plus claires. En tout cas en théorie... En pratique, tout n'est pas toujours aussi aisé à aménager.

Ce que dit la loi

Le Moniteur belge du 2 mars 2005 publiait un arrêté royal datant du 19 janvier de la même année qui signe l'arrêt de mort du tabagisme « libre » en entreprise. Néanmoins, bon nombre d'entre elles avaient déjà pris des mesures, allant de la tolérance zéro dans le bâtiment à l'installation de fumoirs¹. Ces mesures sont donc généralisées depuis le 1^{er} janvier 2006.

L'arrêté définit en effet cette interdiction de fumer dans les lieux de travail clos, que ce soit dans les bâtiments ou en dehors, comme dans les cabines de camion, les voitures de fonction, etc. Cette interdiction se prolonge dans les espaces fermés de l'entreprise où les travailleurs accèdent, comme les halls, couloirs, ascenseurs, parkings fermés, etc., ou encore les moyens de transport mis à la disposition du personnel pour le transport collectif du et vers le lieu de travail, mais aussi dans les équipements sociaux, comme les réfectoires, sanitaires, locaux de repos et de premiers soins. « Les entreprises devront mettre en place une politique de gestion du tabagisme dans ces lieux : cela peut aller de l'interdiction totale à l'installation d'un

fumoir qui devra être ventilé efficacement. Pour arriver à une solution qui convienne au plus grand nombre, il est important que la direction choisisse, en concertation avec les travailleurs ou leurs représentants, l'option la plus adéquate. Nous prônons l'installation d'un comité de pilotage composé entre autres de représentants de la direction, des ressources humaines, du conseiller en prévention, de la médecine du travail et des délégués syndicaux. Ce comité serait chargé d'analyser la situation individuelle de la société, en fonction du nombre de fumeurs, de la disposition des locaux, des demandes des travailleurs et de leurs besoins, etc. » explique le Professeur **Pierre Bartsch**, Président du FARES, Fonds des affections respiratoires.

Des outils pour aider les entreprises

Plusieurs appels ont abouti au FARES, provenant d'employeurs souhaitant avoir l'expertise de cette institution, voire une consultance. « Nous ne disposons pas du personnel suffisant pour aider sur place les entreprises à trouver les solutions les plus adéquates. Aussi, face à la demande des firmes qui prenaient spontanément contact avec nous, nous avons édité une brochure pratique qui donne des conseils notamment sur la façon de développer une politique de gestion du tabagisme en fonction de cette nouvelle législation, d'organiser un fumoir, d'informer les travailleurs ainsi que les visiteurs des mesures prises, etc. Elle donne également des adresses utiles en termes d'aide à la cessation tabagique et rappelle l'impact du tabagisme tant sur les fumeurs que sur les non-fumeurs qui les côtoient », poursuit Pierre Bartsch. Un cédérom vient compléter cette information pour aborder les questions pratiques².

« Dans tous les cas, il n'est pas question de stigmatiser le fumeur : il n'est pas un ennemi. Certains sont très dépendants et très malheureux de l'être. Il s'agit donc de veiller au bien-être au travail, dans la gestion de relations entre les travailleurs. Par ailleurs, focaliser sur les minutes perdues au fumoir risque de créer des tensions au sein de l'entreprise; or, si on établit une bonne concertation dès le départ, toute discrimination et tout problème relationnel seront évités. Il faut favoriser la compréhension dans un cadre légal qui existe désormais. Enfin, et surtout, cette discussion sur la gestion du tabagisme peut aussi être l'occasion pour les fumeurs de réfléchir à leur consommation et d'être orientés vers

Recommandations d'experts

Réunis à Limassol (Chypre) en avril 2005, une soixantaine d'experts ont élaboré 12 recommandations en matière d'interdiction de fumer sur les lieux de travail et dans les lieux publics.

1. Le principal argument est que le danger du tabagisme passif est prouvé.
2. Les succès récents de ce type de législation en Irlande, Norvège et Italie sont à mettre en exergue.
3. Il faut choisir une législation claire.
4. Le meilleur choix est l'interdiction totale.
5. Il est important que les législations ne se limitent pas aux seuls lieux de travail.
6. Il faut éviter une législation avec des zones pour fumeurs.
7. Il faut éviter une législation qui ne sera pas respectée.
8. Il faut pouvoir contrôler la mise en œuvre de l'interdiction.
9. Une interdiction totale n'est possible qu'après une préparation adéquate et un processus de consultation.
10. Une stratégie média proactive et réactive est indispensable.
11. Se préparer à une forte opposition³.
12. Une alliance des acteurs de santé publique est requise.

Informations fournies par **Luk Joossens**, de la Fondation contre le cancer

³ Ainsi, en Belgique, l'annonce du projet d'interdiction prochaine de fumer dans l'Horeca a été immédiatement présentée par le secteur comme une catastrophe majeure pour l'emploi, ce que les expériences des pays européens ayant franchi le pas ne permet absolument pas de prévoir.

un moyen d'aide à la cessation tabagique ou une consultation dans un Centre d'aide aux fumeurs (CAF)... », précise **Caroline Rasson**, responsable du Service Prévention tabac du FARES.

Tolérance zéro : 6 % de fumeurs en moins!

Parmi les moyens possibles pour supprimer le tabagisme au sein de l'entreprise, il y a la « tolérance zéro », à savoir l'interdiction formelle de fumer dans tous les bâtiments de l'entreprise, et sans mise à disposition de fumoir. Une solution que le Président du FARES semble privilégier en terme d'impact sur la santé du personnel : « On a constaté que la présence d'un fumoir n'incite pas à arrêter de fumer. De plus, il faut aussi penser au personnel d'entretien qui doit nettoyer les cendriers

¹ Par exemple, le siège central des Mutualités chrétiennes, qui édite *Education Santé*, est non-fumeur depuis son déménagement de la rue de la Loi (Bruxelles) à la chaussée de Haecht (Schaerbeek) en novembre 1999. Le pari était qu'une telle mesure serait plus facilement acceptée par les fumeurs en arrivant dans un nouvel environnement au sein duquel ils n'avaient pas de repères tabagiques. Pari gagné, cela n'a guère posé de problème. Il est vrai que le bâtiment s'y prête bien, avec un fumoir adapté, et la possibilité d'aller fumer à l'extérieur sans se retrouver sur un trottoir pollué par les gaz d'échappement (ndlr).

² Ce cédérom est en vente au prix de 50 euros, commande en ligne sur le site www.fares.be. La brochure est disponible en format électronique au FARES, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 512 29 36 ou par courriel : bibliotheque@fares.be. Une affiche sur la prévention du tabagisme en entreprise est également disponible gratuitement.



Photo © Philippe Allé / Photo News

et pour qui ce n'est pas nécessairement agréable; au fait que les personnes occupant les bureaux voisins sentent bien souvent les relents de fumée provenant du fumoir lorsque les portes ne sont pas fermées; au fait que vu qu'il est autorisé de fumer dans l'entreprise, le fumeur qui n'a pas le temps – ou l'envie – de se rendre au fumoir à l'autre bout du bâtiment peut aller fumer dans les cages d'escaliers ou l'escalier de secours... Ce dernier risque peut aussi surgir lorsqu'aucun fumoir n'est prévu et que le travailleur n'a pas envie d'aller fumer dehors... Alors que lorsqu'une entreprise instaure l'interdiction totale de fumer, on constate une diminution du nombre de fumeurs de 6% en moyenne! Certes, l'objet de la loi n'est pas de faire diminuer le nombre de fumeurs, mais cette conséquence n'est pas dénuée d'intérêt! », précise le Prof. Bartsch. Mais cette interdiction totale doit aussi être concertée : on pense notamment à l'infirmière de nuit qui ne peut quitter son service, puis-

qu'elle est seule. Il s'agit de l'aider à travailler dans les meilleures conditions possibles, par exemple en mettant à sa disposition des gommes de nicotine ou tout autre moyen de substitution en cas de coup dur...

On le voit, décider de la politique à mener au sein de l'entreprise n'est pas chose aisée : il faut prendre en compte la situation particulière et globale de l'entreprise et de ses salariés, et analyser correctement la situation pour que chacun participe, s'exprime librement et que tous les acteurs décident de la solution la plus adaptée.

Sanctions volontairement oubliées

Le législateur n'a cependant pas souhaité s'immiscer trop dans la vie de l'entreprise et n'a pas prévu lui-même de sanctions en cas d'entorse au règlement. « C'est la législation actuelle qui reste en vigueur : si un non-fumeur porte plainte

auprès de la direction pour non-respect de la part d'un fumeur de cette interdiction, c'est l'employeur qui est responsable. Cela ne peut donc qu'inciter ce dernier à trouver des solutions et à réfléchir à des sanctions possibles. Ensuite, il s'agira d'amener ces informations de la façon la plus courtoise possible et d'y faire adhérer tout travailleur, fumeur ou non. Il devra également être capable de prouver qu'il a bien informé son personnel sur l'interdiction et sur les risques liés à la consommation de tabac dans l'entreprise. La loi donne l'obligation d'informer, d'interdire de fumer, mais ne fixe pas les moyens pour y parvenir... », conclut Caroline Rasson. Raison de plus pour établir la concertation et d'inscrire par exemple la mesure prise dans le règlement d'ordre intérieur...

Carine Maillard

Comment Philip Morris a tenté de dissuader une entreprise suisse de protéger ses employés contre la fumée passive

En 1998, les principales compagnies de tabac des USA ont été contraintes par la justice américaine de rendre publics et de mettre sur Internet leurs documents internes, dont beaucoup étaient auparavant classés top secret ou confidentiels. Ces documents constituent une mine d'informations très précieuses pour tous ceux qui veulent en savoir plus sur les agissements, les stratégies et les modes de penser des trans-

nationales du tabac. Ces archives contiennent des documents saisis sur sol américain, mais aussi des documents émanant de filiales hors USA. De nombreux documents viennent de Suisse, pays dans lequel l'une des grandes transnationales cigarettières, Philip Morris, a établi le siège de ses opérations internationales. On peut trouver ces documents sur le site des documents internes de Philip Morris www.pmdocs.com.

DuPont de Nemours veut protéger son personnel...

Nous avons retrouvé sur ce site quelques documents qui illustrent comment Philip Morris a essayé d'influencer la compagnie DuPont de Nemours International S.A. (DISA), dont le siège est à Genève, pour que celle-ci revienne sur son intention d'instaurer dans tous ses locaux une politique de protection des employés contre la fumée

passive, en rendant ces locaux 100 % sans fumée. Le **premier document** est ce qui apparaît comme un fragment d'une circulaire interne de la société DuPont de Nemours International S.A. adressée le 7 juillet 1994 à ses employés pour leur annoncer que l'entreprise deviendra 100 % sans fumée à partir du 1^{er} juillet 1995 et les inviter à un programme d'aide à l'arrêt tabagique. Un autre document nous indique que cette note a été transmise à Philip Morris par le canal de relations personnelles non spécifiées.

Nous voyons qu'en 1994, la société DuPont de Nemours était bien renseignée sur l'état de la connaissance scientifique concernant la nocivité de l'exposition à la fumée passive. Elle adoptait en conséquence, et avec résolution, une politique très responsable de protection de la santé de son personnel.

... Philip Morris n'aime pas

Étant donné le prestige de DuPont de Nemours, on peut supposer que Philip Morris n'ait pas vu d'un très bon œil cette politique de lieux de travail sans fumée, qui pouvait servir d'exemple et risquer de faire tache d'huile.

En fait, Philip Morris prend cette « menace » très au sérieux. Elle est même traitée à un niveau élevé dans la hiérarchie de la transnationale et fait l'objet d'un long fax envoyé le 28 juillet 1994 par Ulrich Crettaz, le directeur des relations et des affaires publiques de Philip Morris Suisse S.A., à Matthew Winokur, le *Director of Corporate Scientific Affairs*, un membre de la direction de Philip Morris au niveau international. Ce fax est constitué de plusieurs documents, dont la **première page** résume clairement les intentions de Philip Morris.

Philip Morris ne désire pas seulement infléchir la décision suisse de DISA : son intention est d'exercer une influence sur la politique mondiale de DuPont de Nemours. Mais, on ne sait pas pour quelle raison, la transnationale du tabac ne semble pas vouloir s'impliquer ouvertement dans cette opération : elle la délègue à l'association suisse des fabricants de cigarettes, la Communauté de l'industrie suisse de la cigarette (CISC), dont elle est membre. C'est le président de la CISC, le D^r Edgar Oehler, conseiller national à ses heures, qui est chargé d'envoyer la missive.

Le document suivant est l'une des pièces jointes au fax de Crettaz à Winokur. C'est en fait le **projet de lettre**, projet déjà très élaboré sauf pour un paragraphe qui doit être complété avec les résultats d'une enquête sur la préférence des travailleurs suisses concernant la cohabitation fumeurs/non-fumeurs dans l'entreprise.

Manipulation des faits

Le contenu de cette lettre, dont on peut supposer qu'elle a été envoyée sans changement majeur à DuPont de Nemours, est tout à fait édifiant. Elle illustre les techniques utilisées par l'industrie du tabac pour contrer la science médicale, qui avait, dès le début des années 80, mis en évidence la nocivité de la fumée passive, avec pour corollaire la nécessité de protéger les personnes contre l'exposition à ce toxique.

La première technique, à laquelle les cigarettiers ont eu recours de façon systématique depuis le début, et jusqu'à ce jour, est naturellement le **déni pur et simple** : « Nous croyons fermement que ces allégations ne peuvent pas être confirmées par des données scientifiques ». En fait, Philip Morris connaissait mieux que quiconque cette nocivité, ayant conduit en secret dans ses laboratoires des expériences biologiques qui ont mis en évidence de façon incontestable la haute toxicité de la fumée « secondaire » respirée par le fumeur passif (voir l'article du *Lancet* *The whole truth and nothing but the truth ? The research that Philip Morris did not want you to see*).

