



**Santé et habitat : des relations étroites en pages 3 et 15**

# L'ABC du risque cardio-vasculaire global

Qu'est-ce que le « risque cardio-vasculaire global »?

C'est une seule mesure qui regroupe les principaux facteurs de risque de l'athérosclérose. Cette démarche, nouvelle en médecine, permet de prendre en compte *simultanément* les 8 principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, en relativisant l'impact du cholestérol par rapport au tabac, à l'hypertension artérielle ou à l'excès de poids, et vice-versa...

En médecine générale, cette nouvelle approche nous semble particulièrement pertinente pour deux raisons :

- elle nous permet de relativiser et de globaliser l'impact de tous ces facteurs sur la santé cardio-vasculaire d'un patient en particulier, et de pouvoir négocier avec lui ce qu'il est réaliste, aujourd'hui, de vouloir modifier si nécessaire.
- cette démarche nous permet également de renforcer notre approche globale de la santé. Car le tabac, le poids ou l'alimentation déséquilibrée sont également utiles à prendre en compte dans beaucoup d'autres situations que le contexte cardio-vasculaire : la prévention des cancers, les douleurs de gonarthrose, etc.

## Trois étapes : dépistage, détermination du risque et prise en charge

La première étape est de rassembler l'information sur les huit facteurs de risque cardio-vasculaires principaux, classiquement reconnus comme intervenant dans les maladies ischémiques.

Cette étape est purement clinique; le généraliste regroupe les informations suivantes :

A (âge) Le patient est-il âgé de plus de 50 ans ?  
B (briquet) Fume-t-il au moins une cigarette chaque jour ?

C (cholestérol) A-t-il des antécédents de cholestérol perturbé ?

D (diabète de type 2) A-t-il un diabète de type 2 connu (glycémies à jeun > à 126 mg/ml à deux moments)?

E (événement) A-t-il des antécédents d'événement personnel ischémique ?

F (familial) A-t-il des antécédents familiaux cardio-vasculaires, chez les proches au premier degré (avant 55 ans chez le père ou un frère; avant 65 ans chez la mère ou une sœur)?

G (graisse) Présente-t-il un excès de graisse (BMI > à 30 kg/m<sup>2</sup> et/ou tour de taille supérieur à 102 cm chez l'homme et à 88 cm chez la femme)?

Cette recherche-action est conçue et réalisée par et pour des généralistes rassemblés au sein de l'asbl Promotion Santé et Médecine Générale, née d'un partenariat entre la Société Scientifique de Médecine Générale et la Fédération des maisons médicales et créée à la suite du projet.

Elle continue toujours en 2006 : affiche prévue pour la salle d'attente, documents pour les patients, cadastre des ressources locales pour l'accompagnement des patients présentant un risque cardio-vasculaire, formation et discussion de cas de suivi de patients à risque cardio-vasculaire identifié.

Des interventions et les prémisses d'un travail en partenariat sont prévues pour 2007.

H (hypertension) A-t-il une hypertension artérielle traitée ou mesurée supérieure à 140 / 90 mm Hg à plusieurs reprises ?

La deuxième étape consiste à déterminer le risque cardio-vasculaire global.

Les informations recueillies permettent de classer immédiatement le patient dans l'un des 4 groupes à risque suivants.

Risque d'emblée élevé : facteur de risque E et/ou D (Rouge)

Risque d'emblée bas : aucun facteur de risque clinique (Vert)

Risque lié au tabac uniquement : facteur de risque B (Brun). Le sevrage est associé à un risque bas après 2 ans.

Risque à déterminer : un (A, C, F, G, H) ou plusieurs (A, B, C, F, G, H) facteurs de risque (Mauve).

Un patient sur deux fera d'emblée partie de l'un des trois premiers groupes (rouge, vert, brun).

L'autre moitié se retrouve dans le groupe des patients à risque indéterminé<sup>2</sup> (mauve). C'est uniquement dans ce groupe-là qu'un profil lipidique associé à une glycémie est nécessaire, pour déterminer le risque cardio-vasculaire global grâce aux tables de risque selon le projet SCORE ou l'étude de Framingham : la table précise si le patient est à risque élevé (rouge), moyen (orange) ou bas (vert).