Deuxième technique : une tentative de marginalisation et de **déconsidération** des professionnels et des services de la santé publique, qui sont décrits comme « des groupes de personnes hostiles à la fumée de tabac ». Quels étaient ces groupes hostiles (on pense même « groupuscules »)? Ni plus, ni moins que de prestigieuses institutions gouvernementales, comme l'*Environmental Protection Agency* (EPA) ou le *Surgeon General* (responsable fédéral de la santé publique américaine) aux USA, ou internationales comme le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) ou l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Sans compter de très grandes organisations non gouvernementales, comme l'*American Cancer Society* ou la *British Medical Association*, et de très nombreux chercheurs indépendants dans des universités de renom. Rien que cela!

Troisième technique : invoquer un **complot** contre l'industrie du tabac à des fins politiques. Certains de ses ennemis, non identifiés, utiliseraient la science de façon abusive « pour atteindre des buts politiques fixés à l'avance », et n'hésiteraient pas à ignorer ou à manipuler les résultats scientifiques. La suite des événements, et notamment la publication des documents secrets des cigarettiers américains, va révéler une toute autre face des choses.

Les attaques de l'industrie du tabac contre l'EPA

En 1993, l'Agence de Protection de l'Environnement des USA, en bref l'EPA (*Environmental Protection Agency*), publiait un rapport faisant état d'une vaste étude passant en revue l'état de la connaissance sur la fumée de tabac environnementale (FTE). Elle arrivait à la conclusion que la fumée passive provoquait le cancer du poumon chez les non-fumeurs. En conséquence, elle classifiait la FTE dans le groupe A des substances cancérigènes, c'est-à-dire parmi celles qui sont reconnues les plus dangereuses.

Cette étude s'attira évidemment les foudres de l'industrie du tabac. Les cigarettiers américains ont commencé par submerger l'EPA sous une masse gigantesque de commentaires niant ses observations et critiquant ses méthodes. Ils mobilisèrent pour cela tous leurs « scientifiques indépendants ». Ces manœuvres ne parvinrent cependant pas à stopper la publication du rapport. L'industrie lança ensuite une vaste offensive judiciaire contre l'EPA, l'accusant de fraude scientifique et d'incompétence. Par des manœuvres procédurières et à l'aide d'un juge qui avait été auparavant un lobbyiste des cultivateurs de tabac, l'industrie parvint à bloquer la décision de l'EPA. Celle-ci déposa immédiatement un recours. L'affaire mit beaucoup de temps avant d'être jugée, car ce n'est qu'en janvier 2003 que la justice

américaine devait débouter l'industrie du tabac, jugeant sa cause sans objet.

En juin 2002, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), qui est rattaché à l'OMS et est la plus haute autorité mondiale en matière de recherche sur le cancer, arrivait à la conclusion officielle que « l'exposition involontaire à la fumée de tabac provoque le cancer du poumon », précisant que « les non-fumeurs sont exposés aux mêmes cancérigènes que les fumeurs actifs. Il a été montré que les niveaux types d'une exposition involontaire provoquaient le cancer du poumon chez des individus n'ayant jamais fumé ». En vertu de quoi, le CIRC classait la fumée de tabac dans l'air ambiant dans le Groupe 1 des substances cancérigènes (qui rejoignait ainsi, entre autres, l'amiante, l'arsenic, le gaz moutarde et le radon).

Les attaques de l'industrie du tabac contre les travaux de l'EPA n'ont donc pas abouti à inverser les résultats scientifiques concernant la toxicité de la fumée passive, mais elles ont réussi à créer la confusion et la controverse et à retarder les décisions des responsables de santé publique pour la protection des personnes – en causant au passage de très nombreuses maladies et morts qui auraient pu être évitées si les mesures avaient été prises à temps.

En fait, Philip Morris effectue dans cette lettre une formidable projection sur un adversaire indéfini de son propre comportement. C'est en effet elle et ses comparses de l'industrie du tabac qui ont systématiquement détourné la science, manipulé les résultats, dissimulé des recherches compromettantes, allant jusqu'à soudoyer des professeurs d'université pour qu'ils produisent des résultats favorables à leurs intérêts commerciaux. Il y a donc une incroyable arrogance de la part de la multinationale à invoquer la manipulation de la science. C'est aussi l'indication qu'en 1994, elle croyait bénéficier d'une impunité sans faille, que ses énormes moyens financiers et ses hordes d'avocats lui avaient assurée jusque-là. Elle a dû déchanter peu de temps après, lorsqu'aux USA les premières condamnations commencèrent à tomber.

L'EPA, victime de choix

L'industrie du tabac, Philip Morris en tête, s'est acharnée contre l'EPA lorsque cette agence a proposé, au début des années 90, de classer la fumée passive dans la catégorie des substances cancérigènes. L'agence gouvernementale a été accusée de fraude scientifique et a été traînée devant les tribunaux par les cigarettiers américains. Toutes les allégations de l'industrie ont été finalement, et après une longue procédure, repoussées par la justice comme étant « sans objet », mais ce harcèlement judiciaire a permis aux cigarettiers de créer la confusion et de retarder les décisions en matière de protection des personnes contre la fumée passive (voir encadré). Philip Morris a exploité cette affaire avec l'EPA pour tenter de bloquer des décisions de santé publique dans d'autres pays.

Philip Morris avance, comme on peut s'y attendre, la ventilation comme une solution à la cohabitation dans un même espace entre fumeurs et non-fumeurs. La compagnie a beaucoup investi dans la ventilation et tout ce qui peut contribuer à la qualité de l'air ambiant, tout en évitant soigneusement de mettre en cause la pollution principale de celui-ci, à savoir celle due à sa contamination par la fumée de tabac. Mais là encore, force est de constater que ses efforts ont échoué. On pouvait récemment lire sur le site Internet de Philip Morris USA la déclaration suivante : « Bien qu'il n'ait pas été démontré que la ventilation peut résoudre les problèmes de santé associés à la fumée passive, elle peut améliorer la qualité de l'air d'un établissement ». Les recherches scientifiques sur la ventilation ont en effet prouvé que celle-ci ne suffisait pas pour protéger les personnes contre les effets toxiques de la fumée passive. Pour atteindre des niveaux de qualité de l'air qui soient acceptables, il faudrait des taux de renouvellement de l'air comparables à ceux obtenus dans une soufflerie.

Philip Morris offre ensuite son interprétation très particulière de l'article 19 de l'Ordonnance 3 de



Photo © Isopix / BLF

Un récit presque aussi passionnant que le film de Michael Mann 'Révélations', avec Al Pacino et Russel Crowe (1999)

la Loi sur le travail (OLT3). Depuis lors, la **directive du SECO** a clarifié l'application de cet article, qui n'est pas opposé à l'interdiction complète de fumer, comme le prétend Philip Morris. La directive du SECO précise en effet que « si les installations, les bâtiments ou les locaux de travail ne permettent pas de créer des postes de travail séparés ou si une entente entre fumeurs et non-fumeurs n'est pas trouvée, l'interdiction de fumer doit être instaurée à la demande des travailleurs non-fumeurs concernés ». Elle donne clairement la prépondérance à la santé des travailleurs sur la liberté de fumer.

Sage décision

Finalement, la lettre se réfère aux résultats d'un sondage suisse sur les préférences des travailleurs pour la cohabitation des fumeurs et des non-fumeurs au sein de l'entreprise. Philip Morris possédait les **résultats d'un pré-test** de ce sondage. On constate l'aspect fortement inducteur des questions. En effet, qui pourrait s'opposer à « un accord satisfaisant aussi bien pour les fumeurs que les non-fumeurs »? Pas surprenant donc que cette réponse reçoive 57 % des suffrages. Malgré cela, 42 % des non-fumeurs indiquent leur préférence pour une interdiction pure et simple de fumer!

DuPont de Nemours ne sera pas dupe et rejettera platement la tentative d'influence du cigarettier. Nous n'avons pas la copie de la lettre finalement envoyée à DISA par la CISC. Nous

disposons cependant de la **réponse** adressée par le *Managing Director* de DuPont de Nemours International S.A. à Edgar Oehler. Cette réponse est remarquable. Elle témoigne de la grande détermination de la direction de DuPont de Nemours dans son souci de donner la priorité à la santé de son personnel. Elle montre aussi que cette direction ne se laisse pas intimider par la lettre du conseiller national et président des cigarettiers suisses, mais affirme ses principes sans détour (attitude d'autant plus remarquable que les cigarettiers sont par ailleurs des clients importants de DuPont de Nemours pour certains produits).

Dans cet exemple, Philip Morris a tenté d'influencer une grande multinationale et a essayé de la dissuader de protéger ses travailleurs contre l'exposition à la fumée de tabac. Elle a – heureusement – essuyé un échec. Cette tentative n'en reste pas moins inquiétante, et il est fort probable qu'elle ne soit pas un fait isolé. Est-ce que les directions d'autres entreprises suisses soumises à des pressions similaires auront toutes eu la lucidité et le courage de celle de DuPont de Nemours ? Il est permis d'en douter.

Article publié avec l'aimable autorisation d'OxyRomandie et la collaboration du FARES. Vous trouverez le texte complet à l'adresse www.oxygeneve.ch/dossier.php?id=54. OxyRomandie, 2 rue de la Fontaine, CH 1204 Genève.

Aide au sevrage tabagique chez la femme enceinte et son partenaire

Pour la femme enceinte, l'arrêt du tabac est un challenge difficile à atteindre. Il l'est d'autant plus lorsque son partenaire est fumeur. Cette prise de conscience est à l'origine d'une campagne d'aide à l'arrêt du tabac émanant du Ministère de la Santé Publique (cfr Arrêté Royal du 17/09/2005). Cette aide permet aux femmes enceintes et à leur conjoint, tous deux fumeurs, de bénéficier d'un remboursement forfaitaire des consultations d'aide au sevrage tabagique.

Pour bénéficier de cette aide, la future maman et éventuellement le futur papa, sur conseils du gynécologue ou d'un professionnel de santé, se rendent chez un tabacologue reconnu¹ à raison d'au minimum 8 séances. La première a lieu au plus tard 3 mois avant la date prévue de l'accouchement, et la dernière, au plus tôt 3 mois et au plus tard 6 mois après la date prévue de l'accouchement. A l'issue de ces 8 séances, les futurs père et mère pourront obtenir un rembourse-

ment forfaitaire de l'ordre de 120 euros chacun, sur présentation d'une fiche de suivi remplie lors des séances par le tabacologue agréé.

Cette aide financière comporte également un remboursement de l'ordre de 55 euros pour les frais médicamenteux (substituts nicotiniques et bupropion) pour le partenaire de la femme enceinte, pour autant que cette dernière soit enceinte, fumeuse et participe également à ce programme. Le partenaire doit lui aussi se rendre chez un tabacologue reconnu à raison de 8 séances.

Ce programme ambitieux d'aide au sevrage tabagique est une première en Belgique. La coordination de ce projet a été confiée au Fonds des affections respiratoires (FARES) et à son correspondant néerlandophone, la Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding (VRGT).

Afin de faire connaître au grand public le contenu de ce programme, des spots radio seront diffusés

dès janvier 2006. Des dépliants d'information seront disponibles auprès des différents professionnels de santé qui travaillent dans le domaine mère-enfant. La ligne Tabac-Stop (0800 111 00) permettra de répondre aux différentes questions du public. Les noms et adresses des différents tabacologues agréés pourront y être renseignés. Un site web sera également disponible pour le grand public et pour les professionnels de santé. Ces derniers pourront y télécharger les outils de la campagne et accéder à la liste des tabacologues.

Information communiquée par **Michel Pettiaux**, FARES

¹ Le tabacologue est un professionnel de santé – médecin, infirmière, kinésithérapeute etc. – ou un psychologue, formé à la tabacologie et reconnu par l'Institut national d'assurance maladie invalidité.

Tabac : dénormalisation musclée

Il y a près d'un an entré en vigueur une nouvelle loi relative à la lutte contre le tabagisme : l'interdiction de vendre des produits de tabac aux mineurs. La Belgique s'alignait alors sur quelques pays voisins comme la France ou l'Allemagne. Elle inscrivait aussi son action dans le cadre des recommandations de l'OMS en tant que partie signataire de la convention-cadre contre le tabac¹.

Au vu des chiffres alarmants relatifs à la consommation tabagique des jeunes (doublement de la consommation en dix ans), il convient, dans le cadre d'une action globale, de diminuer l'accessibilité des produits de tabac, surtout à une période où l'individu est particulièrement vulnérable et durant laquelle ses comportements à l'égard des produits de tabac se déterminent. C'est ainsi que, depuis le 1^{er} décembre 2004, il est interdit de vendre des produits à base de tabac aux jeunes de moins de seize ans². Il peut aussi être exigé de toute personne qui entend

acheter des produits de tabac de prouver qu'elle a atteint l'âge de seize ans.

La presse a largement fait écho de cette nouvelle disposition qui s'inscrit dans le plan fédéral de lutte contre le tabagisme. Les chiffres des contrôles effectués par le SPF Santé publique sont plutôt encourageants : sur un total de 1068 contrôles, seules 10 infractions ont été constatées. Deux procès-verbaux ont été dressés à l'encontre de deux magasins de journaux, lesquels avaient déjà fait l'objet d'un avertissement préalable.

Mais si la mesure est connue et qu'elle se justifie pleinement par l'ampleur des dégâts causés par un tabagisme précoce, il apparaît que son application sur les points de vente n'est pas toujours aisée. C'est pourquoi, en collaboration étroite avec les fédérations du secteur de la distribution, la FEDIS, l'UNIZO et l'UCM, **Rudy Demotte**, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, a mis en place une campagne de communication qui s'adresse aux commerçants en particulier et au monde adulte dans son ensemble.

En effet, les commerçants ne sont certainement pas les seuls à devoir assumer cette mesure. Le changement d'attitude à l'égard de la consommation tabagique doit s'opérer à tous les



Des 'visuels' qui ne font pas dans le détail!

niveaux et bien plus largement que dans les points de vente. La participation de tous est

¹ Toutes les entités fédérées ayant approuvé la convention-cadre, la Belgique a déposé ses instruments de ratification, par la voie des Affaires étrangères, à l'ONU le 1^{er} novembre dernier.

² Voir 'Prévention tabac. Vos papiers s'il vous plaît', Education Santé n° 199, mars 2005.

une condition incontournable au respect de l'interdiction de vente de tabac aux jeunes. Le message de cette campagne est clair : si vous trouvez certaines situations comparables de vente aux mineurs inacceptables, alors n'acceptez pas la vente de tabac non plus et

respectez les commerçants qui appliquent la loi. Sur un ton grave, on découvre un message de sensibilisation et un message de soutien aux commerçants. La campagne se décline à travers plusieurs supports : des spots télé, des affiches, des autocollants, un mai-

ling aux commerçants. Son budget de 500.000 euros provient du Fonds fédéral de lutte contre le tabagisme.

D'après un communiqué de presse de Rudy Demotte

Pub antitabac sur les produits de tabac

Le numéro d'appel de la Ligne Tabac-Stop devra bientôt figurer sur tous les produits du tabac. Le Moniteur belge du 14 novembre 2005 a publié l'Arrêté qui oblige les fabricants de tabac à mentionner une nouvelle mise en garde sur les produits de tabac : "Faites-vous aider pour arrêter de fumer : 0800 111 00".

Cette mise en garde devra apparaître sur tous les produits de tabac à partir de septembre 2006, et les fabricants devront livrer aux distributeurs les produits conformes dès le mois de mai 2006. L'aide au sevrage constitue pour le Ministre de la Santé publique un axe incontournable de sa politique de lutte contre le tabagisme. Des mesures positives sont en effet nécessaires dès lors que des efforts d'information et de sensibilisation sont consentis quant aux effets néfastes de la consommation de tabac sur la santé.

La référence à un numéro d'appel d'aide au sevrage permet aux fumeurs d'agir pour leur santé en faisant un premier pas.

La Ligne Tabac-Stop a en effet pour objectif de fournir des informations et des conseils aussi bien aux fumeurs qu'aux non-fumeurs. Qui-

conque a des questions à propos du tabagisme et de l'arrêt tabagique peut appeler gratuitement le 0800 111 00, accessible tous les jours de 8h à 19h. En outre, tous les jours ouvrables, de 15h à 19h, une permanence est assurée par des médecins ou des psychologues spécialisés dans l'accompagnement à l'arrêt tabagique. Un système de questions et réponses est également en place via courriel : tabacstop@cancer.be.

La Ligne Tabac-Stop est une initiative de la Fondation contre le Cancer, du Fonds des Affections Respiratoires (FARES) et du Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG), avec le soutien du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. La Ligne Tabac-Stop est opérationnelle depuis le 1^{er} juin 2004. Pendant la première année, elle a reçu quelque 4000 appels. Depuis avril 2005, sous l'impulsion du Ministre de la Santé publique, la Ligne Tabac-Stop dispose d'un numéro gratuit, à savoir le 0800 111 00.

Cette mesure vient utilement compléter les dispositions prises et les projets soutenus par le Ministre en matière d'aide au sevrage dans le

cadre du Plan fédéral de lutte contre le tabagisme : l'accompagnement des femmes enceintes et de leur partenaire (lancement officiel en janvier 2006), la formation des professionnels de la santé à l'aide au sevrage, l'accompagnement en milieu professionnel.

La référence à une ligne d'arrêt tabagique est déjà obligatoire dans plusieurs pays européens, avec des résultats spectaculaires quant à l'utilisation de cette ligne. Ainsi, en France, plus de 60 % des appels sont dus à la mention du numéro d'appel sur les produits du tabac. Aux Pays-Bas, où la mention de la ligne d'arrêt tabagique est obligatoire depuis le mois de mai 2002, on a pu constater une augmentation substantielle de 250 % du nombre d'appels adressés à cette ligne.

D'après un communiqué de presse de Rudy Demotte, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, de la Fondation contre le Cancer, du Fonds des Affections Respiratoires (FARES) et du Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie

"Sans latex, sous aucun prétexte"

Une campagne de prévention conçue pour et par les jeunes

Contexte

Même si les jeunes semblent de mieux en mieux informés sur les modes de transmission du VIH, bon nombre d'observations suggèrent qu'ils ne se protègent pas toujours lors des relations sexuelles. Depuis quelques temps nous assistons à des signes d'une baisse de la vigilance : une augmentation de l'infection au VIH et de certaines maladies sexuellement transmissibles comme la syphilis et une baisse des pratiques sexuelles sécurisées.

Une enquête réalisée en Communauté française par l'ULB-PROMES¹ démontre que la connaissance des jeunes (scolarisés ou en décrochage scolaire) en matière de protection VIH-sida est loin d'être suffisante.

De nombreuses fausses croyances subsistent. Ainsi 12 % des élèves de 15 à 18 ans pensent que l'on peut encore être infecté par un don de sang en Belgique et 21,5 % ne se prononcent pas à ce sujet. 21,6 % des élèves croient que l'on peut être contaminé par une piqûre de moustique tandis que 21,7 % considèrent que faire l'amour sans préservatif avec une personne qui « a l'air en bonne santé » ne comporte aucun risque.



¹ Université Libre de Bruxelles/ Ecole de Santé Publique/Unité de Promotion Education Santé (ULB-PROMES) « La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire » Décembre 2003

Face à ces idées fausses et au manque d'information, face à la recrudescence des cas de syphilis et de gonorrhée chez les hommes, de chlamydia chez les femmes, d'infection au VIH, il convient plus que jamais de rester vigilants et de maintenir l'attention des jeunes à travers des campagnes de prévention qui leur sont spécifiquement adressées.

Chaque année, à l'occasion des vacances d'été, un moment propice aux rencontres, la Plate-forme prévention sida lance une campagne de prévention à destination des 15-20 ans.

Objectifs et public cible

La campagne de l'été 2005 est un programme destiné aux jeunes afin de les informer et de les sensibiliser aux risques de transmission du sida mais aussi des autres maladies sexuellement transmissibles (MST) et de rappeler l'importance de l'utilisation du préservatif. Elle a aussi pour objectif de contribuer à faire tomber les tabous qui entourent le sida et à aborder les blocages qui entourent l'utilisation du préservatif.

La campagne vise trois publics : les jeunes hétérosexuels belges ou d'origine étrangère et les jeunes homosexuels.

Méthodologie : concertation et processus participatif

La Plate-forme prévention sida a pour objectif de mettre en place un processus de concertation avec les acteurs particulièrement sensibles à la prévention du sida. Ensemble, ils travaillent à la réflexion, la conception et la mise en place d'outils et de campagnes de prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles à l'attention du grand public.

Pour la réalisation de sa dernière campagne, la Plate-Forme a travaillé en étroite collaboration avec une série de partenaires professionnels, composés de spécialistes de la prévention et de représentants d'associations de prévention pour personnes migrantes, homosexuelles ou usagers de drogues. Le groupe de travail s'est réuni à chaque étape de l'élaboration de la campagne. Par ailleurs, cette campagne a la particularité d'avoir été construite en étroite collaboration avec un groupe de jeunes représentant le public cible. Dès la phase initiale de la campagne, un groupe de jeunes âgés de 15 à 20 ans, d'origines et de cultures différentes s'est réuni de manière régulière afin de réfléchir et de partager leurs avis sur une campagne de prévention adaptée tant dans sa forme que dans son contenu à leur réalité et aux difficultés qu'ils rencontrent.

Chaque étape du projet a fait l'objet de discussions et d'une réflexion avec les jeunes.

Le travail de réflexion a été engagé début 2004. Il y a eu d'abord un travail d'évaluation sur base d'un outil déjà existant, « Le Petit Livre Rose », afin d'en extraire les informations que les jeunes souhaiteraient recevoir dans le cadre d'un nou-

vel outil plus concis. Lors de ce premier focus, certains éléments importants concernant le contenu ont pu être dégagés tels que des informations sur les modes de transmission, le dépistage, les autres maladies sexuellement transmissibles...

La difficulté d'aborder la question du préservatif dans une nouvelle relation a aussi été mise en évidence par les jeunes lors de cette première discussion.

Le deuxième focus avait pour but de définir et de préciser avec le groupe, la forme, le visuel, le graphisme et le ton qui parlent le plus aux jeunes. Cette animation a dès lors consisté à soumettre une série d'outils de prévention au groupe afin de recueillir ses réactions et ensuite de faire réfléchir les jeunes sur les raisons de leur attirance pour l'un ou pour l'autre des documents présentés.



Les jeunes ont mis en avant l'importance du format et l'aspect pratique du document qui, à leurs yeux, doit rester facilement transportable. Ils soulignent aussi l'importance de pouvoir s'identifier. Ils souhaitent avant tout des messages adaptés à leur langage et dans lesquels ils se retrouvent. Ils recommandent donc un style direct en utilisant l'emploi du « tu ». L'objet ou le document doit avoir une certaine « valeur » à leurs yeux pour éviter qu'ils ne le lisent pas et le jettent directement.

Lors du troisième focus groupe, nous avons approfondi un des éléments qui était ressorti lors du premier focus et qu'il nous semblait essentiel de développer avec les jeunes. Nous avons donc tenté d'identifier les problèmes de communication et les freins par rapport à l'utilisation du préservatif.

Les participants ont marqué leur souhait d'aborder ce sujet assez personnel et intime sous la forme d'une discussion ouverte durant laquelle ils se sont exprimés sur leur vécu et, pour certains, sur leurs réticences à utiliser le préservatif. Il est ressorti de cet échange que si les jeunes ont une certaine conscience de l'importance de se protéger, aborder la question du préservatif avec son/sa partenaire reste souvent problématique. Alors que le préservatif devrait être considéré comme une marque de respect de soi et de l'autre, celui-ci est encore souvent considéré comme un objet « étranger » qui amène la suspicion dans la relation. En effet, une des difficultés d'aborder la question du préservatif est souvent liée au fait que les jeunes ont peur que cela soit interprété de manière erronée par le/la partenaire :

« Si elle me demande de mettre un préservatif, c'est qu'elle n'est pas clean ou qu'elle n'a pas confiance. »

« Si je lui propose le préservatif, il/elle va trouver ça louche et va peut-être croire que je suis malade. »

Ils signalent aussi que la notion de confiance peut leur faire « baisser la garde » parce qu'on pense connaître l'autre, parce qu'on connaît son entourage ou encore parce qu'on se fie uniquement à son apparence extérieure :

« Si la fille est jolie, se sapes bien, si elle est propre sur elle, j'ai tendance à ne pas me protéger. »

« Il y a une relation de confiance qui n'est pas la bonne. La notion de confiance est liée à l'image de la personne. Si c'est une bcbg de Uccle, je me méfie moins. »

Les jeunes demandent qu'on leur rappelle que la confiance n'est pas un moyen de protection en soi et que seul le préservatif protège du sida et des MST.

D'autres freins ont été évoqués et développés par les participants :

« L'impression que le sida ne les concerne pas directement et que c'est seulement en Afrique que cela se passe. »

« Le sentiment que les malades du sida n'existent pas puisqu'on ne les voit jamais. »

« Le fait que dans la tête de certains jeunes, le sida aujourd'hui se guérit. »

« Le fait que le préservatif est un « tue l'amour » et qu'il empêche le plaisir. »

« La représentation de la fille qui a une capote sur elle et qui est dès lors considérée comme une 'salope'. »

Autant de freins à l'utilisation du préservatif qui ont été mis sur la table avec beaucoup de franchise et d'honnêteté par les jeunes participants. Au fil des discussions et animations, le contenu, les messages et la forme de la campagne ont pu ainsi se développer en concertation avec le groupe de jeunes, les associations partenaires et la Plate-Forme prévention sida.

Il est également important de souligner que l'agence de communication Euro RSCG a par-

ticipé depuis le début à ces échanges et a pu ainsi alimenter la réflexion et les débats.

Différents projets et maquettes réalisés par Euro RSCG ont ensuite été soumis à la critique du groupe porteur. Une série de prétests avec le projet retenu a ensuite été organisée auprès de différents groupes de jeunes dans différentes villes de la Communauté française.

Le résultat : Les axes de la campagne

Il y a six axes :

- la diffusion en Communauté française de **330.000 pochettes "In ze pocket"**, existant en cinq couleurs différentes et contenant un préservatif et des informations sur la prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles. Une de ces 5 pochettes propose un contenu un peu différent en terme d'informations puisqu'elle aborde plus spécifiquement les freins, les blocages ou certains préjugés liés à l'utilisation du préservatif ;
- la diffusion de **trois spots TV/radio** sur les chaînes de la Communauté française et certaines chaînes locales (Télé Bruxelles) visant à rappeler l'importance de l'utilisation du préservatif lors des relations sexuelles, que l'on soit hétérosexuel, homosexuel, belge ou d'origine étrangère. Ces spots font également la promotion des pochettes que l'on peut commander via le 0800 20 000 ou via www.preventionsida.org ;
- la diffusion d'affiches reprenant les visuels et slogan de la campagne ;
- des annonces dans certains magazines et des

cartes postales Boomerang en Communauté française et à la côte belge ;

- grâce au réseau de distribution Olympus, affiches dans les salles des sports en Communauté française ;
- des animations lors de divers festivals de musiques.

Conclusion

La méthodologie basée sur un processus participatif qui a été appliquée tout au long de la construction du projet a permis de se rapprocher des attentes et des questions que les jeunes se posent. Ce processus a fait l'unanimité tant auprès des jeunes qui ont participé à la campagne, qu'auprès des associations du secteur de la prévention sida et de l'agence de communication Euro RSCG.