La troisième étape est une prise en charge prioritaire des patients à risque cardio-vasculaire global élevé (rouge) ou moyen (orange) et des patients fumeurs (brun).

Douze cibles thérapeutiques sont définies dont

6 ont un niveau de preuve EBM élevé I (essais randomisés) à II (études de cohorte).

0 (zéro) : absence de tabagisme (EBM II).

M : alimentation de type méditerranéen (EBM I).

E : exercices physiques : 3 X 30 minutes par semaine (EBM II).

P : inhibition plaquettaire : acide acétylsalicylique (EBM I).

C : inhibition du cholestérol : une statine essentiellement pour son rôle de stabilisateur de plaque, même en cas de cholestérol normal (EBM I).

A : inhibition de l'angiotensine : un IEC (ou sartan en cas d'intolérance) pour son rôle protecteur au niveau des artères, même en cas de pression artérielle normale (EBM I).

Ces 6 cibles principales se retiennent sous forme d'une plaque minéralogique : OMEPCA

Les autres cibles thérapeutiques sont les suivantes :

HbA<sub>1c</sub><sup>3</sup> < 7 % (si diabète de type 2) (EBM II)

Cholestérol total < 190 mg/dl

LDL-Cholestérol < 115 mg/dl

Tension artérielle systolique < 130 mm Hg

Tension artérielle diastolique < 85 mm Hg

BMI (indice de masse corporelle) < 25

Les cinq dernières cibles thérapeutiques ont un niveau de preuve EBM IV (opinions d'experts).

Il existe une plaquette présentant ces trois étapes, elle est consultable sur le site [www.ssmq.be](http://www.ssmq.be)

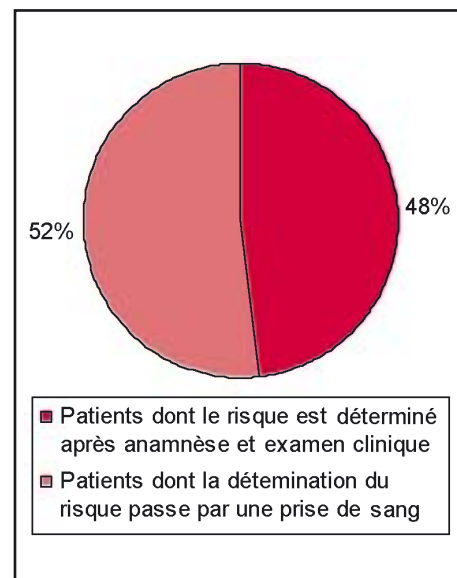


Figure 1 - Dépistage du risque cardio-vasculaire global

1 De Muylder R., Jeanjean M., Paulus D., Descamps O., Selvais P., Chenu P., Boland B.: Un algorithme pour la prévention cardio-vasculaire en médecine générale, Louvain Med. 2004; 123 : S235-S240.

2 Résultats extraits d'une étude pilote réalisée en Communauté française de Belgique en 2004 auprès de 3200 patients avec 80 généralistes. Ces résultats seront détaillés dans un prochain numéro de cette revue.

3 Dosage de l'hémoglobine glycosylée, qui permet de surveiller l'équilibre glycémique chez les diabétiques.

En conclusion, nous pouvons affirmer que le risque cardio-vasculaire global peut être facilement déterminé par le médecin généraliste en consultation courante pour les patients de 30 à 75 ans.

Nous présenterons, dans une prochaine rubrique, comment, pas à pas, le généraliste peut accompagner ce patient à risque vers une ou plusieurs de ces cibles. Tout un programme!

D'après un article de **Patricia Eeckeleers**, commenté par **Jean Laperche**, médecin généraliste, Fédération des maisons médicales

Adresse de l'auteur : Fédération des maisons médicales, Bd du midi 25/5, 1000 Bruxelles.

Tél.: 02/514 40 14. Fax : 02 514 40 04

Cette série d'articles est également publiée par la Revue de médecine générale de la Société scientifique de médecine générale.



## Santé et habitat

### Des constats aux actions

**L'impact d'une mauvaise qualité de l'air intérieur d'une habitation sur la santé de ses habitants est de plus en plus souvent évoqué. Mais comment faire travailler de concert ceux qui constatent pour les uns des troubles de santé, pour les autres les problèmes de salubrité, afin d'établir les liens utiles entre les deux? Question que se sont posée les départements de médecine générale et santé primaire des Universités de Gand et de Bruxelles (ULB), qui ont organisé des tables rondes avec des professionnels de tous horizons, l'une à Gand, l'autre à Bruxelles le 30 mai dernier.**

Le constat a été dressé il y a peu dans l'étude « Santé dans les grandes villes », réalisée en 2003-2004 par les deux universités, à l'initiative du ministre en charge des grandes villes à ce moment, **Christian Dupont**. Ses résultats montraient que ce sont les habitants des quartiers défavorisés qui présentaient un état de santé moins bon que la moyenne de la population, la qualité du logement étant l'une des explications. Partant de cette conclusion, les universités ont décidé de passer à l'étape suivante : celle de la réflexion pour comprendre le lien entre la qualité de l'habitat et celle de la santé de ses occupants, mais surtout pour trouver des méthodes de travail efficaces pour résoudre ce problème.

Les équipes impliquées ont auparavant étudié les résultats des enquêtes sur la santé et l'atlas des quartiers défavorisés, pointant quelques différences : « Alors que 78,6% des personnes de quartiers non défavorisés s'estiment en bonne santé, ils ne sont que 69,5% dans les quartiers défavorisés; 4,4% des premiers disent souffrir d'asthme, 4,6% de BPCO et 2,9% de maladies cardiaques graves; ils sont respectivement de 6,8%, 7,4% et 4,7% chez les seconds. Et en santé mentale également, on constate une différence :

16,6% des défavorisés souffrent d'un trouble mental probable contre 13,4% des non-défavorisés, 11,4% d'un état dépressif (contre 8,5%), 8,8% d'un état d'anxiété (contre 6,2%) et 22,8% de troubles du sommeil (contre 19,7%). Nous avons également constaté des différences quant aux accidents à domicile ayant causé une limitation fonctionnelle, avec 5,2% chez les défavorisés contre 2,5% chez les autres », commente le Dr **Valérie Alaluf**, du Département de médecine générale de l'ULB.

### Nuisances à l'origine de troubles

Lorsqu'on examine les nuisances qui sont le plus souvent à l'origine des plaintes, la différence est énorme : 11,5% des personnes de quartiers défavorisés se plaignent des odeurs dues notamment à une industrie proche, contre 3,3% des autres; 11,1% de l'humidité (contre 2,4%), 5,7% des moisissures (contre 1,5%), par exemple. Selon cette étude, il existe donc une accumulation des problèmes d'environnement dans les quartiers urbains défavorisés, laissant présager un impact négatif sur la santé. « Il existe par ailleurs un lien univoque entre la qualité de logement et le niveau socio-économique. En effet, si l'on étudie les facteurs déterminants de la santé des populations, on retrouve le patrimoine génétique, le statut et l'environnement social, le statut et l'environnement économique, les modes et conditions de vie, l'environnement écologique, le fonctionnement mental, le milieu culturel, le système de soins, pour l'essentiel. Entre quartiers favorisés et défavorisés, il existe une différence d'espérance de vie de 5 ans, et d'espérance de vie en bonne santé de... 18 ans! », renchérit le **Pr. Michel Roland**, également du Département de médecine générale de l'ULB. « C'est pourquoi nous avons décidé de passer à l'action, en développant un modèle innovant de détection et de transmission des problèmes de logement et/ou de santé. Nous voulons donc faire



Photo © Daniëlle Bredtens

l'inventaire des pratiques existantes. Par exemple savoir qui se rend au domicile des patients/clients ? Dans le cadre de quel service ? Détectent-ils des problèmes de santé et/ou de logement ? Si oui, ces problèmes sont-ils enregistrés et comment ? L'information est-elle transmise et comment ? Existe-t-il des procédures ou un travail en réseau

avec d'autres intervenants ? Ces professionnels disposent-ils d'une formation à la santé suffisante ? », enchaîne le Dr Alaluf.