L'implication des jeunes dans le cadre de cette action constitue un travail de prévention en soi (prévention par les pairs). Lors de l'évaluation du processus de travail déjà entamé en 2004, les jeunes ont signalé que la participation à l'élaboration de la campagne a modifié leur vision de la maladie et a accru leur vigilance quant à l'importance de se protéger.

Ils ont aussi manifesté leur souhait d'approfondir et de poursuivre la réflexion sur les messages à développer par la suite.

Le travail et la réflexion engagés en 2004 et qui se sont poursuivis cette année avec les deux groupes de jeunes, est le point de départ d'une nouvelle campagne prévue pour 2006. Celle-ci se concentrera plus spécifiquement sur la ques-



tion des « freins » et développera, entre autre, des messages pour faciliter le dialogue autour de la question du préservatif. Nous y reviendrons.

Cécile Duvivier, responsable de projet à la Plate-Forme prévention sida

Adresse de l'auteur : Plate-Forme prévention sida, av. E. De Béco 67, 1050 Bruxelles.

Tél.: 02 733 72 99.

Courriel : preventionsida@skynet.be.

Internet : www.preventionsida.org

La drogue mise en scène

La dernière représentation a eu lieu en juin dernier. C'était face à des jeunes fréquentant des mouvements de jeunesse... Aujourd'hui, le projet vole de ses propres ailes et la rentrée sonne l'heure du passage de flambeau entre la commune d'Uccle et la troupe qui joue le spectacle. C'est donc l'heure du bilan pour ce projet pilote en prévention des assuétudes qui a choisi le théâtre forum pour faire passer son message.

Petit retour en arrière : en 2002, des Etats généraux de la Jeunesse sont organisés à Uccle sous l'égide de l'administration communale et de l'échevin de la jeunesse, Guy de Halleux. « Dans le cadre de ces Etats généraux, nous avons organisé un atelier qui traitait tout particulièrement des assuétudes. Et au cours de cet atelier, nous sommes arrivés à une constatation importante, à savoir le manque de dialogue qui existait entre

les adolescents consommateurs de drogues et leurs parents... Aussi, nous avons décidé de mettre en place, au sein de la commune, un groupe de travail qui se chargerait d'étudier le moyen de restaurer ce dialogue. Nous avons travaillé en étroite collaboration avec différentes associations déjà actives sur le terrain comme le CPAS, le CLPS, le Centre de planning familial et de consultations d'Uccle, mais aussi les associations Projet Lama, Prévention socioculturelle et Question Santé. Nous avons également pris contact avec sept écoles secondaires des trois réseaux d'enseignement subventionné. De cette concertation, de cette préoccupation commune de restaurer le dialogue entre parents et enfants et de cette volonté d'y sensibiliser à la fois les adolescents et les adultes, est né ce projet de spectacle, sous forme de théâtre forum », explique Marianne Vilain, du Service Jeunesse à l'administration communale uccloise. C'est la troupe du Collectif 1984, qui a proposé

un scénario collant à ces préoccupations, qui a été choisie pour jouer la pièce et ce projet a reçu le soutien de la ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé et du ministre de l'Enseignement secondaire et de l'Enseignement spécial de la Communauté française.

« Fumée bleue... Je vois rouge! »

Le travail préparatoire a été mené sur base des témoignages et anecdotes livrés par les élèves interrogés, pour coller le plus possible au vécu et adhérer à la réalité de la consommation de drogue chez les jeunes.

Le titre de la pièce est explicite et montre à quel point le dialogue peut être difficile : « Fumée bleue... Je vois rouge! » La pièce n'est pas un spectacle passif : « Elle est jouée une première fois dans son intégralité, montrant les rapports entre les jeunes et leurs parents et les différences de leurs réactions face à la consommation de

« pétards ». Elle illustre aussi les relations de fausse confiance qui peuvent s'instaurer entre les consommateurs et les dealers; la lente descente inconsciente vers la dépendance du jeune héros. Elle se conclut par une impasse : les relations entre le jeune consommateur et ses parents se dégradent et il glisse vers la dépendance. Des aspects de la vie de famille sont également touchés du doigt, comme la difficulté, pour les parents, d'être à la fois des interlocuteurs pour des discussions et des négociations, et parallèlement des éducateurs dont la mission est de poser les interdits.

Au terme de la pièce, la troupe s'arrête et propose de la rejouer, invitant le public à y participer pour éviter cette fin négative par la restauration du dialogue : chaque participant peut dès lors apporter ses arguments pour changer le cours de la pièce », poursuit Marianne Vilain.

A la fin de la représentation, un débat démarre dans la salle, centré uniquement sur la difficulté d'instaurer le dialogue entre les jeunes consommateurs de drogues et leurs parents, sous la direction d'un psychiatre, le D^r Jean-Pierre Jacques... Tout l'intérêt de ce type de démarche est donc de s'enrichir de la diversité des interventions, à chaque représentation. Aucun expert ne vient exposer des « vérités en prêt-à-penser », laissant libre champ à l'expression de tous les participants.

Au départ, la pièce avait été conçue pour être jouée 6 fois, à savoir dans 5 écoles de la commune d'Uccle et face à des jeunes de mouvements de jeunesse une dernière fois. « Finalement, les 7 écoles contactées ont été intéressées et nous avons donc fait 8 représentations. Ensuite, elle a été jouée dans d'autres écoles de Bruxelles », se réjouit Marianne Vilain. Forte de son succès, la pièce a encore été jouée cet été à Huy, dans le cadre du festival Théâtre pour Jeune public. « Si la pièce est retenue, elle pourra être subsidiée et donc encore jouée dans d'autres villes à travers la Communauté française. Mais aujourd'hui, elle est

entre les mains de la troupe du Collectif 1984. Nous laissons cette pièce, qui était un projet pilote, vivre sa vie et nous espérons qu'elle sera soutenue encore pour sensibiliser d'autres jeunes à travers le pays ».

Des questions difficiles

L'animateur des débats, le D^r Jean-Pierre Jacques, donne pour sa part son analyse de la difficulté d'établir un échange entre parents et ados. L'un des enseignements importants qu'il retire est que le dialogue ne peut s'improviser au moment de la découverte de la consommation de drogue ou de tabac; il s'agit d'une discussion à ouvrir dès l'enfance. Par ailleurs, les arguments « scientifiques » sur ces substances n'ont que peu d'impact sur les jeunes, plus préoccupés par le plaisir immédiat, voire la pulsion de mort, et ne peuvent donc servir de base à la discussion. Pour leur part, les parents sont demandeurs de ces informations plus objectives...

« Certaines soirées ont été particulièrement riches dans la mise en évidence des difficultés du dialogue. Les questions suivantes ont ainsi été abordées : comment faire devant le refus des ados de parler, devant les postures de défi, de certitude (feinte)? Forcer l'oreille, est-ce dialoguer ? Comment comprendre que la demande des ados survienne à contretemps, aux moments de moindre disponibilité des adultes ? Est-ce qu'écouter les ados parler de drogues revient à légitimer la consommation de celles-ci ? Comment faire accepter de consulter, de faire appel à un tiers pour restaurer des conditions de dialogue, sans décréter que l'ado est « à soigner » ?

Dans le recours aux produits, faut-il lire une demande d'autorité, une demande de reconnaissance, une demande d'amour et, si oui, comment y répondre ? Et comment renoncer à l'enfant idéal, au parent idéal ? Il a aussi été relevé que l'angoisse est un facteur majeur qui contrarie l'écoute et le dialogue. Le dialogue est laborieux, il n'a rien de naturel ! A ce titre, le débat mené ces soirs-là a

pu paraître frustrant. Il l'était, de manière partiellement délibérée. Rien de tel qu'un peu de frustration pour mettre les humains au travail sur leurs certitudes stériles », explique le psychiatre.

L'heure des bilans

L'expérience a été globalement satisfaisante, au vu du questionnaire rempli par les écoles participantes, du nombre de spectateurs et de la proportion ados-adultes dans les salles. Même si les organisateurs ne recherchent pas le résultat objectif et quantifiable.

Quant à la forme de l'initiative, le théâtre forum, il a l'avantage de l'imprévu et les participants peuvent dès lors, lorsqu'ils revêtent le rôle d'un des personnages, ne plus être aussi imprégnés de leurs certitudes... Par ailleurs, il touche à la fois parents et ados, contrairement aux programmes dispensés dans les murs de l'école.

Quant au débat, s'il était parfois considéré comme trop bref, il permettait néanmoins de sortir de l'émotion, de prendre du recul et était apprécié pour cette qualité.

La suite de l'histoire, on la connaît : la commune d'Uccle ne peut poursuivre. Cependant, tout comme certains participants, les responsables du groupe de travail avaient un espoir : « Nous aurions aimé que les contacts se poursuivent entre les écoles sur les retombées pratiques de cette initiative. Nous avons bien tenté de les rassembler, mais sur les 7 écoles participantes, seules 2 ont répondu présentes, les autres étant trop occupées. Le mouvement s'essouffait », explique Marianne Vilain. Et comme le soulignait un participant, la « concertation, ce n'est pas prévu dans les écoles. Cela doit venir de l'humain, de l'intérieur ».

Reste à voir si la Communauté française viendra soutenir le projet dont le devenir repose désormais sur les épaules de la troupe.

Carine Maillard

Quand les personnes âgées devancent la mort

Le taux de suicide est de 21,1 pour 100 000 en Belgique. Le taux de suicide des 65-74 ans est de 23,4 et de 39,7 après 75 ans. Le taux monte à 35,5 pour 100 000 chez les hommes de 65 à 74 ans et à 86,8 au-delà de cette tranche d'âge. Pour les femmes, il est de respectivement 13,6 pour 100 000 entre 65 et 74 ans et de 15,6 pour 100 000 au-delà. Les provinces de Hainaut et de Liège apparaissent plus touchées que les autres. Les personnes âgées sont deux

fois plus nombreuses que les jeunes à mettre fin à leur vie de manière intentionnelle. Et le taux de suicide est deux fois plus important en maison de repos qu'au domicile. Une situation analysée lors d'un récent colloque de l'Institut européen interuniversitaire de l'action sociale (IEIAS).

Certaines personnes âgées partagent avec les adolescents un sentiment d'inutilité, une peur du déficit psychique et la crainte de l'incapacité sexuelle. Trois facteurs parmi d'autres qui, hypo-

thèse, conduisent certains et certaines parmi ces deux tranches d'âge à en finir avec la vie. Selon Claude Renard, Vice-président de la Société francophone de prévention du suicide, un véritable problème sociétal se pose avec le suicide des personnes âgées : il intervient à une période de la vie où la mort se profile comme étant dans l'ordre naturel des choses, à la différence des jeunes où le nombre d'années de vie potentiellement perdues est très important. Pourtant les chiffres sont aussi écrasants que la réalité qu'ils cernent : sur les 2146 suicides annuels en Belgique, plus de

350 concernent des hommes de plus de 65 ans et 150 des femmes de plus de 65 ans. Les aînés s'empoisonnent, se défenestrent, se pendent aux potences de leur lit, recourent aux armes à feu. « Mais il est d'autres modes opératoires que ceux-là encore, nommés équivalents suicidaires, explique Claude Renard. Ils et elles arrêtent de prendre un traitement. Je pense aux diabétiques. Des cardiaques se mettent à faire un sport violent. Il existe aussi ce qu'on qualifie de syndrome de glissement, soit une conduite passive de refus de la vie. » On notera que les derniers chiffres disponibles datent de 1997. Et qu'ils donnent une vision sous-évaluée du problème : une étude auprès des médecins généralistes montre qu'il est arrivé à un médecin traitant sur deux de déclarer comme accident un suicide, et cela notamment dans un souci de protéger l'entourage.

Culture

Les taux de suicide les plus élevés se trouvent en Hongrie, Croatie, Slovaquie, Autriche, Suisse, Belgique, France, Ukraine, Allemagne, Luxembourg, Suède, Danemark. Les taux sont nettement plus bas à Malte, en Grèce, en Irlande, au Royaume-Uni, en Pologne, en Norvège, aux Pays-Bas, en Italie, en Roumanie, en Finlande, au Portugal et en Espagne.

Un classement à mettre en rapport avec des choix politiques. « On a en Irlande, explique Claude Renard, une politique de reconnaissance de l'acquis des connaissances et des compétences acquises avec l'organisation d'échange de savoirs. Les aînés sont mis à contribution. »

On pourrait relever aussi le « poids » de la religion. « Des études américaines, je pense à celles

de Charles Reynolds, et irlandaises, se sont penchées sur les rapports entre psychiatrie et religion », explique le D^r Jérôme Pellerin du Service de psychiatrie de la personne âgée de l'Hôpital Charles Foix d'Yvry-sur-Seine. Une dimension difficile à prendre en compte dans l'installation d'une véritable politique de prévention du suicide, comme l'a souligné une représentante du Centre de prévention du suicide... Ce qu'Hélène Reboul, gérontologue et professeur à l'Université de Lyon II, illustre par le cas de Freud : « Celui-ci, atteint du cancer, avait fait promettre à son fidèle médecin de lui faire une piqûre finale. Mais ses convictions religieuses rendaient en fait le suicide impossible. »

Anthropologue des religions, Kadri Agha y va, lui, de son cri d'alarme : « Notre société suicide les vieux. Le jeunisme ambiant est mortifère. Il faut être conservé. Vieillir est hors normes. Pour 85% de l'humanité, les vieux sont une référence sociale. Ils transmettent des valeurs. Ce que font les personnes âgées en se tuant, c'est ne pas mourir. Ne pas accepter l'indifférence dans laquelle le groupe les maintient. En même temps, paradoxalement, ils soulagent la société du poids qu'ils sentent bien être. Qu'est-ce que ce monde qui nous fait vivre plus longtemps physiologiquement mais qui nous tue psychologiquement ? »

Dépression

Selon le D^r Françoise Dumont, psychiatre à l'Hôpital Vincent Van Gogh (Charleroi), le diagnostic de la dépression chez la personne âgée est crucial en matière de prévention du suicide. « On peut dire, explique-t-elle, que 90% des tentatives de suicide se déroulent en présence d'une affection

psychiatrique. Si le taux de dépression dans la population générale peut être estimé à 20%, il peut croître jusqu'à 40% en maison de repos. Il est important de l'identifier, car si le grand âge est un facteur tertiaire et l'isolement social un facteur secondaire, la dépression, elle, est bien un facteur primaire que l'on peut désamorcer. » Le sous-diagnostic a plusieurs causes : une croyance erronée, comme si grand âge et dépression allaient de pair ; pudeur des personnes âgées à évoquer leurs états d'âme. « Cependant, poursuit le D^r Françoise Dumont, les médecins qui prennent l'initiative de poser des questions sur l'état affectif de leurs patients âgés obtiennent un meilleur taux de diagnostic de la dépression. L'information est importante lorsqu'on la met en rapport avec le fait que 75% des personnes âgées se suicidant ont consulté un médecin dans le mois précédant l'acte. »

Parmi les questions à investiguer par les médecins : le sommeil, comme porte-parole de la douleur morale, les angoisses matinales, la mobilité, mais aussi la constipation « qui peut être un indice d'un non dit émotif ». Et la psychiatre carolorégienne de rappeler que les antidépresseurs sont bénéfiques dans 80% des traitements et qu'un tiers des dépressions sont ainsi guéries sans rechute. Le D^r Pellerin (Hôpital Charles Foix) met cependant en garde de s'engouffrer trop rapidement dans l'hypothèse dépressive : « L'explication peut rassurer entourage et professionnels. C'est une cause qui trouve son origine dans la personne qui est morte ou a voulu mourir. » Et de s'interroger : « N'existerait-il pas des suicides réussis, choisis ? »

Véronique Janzyk

Les grands progrès de la vaccination depuis un quart de siècle se confirment...

Mais on pourrait sauver des millions de vies supplémentaires avec de nouveaux vaccins et en renforçant les systèmes de santé

Au niveau mondial, la vaccination a beaucoup progressé au cours des 25 dernières années, mais en augmentant encore la couverture, on pourrait sauver des millions de vies supplémentaires dans les populations qui ne bénéficient pas encore de cette protection. C'est ce qu'a établi un groupe de partenaires de la vaccination lors du Congrès mondial de la vaccination à Lyon (France).

Cette conclusion ressort de l'analyse des dernières données mondiales sur la vaccination.

L'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF ont fait, avec l'appui financier des Centers for Disease Control and Prevention (Etats-Unis) et en étroite collaboration avec les ministères de la santé, un contrôle mondial de la situation pour produire des estimations annuelles de la couverture vaccinale. La synthèse des principaux résultats est la suivante.

La couverture mondiale de la vaccination par trois doses du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) s'est maintenue à 78% en 2004¹.

La couverture par trois doses de DTC atteint ou dépasse 90% dans 102 pays et plus de 80 pays se situent dans la fourchette 50-89%. Dix pays

1 L'OMS et l'UNICEF contrôlent régulièrement les couvertures nationales de la vaccination chez le nourrisson pour les maladies suivantes : tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite et Hemophilus influenzae type B. On utilise couramment la couverture par le DTC comme indicateur des résultats des systèmes de vaccination. En 1980, la couverture mondiale de la vaccination par 3 doses de DTC n'était que de 20% et seulement environ 30% des pays disposaient d'un système officiel de vaccination des nourrissons. Des progrès spectaculaires ont été accomplis dans les années 80 et se sont maintenus jusqu'à présent, malgré l'accroissement de la population mondiale. Sur les 124,6 millions d'enfants nés en 2004 et en vie à leur premier anniversaire, plus de 108 millions ont reçu au moins un vaccin et 95 millions ont reçu le BCG (le vaccin contre la tuberculose), les trois doses de DTC, le vaccin antipoliomyélique buccal et le vaccin antirougeoleux. Des systèmes de vaccination des nourrissons existent désormais dans 192 pays.



Photo © Isopix / Clajor / Isopress-Sénéport

seulement – en Afrique, en Asie et en Amérique centrale – ont encore une couverture inférieure à 50 %².

En 2004, 27 millions d'enfants n'ont pas été vaccinés par trois doses de DTC et sont, de ce fait, exposés au risque de contracter des maladies potentiellement mortelles³.

Cinq pays, la Chine, l'Inde, l'Indonésie, le Nigeria et le Pakistan, comptent chacun plus d'un million d'enfants non vaccinés, le total représentant 16,3 millions des 27 millions d'enfants non vaccinés dans le monde (soit plus de 60 %)⁴.

On a observé des progrès spectaculaires dans l'administration des vaccins contre l'hépatite B et contre *Hemophilus influenzae* type B (Hib). On compte désormais 153 pays qui vaccinent

systématiquement les nourrissons contre l'hépatite B, contre 12 en 1990. Désormais, 92 pays intègrent le vaccin contre le Hib dans les programmes de vaccination systématique, contre seulement 4 en 1991.

Maintenir le cap

« Les progrès spectaculaires de la vaccination dans les années 80 se sont maintenus grâce à l'engagement ferme des pays et des partenaires, à des stratégies efficaces et à des financements importants. Cependant, nous pouvons et devons faire mieux. Il faut apporter les vaccins aux millions de personnes qui n'en bénéficient toujours pas et tout le monde doit avoir accès aux nouveaux vaccins assurant une protection contre des maladies potentiellement mortelles », a estimé le **D^r Jean-Marie Okwo-Bele**, Directeur à l'OMS du département Vaccination, vaccins et produits biologiques.

Selon les estimations, le nombre des décès dus, dans toutes les tranches d'âge, à des maladies évitables par les vaccins recommandés actuellement par l'OMS, comme la rougeole, l'hépatite B, le Hib, la coqueluche, le tétanos et d'autres, était de 2,1 millions en 2002, dont 1,4 million d'enfants de moins de 5 ans.

Rien que pour 2003, la vaccination a permis d'éviter plus de 2 millions de décès auxquels

il faut ajouter 600 000 décès dus à l'hépatite B qui, sans le vaccin, se seraient produits à l'âge adulte.

Du point de vue historique, la vaccination est l'un des plus grands succès de la santé publique : la variole a été éradiquée en 1980, l'incidence mondiale de la poliomyélite a baissé de 99 % et, en cinq ans seulement (1999-2003), le nombre des décès dus à la rougeole dans le monde a diminué de 39 %, et même de 46 % en Afrique.

La vaccination est arrivée à un tournant de son histoire. Elle bénéficie désormais de ressources sans précédent grâce au dispositif financier international pour la vaccination (IFFIm)⁵, auquel un groupe de pays européens a encore promis US \$4 milliards récemment.

2 Il s'agit du Gabon (38 %), de la Guinée équatoriale (33 %), de Haïti (43 %), du Libéria (31 %), du Nigeria (25 %), de la Papouasie-Nouvelle-Guinée (46 %), de la République centrafricaine (40 %), de la République démocratique populaire Lao (45 %), de la Somalie (30 %) et du Vanuatu (49 %). En 2004, il y avait dans ces 10 pays 4,3 millions d'enfants qui n'avaient pas été vaccinés.

3 Parmi ces 27 millions d'enfants, on en recense 11 millions en Asie du Sud, 9 millions en Afrique subsaharienne et 3,9 millions en Asie orientale et dans le Pacifique.

4 En 2004, on comptait 8,5 millions d'enfants non vaccinés en Inde, 3,3 millions au Nigeria, 1,8 million au Pakistan, 1,6 million en Chine et 1,3 million en Indonésie.

5 L'IFFIm et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). Le dispositif financier international pour la vaccination (IFFIm) sera mis en œuvre par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, alliance historique des principales parties intéressées. On compte parmi les membres de l'Alliance un grand nombre de partenaires : pays en développement et gouvernements donateurs, l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, l'industrie du vaccin (dans les pays industrialisés comme dans ceux en développement), des instituts de recherche et des instituts techniques, des ONG, la Fondation Bill & Melinda Gates et le Fonds pour les vaccins, qui s'occupe, au sein de l'Alliance, des ressources et du financement.

« Les fonds de l'IFFIm nous permettront d'étendre la vaccination et d'introduire de nouveaux vaccins pour des millions d'enfants parmi les plus pauvres du monde. Il faut un soutien financier important pour appuyer les systèmes de santé si l'on veut que les pays développent d'une part l'accès aux vaccins traditionnels et, d'autre part, gèrent et délivrent les nouveaux vaccins », a expliqué le **D^r Julian Lob-Levyt**, Secrétaire exécutif de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI).

Au cours des dix prochaines années, on s'attend à une révolution dans la manière de concevoir, de fabriquer, de financer, de délivrer et d'administrer les nouveaux vaccins. Des avancées décisives se

produisent dans le développement des vaccins et l'on prévoit une vingtaine de nouveaux vaccins ou de vaccins améliorés dans les dix ans à venir.

Comme le rappelle le **D^r John Wecker**, Directeur Solutions vaccinales à PATH⁶, une organi-

⁶ PATH, organisation non gouvernementale internationale, trouve des solutions durables et culturellement appropriées permettant aux communautés du monde entier de rompre le cycle de la mauvaise santé. En collaborant avec divers partenaires des secteurs public et privé, elle contribue à fournir les technologies sanitaires adaptées et des stratégies vitales pour modifier les façons d'agir et de penser. Son action améliore la santé et le bien-être à l'échelle mondiale. Pour en savoir plus sur PATH, consulter le site www.path.org.

sation non gouvernementale internationale, « des progrès spectaculaires ont eu lieu dans la mise au point de plusieurs nouveaux vaccins contre des maladies touchant les enfants dans les pays en développement et encore plus de vies pourront être sauvées. Le défi que nous avons à relever, c'est de garantir l'accès à ces vaccins pour tous les enfants qui doivent pouvoir en bénéficier. »

D'après un communiqué de presse de l'OMS, 4 octobre 2005.

Pour plus d'informations, consulter www.who.int et, pour la vaccination, www.who.int/vaccines.

Top Gars, le guindailleur responsable

Les collectifs étudiants de l'UCL (cercles, régionales, kots-à-projets et AGL), soutenus par l'asbl Univers Santé, ont lancé, depuis le 30 octobre, une opération de sensibilisation et de prévention à la consommation excessive d'alcool. Cette campagne se décline sur les deux sites de Louvain-la-Neuve et de Woluwe.

Top Gars en est le héros. Sorte de "superman" de la guindaille, il va, au fur et à mesure de la campagne, dévoiler sa vraie personnalité. C'est-à-dire celle d'un franc guindailleur, buveur et noceur, mais qui a décidé de le faire sans nuire à sa santé ni au bien-être des autres.

Deux objectifs guident cette campagne, élaborée par les étudiants eux-mêmes :

- le premier est de **réduire les risques liés à une consommation excessive d'alcool**. Ces risques existent tant pour l'étudiant lui-même (problèmes de santé, notamment), que pour ses proches ou ceux qui l'entourent (risque de bagarres, de rapports sexuels non protégés, conduite en état d'ivresse...);

- le second vise la **réduction des nuisances** liées à la consommation d'alcool, qu'elles soient sonores ou environnementales. Cet aspect prend tout son sens dans le contexte urbain dans lequel se déroulent la plupart des guindailles étudiantes, tant à Louvain-la-Neuve qu'à Bruxelles.

Cette opération se développe sous la forme d'une campagne d'affichage en trois phases. La première cherche à susciter la curiosité des étudiants. La deuxième présente *Top Gars*, avec le slogan "Il arrive!".

La troisième partie de la campagne montre *Top Gars* en situation, avec des slogans ad hoc : "Top Gars, il boit, mais ne te cherche pas" ou "Si t'es dans le coton, il te raccompagne sans façon".

Les illustrations sont réalisées par le dessinateur Benoi. Elles sont placées dans les lieux fréquentés par les étudiants : cercles, salles de soirée... Cette campagne se déroule durant toute l'année académique et au-delà. Le souhait des organisateurs est que les étudiants s'approprient, dans la durée, le personnage et les messages qu'il dispense.



Infos : Martin de Duve, deduve@univers-sante.ucl.ac.be, tél.: 010 47 35 04.

Internet : www.univers-sante.ucl.ac.be

STRATÉGIE

19 ans après Ottawa, voici Bangkok

Les participants à la Sixième conférence mondiale sur la promotion de la santé, co-organisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Ministère thaïlandais de la santé publique, ont adopté le 11/8/2005 la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé.

Elle définit les principaux enjeux à traiter et les actions et engagements qui seront nécessaires pour s'occuper des déterminants de la santé dans un monde globalisé, en faisant appel aux nombreux acteurs et parties intéressés qui ont un rôle critique à jouer pour parvenir à la santé pour tous. La Charte souligne l'évolution de la situation de la santé mondiale et les défis à relever pour atteindre

les buts fixés, notamment en ce qui concerne la double charge des maladies transmissibles et des maladies chroniques, parmi lesquelles les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer et le diabète. Il faut aussi s'intéresser aux effets de la mondialisation sur la santé (inégalités croissantes, urbanisation rapide et dégradation de l'environnement) et les maîtriser.

La Charte de Bangkok donne une nouvelle orientation à la promotion de la santé en réclmant une cohérence politique, des investissements et la formation de partenariats entre les gouvernements, les organisations internationales, la société civile et le secteur privé dans le cadre de quatre engagements fondamentaux. Il s'agit notamment de veiller à ce que la promotion de la santé occupe une place centrale dans le développement mondial, qu'elle fasse partie des responsabilités essentielles des gouvernements et des bonnes pratiques des entreprises, et qu'elle soit l'un des centres d'intérêt des initiatives des communautés et de la société civile.