C'est pour se rendre compte de ce travail déjà réalisé et réfléchir à un bon moyen de collaborer qu'ont été organisées ces tables rondes. « Notre question est de savoir si ce qui existe est efficace ou s'il faut par exemple créer un système standardisé pour relever les problèmes constatés ? », poursuit-elle.

Plusieurs intervenants sont susceptibles d'apporter un angle de réflexion utile, raison pour laquelle ils ont tous été invités pour rassembler les expériences. Qu'ils soient médecins, infirmières, assistants sociaux, responsables de logements, de la construction ou de la santé publique, les participants à ces tables rondes ont tous amené aux chercheurs leur vision de ce qu'ils constatent dans les quartiers défavorisés. « Notre objectif est d'évaluer l'état de santé en milieu urbain, d'optimiser les soins de santé dans les grandes villes et de donner une série de recommandations pour la gestion des grandes villes », conclut Valérie Alaluf.

## Un SQAT ?

Plusieurs personnes interviennent dans la santé des patients : médecins généralistes, infirmières, ergothérapeutes, ambulances vertes, mais aussi des assistants sociaux ou des aides familiales. Ils sont souvent interpellés sur ces sujets, notamment lorsque des patients soupçonnent leur habitat d'être malsain et demandent à leur médecin d'établir les formalités pour analyser la présence de toxiques. « Face à ces demandes, la situation du médecin généraliste n'est pas aisée. D'une part, il se retrouve entre les intérêts de ses patients, ceux des autorités et des experts scientifiques en environnement ; d'autre part, il doit décider s'il lui faut adopter le principe de précaution (en liant expressément la pathologie de son patient et la qualité de son habitation) ou l'indifférence par rapport aux risques (en disant que tant qu'il n'existe pas de preuve que le produit incriminé est toxique, il n'y a pas de raison d'agir)... Par la suite, il doit donc tenter d'établir des rapports aussi objectifs que possible entre le tableau clinique et la présence d'agents potentiellement toxiques. In fine, il doit lancer la patate chaude aux décideurs, à qui il appartient de prendre des mesures... », précise le Pr. Michel Roland.

Cette position centrale occupée par le médecin généraliste lui confère un statut d'interlocuteur privilégié des décideurs et des citoyens. « Il est au centre des soins à domicile avec une approche globale, continue et intégrée. C'est confirmé lorsque l'on sait que la quasi totalité de la population a son médecin attitré et que les généralistes voient au moins une fois 70% de leurs patients en un an, 85% en 2 ans et 95% en 3 ans... », poursuit-il, en soulevant également

la problématique d'établir des liens entre des facteurs environnementaux et des problèmes de santé.

« Le médecin se retrouve face à un nombre important de questions. Tout d'abord, le fait que nous sommes confrontés aux problèmes d'environnement intérieur, mais aussi extérieur, qui peuvent contribuer à aggraver ou faire apparaître une pathologie ; par ailleurs, celles qui ont une étiologie unique sont rares : c'est peut-être le cas pour le saturnisme dû à la présence de plomb, mais pour l'essentiel des maladies, l'étiologie est pluri-factorielle. Il y a de plus des liens établis par la communauté scientifique, mais aussi bon nombre de liens supposés, avec le plus souvent pas mal de controverses... Il faut aussi savoir si le rôle causal direct est déclencheur ou aggravant chez des personnes déjà atteintes ; savoir s'il existe un seuil d'exposition acceptable à la substance incriminée, ce qui n'est pas évident, puisque ces taux limites varient non seulement d'un pays à l'autre, mais également d'une région à l'autre ! Les différentes expositions ont-elles un effet cumulatif ou additif, voire indépendant ? De plus, le délai entre l'exposition et l'apparition d'une pathologie peut être très long, ce qui complique encore les constats. Autrement dit, les rapports étiologiques entre l'environnement et la santé sont nombreux et difficiles à démontrer de façon conjointe... », regrette le Pr. Roland.

Face à des pathologies potentiellement imputables à des problèmes d'environnement, le Dr Roland prône pour une approche sous forme d'acronyme, SQAT, qui squatte la maison du patient : « S pour suspicion d'une telle pathologie, Q pour les questions à poser aux patients sur leur habitation, A pour analyse de la situation (qui peut être faite en collaboration avec les ambulances vertes) et T pour le traitement adéquat. »

## Des tables rondes productives

Après ces constatations, la pratique. Lors de la table ronde organisée à Bruxelles, les situations concrètes, exposées par les intervenants, ont permis de dégager plusieurs axes de réflexion.

Tout d'abord en ce qui concerne la **détection des problèmes**. Il a été démontré que, si bon nombre de personnes ressources existent, comme le soulignait le Dr Roland, il y a un cloisonnement entre les secteurs, malgré quelques synergies davantage liées au hasard qu'à une volonté structurée. Par exemple, l'infirmière sociale qui travaille dans le même bureau qu'une assistante sociale sera mise au courant des conditions de vie de certains habitants... Et cet échange peut amener la réflexion sur l'impact des conditions de vie d'une famille sur sa santé. Ce cloisonnement mène donc à une détection insuffisante des problèmes et de leurs causes. « A cela, il faut aussi ajouter, comme l'ont souli-

gné plusieurs intervenants, les craintes qu'ont certains locataires à se plaindre de leurs conditions de vie, par peur de représailles du propriétaire ! Sans compter le fait que détecter des problèmes, c'est une chose, sortir l'argent pour les résoudre en est une autre. Et comme il s'agit de quartiers défavorisés (et là on parle surtout des propriétaires de leur logement), on comprend très vite qu'un frein financier existe, et que même les aides apportées par les Régions sont soit méconnues, soit insuffisantes... », explique le Pr Roland. « Nous avons proposé de centraliser les données recueillies, mais les avis sont partagés. Certains avouent qu'une telle solution pourrait exercer une pression pour contraindre les autorités à prendre des dispositions structurelles, objectiver le problème, arrêter l'éclatement des compétences, limiter l'inertie des pouvoirs publics et développer des projets. D'autres considèrent qu'une pareille masse d'information serait in fine inefficace parce que trop lourde, qu'elle ferait perdre la singularité des problèmes, absorberait la dimension de proximité et aurait des implications éthiques négatives, notamment par un droit du refus des patients de figurer dans pareille liste. »

Vient ensuite la question de l'**inexistence des réseaux**. En effet, malgré un nombre important d'intervenants susceptibles de constater des problèmes dans des habitations, il n'existe pas de liens entre eux. « Mais d'aucuns se demandent à qui échoit ce rôle, même s'ils regrettent la plus-value d'un travail interdisciplinaire. Par exemple, les ambulances vertes pourraient être un chaînon établissant un lien entre les constats et l'action, mais même ces structures manquent de coordination et sont organisées différemment selon les provinces... D'autres ont souligné le fait qu'il ne faut pas tout remettre entre les mains des différents intervenants, mais impliquer aussi la population. »

Il fut également question de la **responsabilisation des propriétaires**. Car certains d'entre eux, comme ces tristement célèbres marchands de sommeil, n'hésitent pas à mettre en location des biens dans un état de quasi délabrement. Ces cas extrêmes relativement peu fréquents cachent une vérité qui peut être tout aussi dramatique, avec des logements à la limite de la salubrité.

« Des participants se disent favorables à activer les législations et structures existantes, développer le cadre juridique notamment par le « permis de location » avec des contrôles plus stricts, un service d'insalubrité au niveau communal, avec une dimension répressive, de définir plus précisément et concrètement, voire donner une dimension juridique à la notion de 'salubrité'. Néanmoins, il faut garder à l'esprit les difficultés à rendre ces législations plus contraignantes, vu la crise du logement : ces derniers sont de plus en plus chers, de taille insuffisante et il n'y a pas de

logements de transit pour des locataires lorsque des travaux doivent être réalisés dans leur appartement... » Sans compter que non seulement ces propriétaires pourraient s'opposer à l'obligation d'entreprendre certains travaux, mais que de plus, ils pourraient eux-mêmes ne pas en avoir les moyens...