La Charte est le résultat du travail de beaucoup d'organisations, de réseaux et de personnalités dans de nombreux pays. Elle exhorte toutes les parties intéressées à collaborer dans le cadre d'un partenariat mondial pour honorer les engagements et mettre en œuvre les stratégies préconisées. Les actions entreprises en application de cette Charte pourront améliorer radicalement les perspectives sanitaires dans les communautés et les pays du monde entier. La Charte a été mise sur pied à la suite d'un processus consultatif ouvert auquel ont participé des représentants d'un grand nombre de groupes et d'organisations du monde entier (voir ci-dessous le sentiment d'une participante, ndlr).

Renforcer les acquis d'Ottawa

En 1986, la Charte d'Ottawa avait établi les principes fondamentaux de la promotion de la santé, qui cherche à établir les principaux facteurs de la santé, les « déterminants », et à influencer positivement sur eux. Il s'agit de facteurs économiques et sociaux, revenus, éducation, profession, conditions de travail, état mental, etc., qui déterminent l'état de santé et qui ont une influence sur des facteurs de risque comme le tabagisme, la consommation d'alcool, les habitudes alimentaires ou l'inactivité physique. Dans le cadre de la promotion de la santé, on s'efforce de donner aux gens la possibilité de maîtriser leur santé et les facteurs qui la déterminent en développant les compétences personnelles, en intégrant l'action locale et en suscitant le développement de politiques adaptées, des services de santé et de milieux favorables.

Actuellement, la promotion de la santé guide les politiques sanitaires aux niveaux mondial, national et local et participe ainsi à la réduction des risques. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé en sont deux exemples.

Pourtant, de grandes inégalités subsistent à l'échelle mondiale, notamment dans les pays en développement. Prenant la parole à la Conférence de Bangkok, le Professeur **Michael Marmot**, Président de la Commission OMS des

déterminants sociaux de la santé a relevé un grand sujet de préoccupation : le fait qu'il y a des différences d'espérance de vie allant jusqu'à 48 ans entre les pays et parfois 20 ans ou plus dans un même pays. C'est énorme, et ce n'est pas inévitable pour autant.

Des travaux de recherche de plus en plus nombreux ont établi que les facteurs sociaux étaient à la racine de nombre de ces inégalités face à la santé. L'un des défis à relever par la Charte de Bangkok a été de déterminer comment faire face au mieux aux nombreux changements et aux tendances ayant un effet crucial sur la santé et le bien-être, et comment faire évoluer les stratégies de promotion de la santé pour réduire les inégalités et mieux répondre aux demandes du nouveau millénaire.

La conférence s'est occupée de nombreux problèmes relevant de ces défis. Les débats ont abordé des thèmes très divers : le rapport entre les accords de commerce et la santé publique, la réglementation des produits nocifs, l'expérience des groupes marginalisés en matière de santé ou encore le rôle des fondations du secteur privé. Elle a été une occasion importante pour diffuser les résultats et les enseignements à tirer de l'efficacité de la promotion de la santé et pour déterminer comment faire évoluer l'action pour mieux réduire les inégalités qui persistent.

D'après un communiqué de presse de l'OMS

Symphonie inachevée

Le processus d'écriture de la charte : participation réelle mais difficile

Depuis deux ans, un texte de proposition pour une "charte de Bangkok" circulait dans des cercles de plus en plus ouverts, dans chaque continent et chaque grand groupe linguistique. De nombreuses suggestions et critiques ont fusé de toutes parts, arguant du fait que la Charte d'Ottawa était suffisante et loin d'être mise en place dans chaque pays. Alors, pourquoi faire une nouvelle charte, plutôt que des recommandations ou des déclarations comme lors des 4 conférences précédentes ? De plus, la première version de la nouvelle charte semblait dater de 30 à 40 ans !

C'est à Bangkok que j'ai reçu une réponse riche de promesses : la promotion de la santé est née en Europe et la Charte d'Ottawa est perçue par certains pays en développement comme la Charte des pays industrialisés. Cette façon de voir ouvrait de nouveaux horizons relatifs à la globalisation, au développement durable, au

marché équitable. Et nous donnait une petite leçon de modestie, à nous les représentants des pays nantis.

Que s'est-il passé à Bangkok ?

Chaque participant a reçu la dernière version de travail de la charte. Chaque rapporteur envoyait la synthèse de son atelier au groupe d'auteurs et chacun pouvait envoyer à ces derniers ses commentaires par courriel.

Les auteurs ont réellement essayé de tenir compte de l'essentiel des propositions qui leur étaient faites. Le problème, c'est que le texte évoluait sans cesse et qu'un concept introduit un jour pouvait disparaître le lendemain !

Un grand débat s'est alors ouvert. La réflexion portait sur l'essentiel de la promotion de la santé, les meilleurs arguments en faveur de ce que l'on voulait avancer et la meilleure façon d'introduire ces notions dans le projet de charte. Processus passionnant.

Le groupe des participants ressemblait à une fourmilière où chacun volait d'une réunion à un ordi-

nateur puis à une autre réunion. C'est ainsi que le concept de "settings" a été rajouté in extremis (et affreusement traduit en français par "la situation locale") et que l'accent mis sur la transmission de l'information a été adouci. Je veux parler ici des fameux concepts IEC, c'est-à-dire Information, Education et Communication, sans analyse préalable de la situation, et de son concept successeur, le "CCC" (communication pour un changement de comportement) encore moins efficace et "blâmant on ne peut mieux la victime". Hors conférence, ces deux concepts, non utilisés dans les pays industrialisés, sont des inventions de certain pays dominateur qui ne veut surtout pas entendre parler de politique ou d'économie de la santé.

Revenons à Bangkok. Le résultat de ce travail est certes intéressant mais largement incomplet. En particulier, il a été impossible de faire passer des propositions comme l'effacement de la dette du tiers monde ou, mieux encore, la fixation d'un prix juste pour les matières premières. En effet, si les multinationales payaient les matières premières

à leur juste prix (comme les individus le font de plus en plus pour certains produits du commerce équitable), la plupart des pays du tiers monde pourraient facilement payer leurs dettes... Trop risqué de toucher au privé ? Trop peur de fâcher le grand frère et de voir la charte rejetée ?

Une charte de Bangkok ressemblant à un compromis à la belge ?

Enfin, la charte elle-même, malgré l'essai de classement, semble un puzzle dont les pièces sont encore mal assemblées : l'important se perçoit mal, le fil conducteur se perd et on a l'impression de lire plusieurs fois la même chose. Le résultat est – à mon opinion – un document intermédiaire qu'il conviendrait de rendre aux régions de l'OMS pour qu'elles le terminent. Je trouverais intéressant de voir comment chacune des régions recomposerait son puzzle avec ses propres réalités, sensibilités et cultures. On est encore loin du développement culturel de la promotion de la santé.

En guise de première conclusion, il nous faut néanmoins souligner le bel effort de participation, comme jamais une réunion de l'OMS ne l'avait fait. Et comme deuxième conclusion, une proposition : la prochaine charte devrait se préparer et s'écrire en espagnol ou en chinois ou pourquoi pas en swahili, mais plus en anglais ! En effet, quelle richesse ne sont-elles pas cachées dans ces cultures ?

Enfin : la santé spirituelle...

Au début des années nonante, une proposition de changement de la définition de la santé de l'OMS a été soumise à et rejetée par l'Assemblée annuelle mondiale. Il s'agissait d'ajouter "spirituelle" à côté de la santé physique, sociale et psychologique. Cette notion fait une (très) discrète apparition dans la charte de Bangkok. Par santé spirituelle, il faut entendre croyance ou réflexion religieuse ou laïque. Il est clair qu'il ne s'agit pas seulement de religion, mais aussi d'humanisme, de la façon dont chacun perçoit le monde, l'autre, les autres, l'évolution de la

société, la place qu'il ou elle y prend. La promotion de la santé ne devrait pas faire l'impasse d'une réflexion sur le monde que nous voudrions voir dans le futur. Cette vision prophétique, laïque ou religieuse, influence implicitement ou non nos relations avec les autres, avec le savoir, avec l'éducation, avec le social et le politique. "Clarifier ses valeurs" est un objectif trop peu développé dans notre société, dans l'éducation, dans la promotion de la santé. On peut vite saisir ce que ce concept offre par exemple à la prévention de la violence sous toutes ses formes, y compris militaire, économique, institutionnelle ou politique. Espérons que cette première introduction du "spirituel" amènera une réflexion grandissante sur les valeurs qui sont les nôtres, individuellement ou collectivement.

Danielle Piette, une des participantes à la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé

La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation

11 août 2005

Introduction

Champ

La Charte de Bangkok définit les mesures et les engagements nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé par la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation.

Objet

La Charte de Bangkok stipule que les politiques et les partenariats destinés à donner aux communautés les moyens d'agir et à améliorer la santé et l'égalité en matière de santé devraient être au centre du développement national et mondial. La Charte de Bangkok reprend et complète les valeurs, principes et stratégies d'action établis par la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* et les recommandations des conférences ultérieures sur la promotion de la santé dans le monde confirmées par les Etats Membres à travers l'Assemblée mondiale de la Santé.

Public visé

La Charte de Bangkok s'adresse à toutes les personnes, associations et organisations essentielles à l'instauration de la santé, y compris les gouvernements et les politiciens à tous les niveaux, la société

civile, le secteur privé, les organisations internationales et la communauté de la santé publique.

Promotion de la santé

L'Organisation des Nations Unies reconnaît que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain sans discrimination.

La promotion de la santé repose sur ce droit de l'homme essentiel et offre un concept positif et complet de santé comme déterminant de la qualité de la vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel.

Promouvoir la santé consiste à permettre aux gens de mieux maîtriser leur santé et les facteurs qui la déterminent et par-là même d'améliorer leur santé. Il s'agit d'une fonction essentielle de la santé publique qui contribue à la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles et contre d'autres menaces pour la santé.

Agir sur les déterminants de la santé

Evolution de la situation

Le contexte mondial de la promotion de la santé

a sensiblement évolué depuis l'élaboration de la Charte d'Ottawa.

Facteurs décisifs

Voici certains des facteurs décisifs qui ont désormais une incidence sur la santé :

- les inégalités croissantes à l'intérieur des pays et entre eux ;
- les nouveaux modes de consommation et de communication ;
- la commercialisation ;
- les changements environnementaux mondiaux ;
- l'urbanisation.

Autres défis

Les autres facteurs qui agissent sur la santé sont les bouleversements sociaux, économiques et démographiques rapides, souvent préjudiciables qui se répercutent sur les conditions de travail, les conditions d'apprentissage, les structures familiales et la culture et le tissu social des communautés.

Les femmes et les hommes sont touchés différemment. La vulnérabilité des enfants et l'exclusion des populations marginalisées, des personnes handicapées et des populations autochtones sont plus prononcées.

Nouvelles possibilités

La mondialisation offre de nouvelles possibilités de coopération en vue d'améliorer la santé et de réduire les risques sanitaires transnationaux pour la santé; ces possibilités sont les suivantes :

- amélioration des technologies de l'information et de la communication;
- amélioration des mécanismes de gouvernance mondiale et de mise en commun des expériences.

Cohérence des politiques

Pour gérer les problèmes de la mondialisation, les politiques doivent être cohérentes à tous les niveaux : gouvernements, organismes des Nations Unies et autres organisations, dont le secteur privé. Cette cohérence renforcera l'observance, la transparence et la responsabilité eu égard aux accords et traités internationaux qui ont des incidences sur la santé.

Progrès accomplis

Des progrès ont eu lieu, même s'il reste beaucoup à faire pour placer la santé au centre du développement, par exemple à travers les objectifs du Millénaire pour le développement; la participation active de la société civile est essentielle au processus.

Les stratégies de promotion de la santé à l'heure de la mondialisation

Interventions efficaces

Les progrès en vue de l'amélioration de la santé dans le monde exigent une fermeté de l'action politique, une large participation et une action soutenue de sensibilisation.

La promotion de la santé repose sur un éventail de stratégies éprouvées dont il convient de tirer pleinement parti.

Mesures requises

Pour progresser dans la mise en œuvre de ces stratégies, tous les secteurs et milieux doivent s'efforcer :

- de **défendre** la cause de la santé sur la base des droits de l'homme et de la solidarité;
- de **investir** dans des politiques, des mesures et des infrastructures durables pour agir sur les déterminants de la santé;
- de **développer** les **capacités** d'élaboration de politiques, de direction, de promotion de la santé, de transfert de connaissances et de recherche et d'information en matière de santé;
- de **réglementer et de légiférer** afin d'assurer un niveau élevé de protection et d'assurer l'égalité des chances en matière de santé et de bien-être pour tous les individus;
- de **établir des partenariats et des alliances** avec le secteur public, le secteur privé, les organi-

sations non gouvernementales et internationales et la société civile, afin de mettre en place des actions durables.

Engagement en faveur de la santé pour tous

Justification

Le secteur de la santé a un rôle directeur clé à jouer dans la mise en place de politiques et de partenariats en faveur de la promotion de la santé.

Une approche intégrée au niveau des politiques générales au sein des organisations gouvernementales et internationales, ainsi que la volonté de collaborer avec la société civile et le secteur privé et avec tous les milieux, sont indispensables si l'on veut progresser et agir sur les déterminants de la santé.

Principaux engagements

Les quatre principaux engagements consistent à :

1. placer la promotion de la santé au centre de l'action mondiale en faveur du développement;
2. faire de la promotion de la santé une responsabilité centrale de l'ensemble du secteur public;
3. faire de la promotion de la santé un axe essentiel de l'action communautaire et de la société civile;
4. faire de la promotion de la santé une exigence de bonne pratique au niveau des entreprises.

1. Placer la promotion de la santé au centre de l'action mondiale en faveur du développement

Des accords intergouvernementaux solides susceptibles d'améliorer la santé et la sécurité sanitaire collective sont nécessaires. Les organismes gouvernementaux et internationaux doivent s'efforcer de combler l'écart entre riches et pauvres en matière de santé. Des mécanismes efficaces de gouvernance mondiale s'imposent pour contrer tous les effets préjudiciables du commerce, des produits, des services, et des stratégies de commercialisation.