Au vu de ces difficultés, il n'est donc pas étonnant que des mesures draconiennes n'aient pas encore vu le jour. Et la difficulté d'agir en réseau en collaboration avec les locataires et propriétaires est réelle.

## Du côté des médecins

Les médecins généralistes, avec leur préoccupation pour la santé de leurs patients et la possibilité qu'ils ont de se déplacer à leur domicile et de prodiguer des conseils, sont évidemment

au cœur de cette question. « Nous nous sommes interrogés sur la nécessité d'une formation spécifique : faut-il créer au niveau communal un poste de médecin environnementaliste de 2<sup>e</sup> ligne en lieu et place du médecin hygiéniste qui existe dans certaines communes ? Ou bien faut-il former tous les médecins à cette question d'influence de l'environnement de vie sur la santé, que ce soit par la formation continue en collaboration par exemple avec la SSMG, ou intégrée dans le cursus de base de médecine générale, avec des formateurs spécifiques ? La question est ouverte et méritera également d'être correctement étudiée. »

On soulignera enfin la collaboration du CSTC (Centre scientifique et technique du secteur de la construction) qui commence également à s'intéresser de très près à l'impact sur la santé de certains matériaux courants de la construc-

tion... et à la possibilité de sensibiliser les architectes et entrepreneurs à la question!

Cette table ronde est un premier pas. Car faire travailler de concert des professions d'horizons aussi différents ne sera pas chose aisée... On attend donc avec impatience la dernière phase de travail pour les équipes de chercheurs, qui consistera à analyser toutes ces interventions et pistes de réflexion, afin de développer un scénario et de le confronter à un groupe d'experts.

Néanmoins, il est rassurant de voir que des équipes se mobilisent pour trouver des solutions concrètes et pratiques pour enfin prendre à bras le corps cette pollution trop longtemps sous-estimée...

Carine Maillard

# Les migrantes ont les « maux du pays »

Les femmes migrantes développent parfois des maux de dos, de ventre, des migraines et allergies dont elles ne souffraient pas dans leur pays d'origine. Les traitements médicamenteux n'y font rien. Ces maux sont les symptômes du « mal du pays » ou la résurgence de blessures passées. Beaucoup de femmes migrantes en Belgique souffrent de maux physiques qui ne sont qu'une expression de leur mal-être. « Les plaintes que nous recevons des migrantes sont souvent liées à leurs problèmes d'exil », témoigne **Myriam Ilunga**, médecin dans un centre de planning familial de Bruxelles. « Hypertension, gastrites, œsophagites, œdèmes aux jambes et ulcères de l'estomac sont les pathologies les plus courantes. Elles sont liées au stress, à la mélancolie ou à une mauvaise alimentation », précise-t-elle. Ne pas parler la langue, travailler dur pour remplacer son mari qui ne trouve pas de travail, vivre la discrimination dans l'isolement : autant de difficultés qui façonnent le quotidien de ces femmes.

« Je ne peux pas retourner dans mon pays et ici la vie est dure pour moi. Je fais de l'hypertension et j'ai des maux de tête incessants pour lesquels je prends quatre Perdolan par jour, confie **Honorine Lusekumbanza**, de l'association de femmes angolaises Alegria. Ce n'est que lorsque j'ai une maladie inhabituelle que je vais chez le médecin. » La majorité des femmes migrantes, vivant dans la précarité, prennent leurs maux en patience par manque d'argent. De plus quand elles finissent par consulter, le traitement prescrit se révèle souvent inefficace. « Au bout de plusieurs consultations, la personne revient avec les mêmes plaintes et d'autres, de plus en plus diverses, confirme Myriam Ilunga. Ces maladies ne sont

pas considérées comme graves par le personnel médical, qui ne prend pas en compte leur dimension culturelle ».