La promotion de la santé doit faire partie intégrante de la politique intérieure et étrangère et des relations internationales, y compris dans les situations de guerre et de conflit.

Pour cela, il faudra promouvoir le dialogue et la coopération entre les Etats, la société civile et le secteur privé. Ces efforts peuvent s'inspirer de l'exemple des traités existants tels que la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac.

2. Faire de la promotion de la santé une responsabilité centrale de l'ensemble du secteur public

Tous les gouvernements à tous les niveaux doivent s'attaquer d'urgence aux problèmes de santé et aux inégalités en matière de santé car la santé est un des déterminants majeurs du développement politique et socio-économique. Les autorités locales, régionales et nationales doivent :

- donner la priorité aux investissements dans le domaine de la santé, à l'intérieur comme à l'extérieur du secteur de la santé;
- garantir un financement durable à la promotion de la santé.

A cette fin, tous les échelons gouvernementaux doivent expliciter les conséquences pour la santé des politiques et de la législation, en utilisant pour cela des outils tels que les études d'impact sanitaire axées sur l'équité.

3. Faire de la promotion de la santé un axe essentiel de l'action communautaire et de la société civile

Ce sont souvent les communautés et la société civile qui prennent l'initiative de l'action de promotion de la santé, qui l'infléchissent et l'exécutent. Elles doivent pour cela disposer des droits, des ressources et des possibilités qui leur permettent d'apporter une contribution élargie et durable. Dans les communautés moins développées, le soutien au renforcement des capacités est particulièrement important.

Des communautés bien organisées et plus autonomes jouent un rôle très efficace dans les décisions relatives à leur propre santé et sont en mesure de rendre les pouvoirs publics et le secteur privé responsables des conséquences sanitaires de leurs politiques et pratiques.

La société civile doit exercer son pouvoir sur le marché en donnant la préférence aux biens, aux services et aux actions des entreprises qui font preuve de responsabilité sociale.

Les projets communautaires de terrain, les associations de la société civile et les organisations de femmes ont fait la preuve de leur efficacité en matière de promotion de la santé et offrent des modèles de pratiques dont d'autres pourraient s'inspirer.

Les associations professionnelles dans le domaine de la santé ont une contribution spéciale à apporter.

4. Faire de la promotion de la santé une exigence de bonne pratique au niveau des entreprises

Les entreprises ont un impact direct sur la santé des gens et sur les déterminants de la santé par leur influence sur la situation locale, les cultures nationales, l'environnement, et la répartition des richesses.

Le secteur privé comme les autres employeurs et le secteur informel ont la responsabilité de garantir la santé et la sécurité sur le lieu de travail et de promouvoir la santé et le bien-être de leurs employés et ceux de leurs familles et de leurs communautés.

Le secteur privé peut également contribuer à atténuer les impacts plus larges sur la santé au niveau mondial, notamment les conséquences des changements environnementaux mondiaux, en respectant les réglementations et accords nationaux et internationaux de défense et de protection de la santé. Des pratiques commerciales éthiques

et responsables et le commerce équitable sont des exemples du type de pratiques commerciales qui devraient être soutenues par les consommateurs et la société civile et par les gouvernements au moyen d'incitations et de réglementations.

Un engagement mondial en faveur du changement

Tous pour la santé

Pour tenir ces engagements, il faudra mieux appliquer les stratégies éprouvées et utiliser de nouveaux points d'entrée en ayant recours à des mesures novatrices.

Les partenariats, les alliances, les réseaux et autres collaborations offrent des moyens intéressants et utiles de rassembler des personnes et des organisations autour de buts communs et d'actions conjointes pour améliorer la santé des populations.

Chaque secteur – organisations intergouvernementales, gouvernements, société civile et secteur privé – a un rôle et des responsabilités propres.

Comblant l'écart entre théorie et pratique

Depuis l'adoption de la *Charte d'Ottawa*, un certain nombre de résolutions ont été adoptées aux niveaux national et mondial à l'appui de la promotion de la santé, mais elles n'ont pas toujours été suivies d'effet. Les participants à la Conférence de Bangkok demandent fermement aux Etats Membres de l'Organisation mondiale de la santé de s'efforcer de combler cet écart entre les textes et leur mise en œuvre et de mettre en place des politiques et des partenariats pour l'action.

Appel à l'action

Les participants à la Conférence invitent instamment l'Organisation mondiale de la santé et ses Etats Membres, en collaboration avec des tiers, à allouer des ressources à la promotion de la santé, à établir des plans d'action et à en suivre l'exécution au moyen d'indicateurs et de cibles appropriés, et à rendre compte des progrès accomplis à intervalles réguliers. Les organisations des Nations Unies sont invitées à étudier les avantages que pourrait apporter un traité mondial pour la santé.

Partenariat mondial

La Charte de Bangkok invite toutes les parties prenantes à rejoindre les rangs d'un partenariat mondial destiné à promouvoir la santé et fondé sur l'engagement et l'action aux niveaux local et mondial.

Engagement en faveur de l'amélioration de la santé

Nous, participants à la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé à Bangkok (Thaïlande), nous engageons à promouvoir ces mesures et ces engagements en vue d'améliorer la santé.

Note

La présente charte exprime l'avis collectif d'un groupe international d'experts participant à la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, Bangkok (Thaïlande) en août 2005 et ne correspond pas nécessairement aux décisions ou à la politique officielle de l'Organisation mondiale de la santé.

Soins de santé : des choix plus explicites et une garantie d'équilibre

L'assurance maladie est devenue la branche la plus importante de la sécurité sociale et de nombreux acteurs attendent impatiemment la fixation du budget qui déterminera l'accessibilité des soins au cours de l'année à venir. Progressivement, c'est également la qualité des soins qui est de plus en plus concernée et, à terme, toute l'organisation du système. Une fois n'est pas coutume, il nous a semblé intéressant de présenter à nos lecteurs les enjeux en la matière, qui permettent de mettre en perspective les efforts constants mais bien modestes des Communautés en faveur de la prévention, comparés aux engagements budgétaires fédéraux en faveur des soins de santé.

Le 3 octobre dernier, les membres du comité de l'assurance – l'instance où siègent les mutualités et les représentants des prestataires – se réunissaient pour concrétiser la nouvelle procédure budgétaire. En effet, dorénavant, il leur incombe de fixer les enveloppes budgétaires de tous les secteurs de soins en respectant scrupuleusement une *norme de croissance réelle des dépenses de santé* (lire encadré).

Traditionnellement, les membres du comité de l'assurance proposaient un budget global dont le

La norme de croissance réelle des dépenses de santé

Depuis le 1^{er} janvier 1995, la loi impose une norme de croissance aux dépenses du secteur de l'assurance maladie. Cette norme consiste à limiter la hausse annuelle des dépenses à un certain pourcentage en dehors de l'inflation.

De 1995 à 1999, cette norme s'élevait à 1,5 %; de 1999 à 2003, elle a été augmentée à 2,5 % et à partir de 2004, le Gouvernement a admis que les dépenses pouvaient augmenter de 4,5 % chaque année. Ces taux sont des taux réels, cela signifie que si le niveau général des prix (que l'on appelle communément l'inflation) augmente de 2,5 % par exemple, les dépenses pourront augmenter de 7 % (4,5 % + 2,5 %)

montant ne respectait pas cette norme, principalement afin d'envoyer un signal au gouvernement qui devait en déduire que de nombreux besoins n'étaient pas couverts et qu'il fallait prévoir un budget supérieur pour assurer l'accessibilité de nouveaux soins, de nouvelles technologies ou de nouveaux médicaments.

La nouvelle procédure rompt avec cette habitude, car elle impose d'effectuer l'exercice budgétaire dans le cadre d'un budget légal, normé. Pour 2006, le montant disponible correspond au budget 2005 auquel on ajoute 4,5 % de croissance réelle autorisée et l'inflation prévue de 2,2 %, ce qui correspond au total à 18,427 milliards d'euros.

La seconde nouveauté consiste à donner l'opportunité aux membres du comité de l'assurance de fixer chaque budget sectoriel. Par exemple celui des médecins, des infirmières, des opticiens, de la dialyse, des maisons de repos, des maisons de soins psychiatriques... On distingue ainsi une cinquantaine de postes dont l'importance budgétaire est évidemment très variable, de 5,5 milliards d'euros pour tous les honoraires médicaux à 8 millions pour les accoucheuses.

Le comité de l'assurance avait courageusement fait des choix explicites en faveur des généralistes, des soins préventifs chez le dentiste ou de la présence continue de kinésithérapeutes en maisons de repos. Les mutualités et les prestataires s'étaient également entendus pour améliorer l'accessibilité des soins chez les opticiens pour les enfants de moins de douze ans, pour mieux rembourser certains implants dont le coût est souvent supporté par le patient, pour

rendre certaines prestations plus accessibles aux indépendants et pour octroyer un meilleur remboursement aux chômeurs de longue durée de moins de 50 ans.

Pour chacun des secteurs, le comité de l'assurance avait prévu, à l'euro près, la manière dont le budget pouvait être obtenu ; soit en utilisant des marges de manœuvre disponibles, soit en créant des marges au moyen de mesures d'économie. Il était par exemple prévu de veiller au respect des indications pour lesquelles les médicaments étaient admis au remboursement, ce qui permettait de réaliser des économies avec lesquelles on pouvait revaloriser la fonction du généraliste mais aussi rembourser une alimentation très spécifique pour des malades qui ne peuvent se contenter d'une nourriture ordinaire.

Le Ministre impose sa marque... très prudente

La nouvelle procédure prévoit toutefois que les propositions du comité de l'assurance doivent être avalisées par le conseil général, instance supérieure où siègent les mutualités, les syndicats et le patronat. On y retrouve aussi les représentants du gouvernement et celui notamment du Ministre des Affaires sociales.

Le 10 octobre, devant le conseil au grand complet, le **Ministre Demotte** fait savoir qu'il se

réjouit du travail constructif du comité de l'assurance, au sein duquel les mutualités chrétiennes ont été très actives. Cependant, il estime aussi que d'autres priorités doivent être mises en avant et il recommande, pour commencer, la constitution d'une réserve de 80 millions d'euros qui ne pourra être utilisée que pendant le temps nécessaire à mettre en œuvre des mesures d'économie en cas de dérapage. Ces mesures sont d'ailleurs assurées par la nouvelle loi qui prévoit un audit permanent réalisé par les services de l'Inami. Une garantie légale qui n'apparaît pas suffisante au Ministre puisqu'il impose aux firmes pharmaceutiques de constituer une réserve supplémentaire qui devra atteindre 72 millions d'euros au 15 septembre 2006 et 100 millions d'euros au 15 septembre 2007.

Les comptes 2005 sont pourtant excellents, ceux de 2006 s'annoncent bien et la loi permet une réaction rapide en cas de dépassement. Quelles sont alors les intentions du gouvernement ? On ne peut ignorer que le secteur des soins de santé doit participer, comme tous les autres, à la présentation d'un budget fédéral en équilibre. Il n'est donc pas interdit de craindre que les contraintes prudentielles soient un argument, dans le cas de leur respect, à une réduction légale de la norme de croissance dans le futur. On comprendra en effet aisément que si l'assurance maladie peut 'se passer' de 80 millions d'euros

en 2006, on pourrait lui demander de le faire de manière structurelle.

De bonnes mesures mais quelques frustrations

Le Ministre a admis que les choix du comité de l'assurance étaient justes et judicieux dans le secteur des opticiens, de la dentisterie, de la rééducation fonctionnelle (sans pour autant lui accorder une hausse de budget) et pour la médecine générale. Toutefois, sa réserve de sécurité et quelques dossiers auxquels il semblait particulièrement tenir, ont bouleversé substantiellement la copie des partenaires du comité de l'assurance, en déclenchant une certaine déception, car certains n'ont pas ménagé leurs peines pour établir un budget équilibré financièrement mais aussi humainement.

Au-delà d'une éventuelle critique constructive des choix personnels du Ministre, la méthode laisse perplexe car c'est bien le Ministre qui a souhaité imposer un cadre de travail très contraignant aux membres du comité de l'assurance. Espérons que cela ne découragera pas les acteurs à prendre leurs responsabilités au cours des mois à venir.

Christian Léonard, Chef du Département Recherches & Développement des Mutualités chrétiennes

BRÈVES

Santé mentale

Bruxelles

Du 13 janvier 2006 au 15 décembre 2006

L'Unité d'anthropologie et de sociologie (ANSO) de l'UCL et le Service de santé mentale "Le Méridien" / APSY, en collaboration avec l'Institut universitaire de formation continue (IUFC), démarrent leur nouvelle formation universitaire dans les locaux du Méridien, à Bruxelles.

Le certificat "Santé mentale en contexte social" s'adresse à des professionnels de la santé, de l'aide sociale, de l'aide à la jeunesse, de l'éducation, du logement social, du monde judiciaire, de l'administration et des collectivités locales, confrontés à des situations d'interculturalité, de précarité, d'exil, de stigmatisation et d'exclusion sociale.

Lieu : les sessions ont lieu au "Méridien", rue du Méridien 68, 1210 Bruxelles.

Dates : la formation débute le 13 janvier 2006 et s'achève le 15 décembre 2006. Les 72 heures du programme sont réparties en 24 séances de 3 h, au rythme de 3 séances par mois (congés scolaires et veilles de longs week-end exclus), le vendredi après-midi de 14 h à 17 h.

Certification : les participants qui suivent activement la formation et réussissent l'épreuve d'évaluation des connaissances organisée à l'issue du programme se voient délivrer un certificat d'université en santé

mentale en contexte social. Le certificat équivaut à 10 crédits européens. Ces crédits sont valorisables à l'échelle européenne lors de la poursuite d'une autre formation universitaire.

Les droits d'inscription au certificat se montent à 800 euros. Ce montant couvre la participation aux sessions et aux ateliers, les supports documentaires, l'épreuve de certification et les pauses-café. Possibilité d'étalement de paiement. La demande d'accréditation pour les médecins a été introduite.

Inscriptions : les formulaires de candidature peuvent être remplis en ligne sur <http://www.iufc.ucl.ac.be/formation/mentale/index.html>, ou peuvent être demandés à

l'adresse : Service de santé mentale "Le Méridien" rue du Méridien 68, à 1210 Bruxelles. Tél.: 0484 59 86 44. Courriel : jamouille@anso.ucl.ac.be.

Deuil

Liège

A partir du 31 janvier 2006

Le Centre de planning et de consultations conjugales et familiales « Estelle Mazy » organise un nouveau *groupe de parole pour personnes endeuillées* à partir du mardi 31 janvier à 20h, rue de la Cathédrale 97, 4000 Liège.

Le groupe de 6 à 10 personnes se réunira au rythme d'une fois tous les quinze jours, le mardi de 20 à 22 h. Il est animé par **Anne Franssen-Deuse** et **Claire Eyen-Louis**, psychologues.

Pour tout renseignement, contacter le Centre au 04-223 51 20.

Communication

Liège

2 et 9 février 2006

Le planning familial le « 37 » organise deux journées de formation sur le thème « Et si on communiquait vrai ? »

Afin d'améliorer vos relations aux autres et pour vous affirmer de façon plus adaptée, le « 37 », vous propose un atelier « communication ». A l'aide de jeux de rôle, d'exercices collectifs et d'outils concrets, cet atelier vous aidera à mieux communiquer.

Pour qui ? Pour tous.

Quand ? Les jeudis 2 et 9 février 2006 de 9h à 16h30.

Où ? Au « 37 », Rue Saint Gilles 29 à Liège.

Combien ? 25 € pour les 2 journées.

Inscription préalable indispensable, le nombre de places étant limité à 12.

Contact : 04 223 77 89.

Formation

Namur

Février, mars 2006

Formation en promotion de la santé organisée par l'asbl Repères, à l'intention des professionnels qui développent une pratique en promotion de la santé : PSE, PMS, planning familial, éducateurs, travailleurs sociaux... Elle dure 4 jours, suivis de 6 ateliers mensuels d'échanges de pratiques.

Formation : 3 février, 24 février, 10 mars, 24 mars 2006.

Ateliers : 21 avril, 2 mai, 2 juin, 23 juin, 8 septembre, 29 septembre 2006.

Coût : 100 €.

Renseignements et inscriptions : 010-45 73 31.

Formation

Bruxelles

Février, mars 2006

Formation en promotion de la santé organisée par l'asbl Repères, à l'intention des professionnels qui développent une pratique en promotion de la santé : PSE, PMS, planning familial, éducateurs, travailleurs sociaux... Elle dure 4 jours, suivis de 6 ateliers mensuels d'échanges de pratiques.

Formation : 3 février, 24 février, 10 mars, 24 mars 2006.

Ateliers : 21 avril, 2 mai, 2 juin, 23 juin, 8 septembre, 29 septembre 2006.

Coût : 100 €.

Renseignements et inscriptions : 010-45 73 31.

Suicide

Bruxelles

5 et 6 février 2006

Le Centre de prévention du suicide organise les 3^e Journées de prévention du suicide.

Ces journées s'articulent sur deux axes : d'une part, sensibiliser le public à la question du suicide en lui proposant de rencontrer et d'interpeller des professionnels de la prévention; d'autre part, conduire avec les acteurs concernés une réflexion sur l'acte suicidaire et sur l'accompagnement des personnes suicidaires.

Au programme :

▪ Le dimanche 5 février à 17h30, au Théâtre National « Le suicide, parlons-en ?! », forum-débat entre le public et des professionnels locaux de la prévention (ouvert à tous).

Divers intervenants, spécialisés notamment dans le travail social auprès des adolescents, seront invités à se joindre à la discussion.

La rencontre est organisée au Théâtre National dans le cadre des représentations du spectacle « Norway.Today », « fable existentielle » qui aborde avec pudeur, humour mais non sans gravité, la question du « comment vivre » chez deux adolescents. Plus d'infos sur www.theatrenational.be.

L'accès est libre et gratuit.

▪ Le lundi 6 février à 20h, à l'ULB, « Qu'est-ce qui fait vivre ? Le suicide : échec ou carence de vie », conférence pluridisciplinaire.

Le Centre de Prévention du Suicide, depuis quelques années, contribue à mettre en place un réseau

d'associations actives dans le domaine de la prévention du suicide, permettant l'échange régulier des savoirs et savoirs-faire de chacun.

Au-delà de cette démarche pragmatique, l'envie est d'ouvrir la réflexion sur le suicide et l'acte suicidaire à l'ensemble de la communauté scientifique et professionnelle concernée.

A cette occasion, les intervenants confronteront leurs différents points de vue philosophiques, éthiques, psychologiques dans un débat avec la salle qui se veut ouvert et multidisciplinaire.

La conférence s'adresse à tous, mais cherche évidemment à sensibiliser largement le monde scientifique et professionnel concerné ainsi que les étudiants de toutes disciplines.

Renseignements : Cristel Baetens, chargée de la Communication, Centre de Prévention du Suicide, Place du Châtelain 46, 1050 Bruxelles. Tél : 02 650 09 41.

Courriel : cristel.baetens@skynet.be.

Internet : www.preventionsuicide.be

Drogue

Bruxelles

Février, avril et mai 2006

Prospective Jeunesse organise un module interdisciplinaire de formation (3 jours) destiné à tout adulte relais confronté à la question des drogues : intervenants psycho-médico-sociaux, enseignants, éducateurs, parents, stagiaires, etc. Prochaines sessions : les 13, 15, 20 février et les 24, 25 avril et 3 mai.

Renseignements : Prospective Jeunesse, Claire Haesaerts, tél : 02-512 17 66, fax : 02-513 24.02, courriel : claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be

Education à l'environnement

L'état de notre environnement est avant tout une histoire de comportements. Et qui dit comportement dit éducation. Pour armer tous les acteurs de l'éducation – enseignants, animateurs, éco-conseillers, parents... – le site franco-belge www.envirodoc.org présente et commente plus de 3000 outils pédagogiques en éducation à l'environnement, des classiques aux moins connus, pour la plupart consultables au centre de documentation du Réseau IDée.

Des outils sur tous les thèmes, pour tous les goûts, tous les âges et sous toutes les formes : dossiers, livres, vidéos, CD-Rom, expositions, sites Internet, jeux, malles... Un module de recherche simple permet en quelques clics de trouver son bonheur.

Outre cette base de données, www.envirodoc.org présente une sélection de sites web pédagogiques, suggère quelques outils incontournables et propose en prêt des malles thématiques.

Ce site a été réalisé dans le cadre d'un projet européen « Interreg » visant le développement d'échanges franco-belges sur l'information, la documentation et l'évaluation en matière d'éducation relative à l'environnement. Il est le fruit d'une collaboration entre le Réseau IDée (Belgique) et la Maison de la Nature et de l'Environnement de Lille (France).

Réseau IDée, centre de documentation, Sandrine Hallet, rue Royale 266, 1210 Bruxelles. Tél.: 02-286 95 70.

Fax.: 02-286 95 79.

Courriel : sandrine.hallet@reseau-idee.be.

Internet : www.reseau-idee.be

Consultation du centre de documentation uniquement sur rendez-vous

Emploi - demande

Assistante sociale, institutrice primaire (riche expérience de terrain), formée en communication pour la santé (CERES ULg) vous offre ses compétences dans des domaines variés : animation, gestion de projet, création et diffusion d'outil pédagogique en santé...

Coordonnées : Chantal Caufriez, rue de la Paix 15, 4610 Beyne-Heusy. Tél.: 0479 49 73 00.

Emploi - demande

Cadre en insertion de SDF en Ile-de-France cherche poste similaire en Belgique, avec développement d'un projet d'insertion de publics en grande difficulté par le travail et le logement.

Coordonnées : Gérard Vérité, 53 rue Mathie, 80150 Vironchaux (France).

Tél.: 00 33 (0) 3 22 29 89 54 ou 00 33 (0) 6 74 79 66 91.

Tribune

Le moment de vous adresser mes meilleurs vœux est aussi celui des bonnes résolutions. J'en prends au moins une concernant Education Santé, c'est d'offrir un espace à la réflexion brève pertinente et/ou impertinente, sans tabou, sans souci de plaire ou déplaire, sans littérature.

A partir du mois de mars, vous trouverez ici chaque mois une colonne de libre expression sur un sujet d'actualité ou non, sur une caractéristique nouvelle de notre vie en commun qui vous énerve ou qui vous réjouit, sur les modalités de mise en exergue des questions de santé dans notre société, sur la grande misère de la promotion de la santé en Communauté française (pour le versant gris foncé) ou les succès du 'nouveau' paradigme de la prévention faisant doucement son chemin dans les esprits et les comportements (pour le versant gris clair), sur...

Qui est prêt à relever le défi ? J'attends vos réactions et textes courts (2500 signes maximum espaces non compris) à mon adresse christian.debock@mc.be!

Brèves

En raison de la parution d'un gros dossier dans *Education Santé* n° 209 de février 2006, la rubrique 'Brèves' ne pourra exceptionnellement pas être publiée ce mois-là. Toutes les annonces de colloques, conférences, formations, etc., seront néanmoins accessibles sur notre site <http://www.educationsante.be> à la rubrique 'Agenda'.

Bon à savoir!



Qualité de vie

Seine-Saint-Denis : une Maison à l'écoute des souffrances des jeunes, *Denis Dangaix*

"Permettre aux adolescents d'accéder à l'écoute et aux soins", *Benoît Dutray*

Dossier - Médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ?

Editorial

Education pour la santé en médecine et en officine : sortir des vœux pieux!, *Isabelle Vincent, Maryse Karrer*

Médecins/pharmaciens et éducation pour la santé : fondements théoriques

Education pour la santé : reconnaître les "nouveaux rôles" des médecins et pharmaciens, *Alain Deccache*

Consultations médicales : de la communication à l'éducation pour la santé, *Cécile Fournier, Sandra Kerzamet*

Les pratiques des professionnels

Médecins, pharmaciens : un rôle confirmé dans la prévention, *Arnaud Gautier, Philippe Guilbert*

S'informer et informer : médecins et pharmaciens parlent de prévention, *Pierre Buttet, Hélène Bourdessol*

Pharmaciens : informateurs, conseillers... mais peu éducateurs, *Guyène Cayre, Jean-François Collin*

La prévention ne peut plus se passer des professionnels de santé! *Christian Saout*

Développer la promotion de la santé et la formation

Pratiques éducatives en médecine : le rôle du Conseil de l'Ordre, *Jean Pouillard*

Un comité pour accompagner les pharmaciens dans la prévention, *Fabienne Blanchet, Claude Dreux*

Education pour la santé : quel enseignement en médecine générale, *Pierre-Louis Druais*

L'éducation pour la santé a-t-elle sa place dans la formation médicale continue ? *Brigitte Sandrin-Berthon*

Formation continue des médecins : une opportunité pour l'éducation à la santé, *Claude Rosenzweig*

Pratiques innovantes : exemples en France et en Belgique

"Professionnel accueillant avant d'être médecin", *Pierre Moulin*

Quand médecins et pharmaciens expérimentent l'éducation pour la santé, *Maryse Karrer, Isabelle Vincent*

La maison médicale : une expérience innovante mais minoritaire, *Jean Laperche*

L'Alsace forme médecins et pharmaciens au sevrage tabagique, *Alain Lion, Claude Bronner, Anne de Blauwe, Catherine Diesel*

Pour en savoir plus

Sandra Kerzamet, Olivier Delmer

La santé en chiffres

Médecins généralistes : évoquer la violence n'est plus tabou, *Colette Ménard*

Lectures-Outils

Catherine Lavielle, Olivier Delmer

L'abonnement à *La Santé de l'Homme* (6 numéros par an) est de 28 € pour la France métropolitaine et de 38 € pour la Belgique.

Pour tout renseignement : *La Santé de l'Homme, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 42 Bd de la Libération, F-93203 Saint-Denis cedex.*

Tél. 1 49 33 22 22. Fax 1 49 33 23 90.

Internet : www.inpes.sante.fr

Sommaire

Initiatives

Interdiction de fumer sur le lieu de travail, par <i>Carine Maillard</i>	2
Quand Philip Morris manipule..., par <i>OxyRomandie</i>	3
Aide au sevrage tabagique chez la femme enceinte et son partenaire	6
Tabac : dénormalisation musclée	6
Pub antitabac sur les produits de tabac	7
Retour sur la campagne "Sans latex, sous aucun prétexte", par <i>Cécile Duvivier</i>	7
La drogue mise en scène à Uccle, par <i>Carine Maillard</i>	9
Quand les personnes âgées devancent la mort, par <i>Véronique Janzyk</i>	10
Progrès de la vaccination	11
Top Gars, le guindailleur responsable	13

Stratégies

19 ans après Ottawa, voici Bangkok	13
Symphonie inachevée, par <i>Danielle Piette</i>	14
La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation	15
Fixer le budget des soins de santé : choix explicites et recherche d'équilibre, par <i>Christian Léonard</i>	17

Brèves

18

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique, 25 € pour 11 numéros pour l'étranger. Paiement par virement bancaire sans frais.

RIB : BACBBEBB. IBAN : BE60 7995 5245 0970. Si paiement par chèque, ajouter 20 € pour les frais bancaires.

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.

Rédaction : Maryse Van Audenhaege, Carole Feulien.

Documentation : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

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, Carine Maillard, 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 : 3.000 exemplaires.

Diffusion : 2.800 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.