## « Un peu folles »

Diagnostiquer et traiter les causes de ces maux n'est pas chose facile pour des médecins non formés à l'interculturel. Il faut parfois orienter les patientes vers des services psychologiques. Mais « les femmes préféreront s'adresser à une assistante sociale qu'à un psychologue ou un psychiatre, car pour certaines d'entre elles, aller chez ces derniers serait reconnaître qu'elles sont un peu folles », explique **Pamela Datoli**, du Collectif des femmes de Louvain-la-Neuve. Selon Honorine Lusekumbanza, « beaucoup vont à l'Eglise s'en remettre à Dieu ou au pasteur et parfois iront chez un guérisseur africain. »

Le Petit Château, un centre pour les demandeurs d'asile, envoie régulièrement ses résidents chez le docteur **Openge**, d'origine congolaise. Sa formation d'ethnopsychiatre le rend sensible au fait que la souffrance et la maladie peuvent être vécues et s'exprimer différemment selon la culture du patient. « Ces gens arrivent avec beaucoup de symptômes : manque d'appétit, insomnies, formes de dépressions. Des psychothérapeutes ont essayé de traiter ces dépressions par voie médicamenteuse, sans résultat ». Lors d'une visite en ethnopsychiatrie, l'équipe multidisciplinaire et multiculturelle de thérapeutes tente de comprendre les causes des symptômes de la personne par le récit de son histoire et de celle de ses proches. « Les gens arrivent déjà fragilisés, remarque le D<sup>r</sup> Openge. La migration est le déclencheur de cette perturbation déjà inscrite », comme

le fait d'avoir vécu une guerre ou d'être excisée. Cette démarche prend aussi en compte la dimension magique de la maladie. « Nombre des patients africains ont des maladies liées au monde invisible ou à la sorcellerie, explique le médecin. Lorsqu'ils se confrontent à des thérapeutes 'classiques' qui ne les croient pas, il devient impossible de retrouver la cause des troubles actuels. »

## Qui va m'aider ?

« En Afrique, quand il y a un problème, on va chez l'aîné, qui réunit les gens pour en discuter. Le problème n'est pas tranché de façon aussi visible qu'ici », poursuit le docteur Openge. La discussion au sein des associations de migrantes est un exutoire pour ces femmes. Grâce aux expériences de leurs paires, elles mettent le doigt sur des causes psychologiques de problèmes qu'elles croyaient organiques. Mais là aussi, des blocages existent : « La femme africaine est enfermée sur elle-même et elle ne se plaindra pas facilement, de peur qu'on en parle après dans la communauté », soupire Honorine Lusekumbanza. Dans de nombreuses cultures, les difficultés que les gens éprouvent à dire leurs problèmes sont aussi une question de dignité. Ces maladies psychosomatiques sont plus visibles pour les femmes, « parce que ce sont elles qui viennent avec les enfants chez le médecin », explique Myriam Ilunga, ce qui leur donne l'occasion de parler de leurs problèmes. Les hommes, eux, souffrent de maux identiques, mais « dans nos cultures africaines, les hommes ne peuvent pas se plaindre », conclut le docteur Openge.

Maude Malengrez, InfoSud - Syfia

## Exit les enfants...

Entourés d'une nuée de spécialistes divers, bardés de droits et de lois, les enfants paradoxalement sont très peu protégés dans notre société. En réalité, les positions codées et bien repérables de « parents » et d'« enfants » (« On ne parle pas comme ça à son père! ») ont tendance à s'estomper au profit de rapports entre « grands » et « petits ».

Plus personne n'étant plus vraiment protégé par son statut, les relations entre les générations (tout comme celles entre les professeurs et les élèves) se transforment plus que jamais en rapports de force et de séduction. Il est difficile de rester à sa place ou de s'en échapper quand aucune place n'est plus clairement assignée. Plus radicalement, il n'est pas rassurant pour les enfants d'avoir pour modèles des adultes fragilisés dont beaucoup s'identifient eux-mêmes à des enfants abusés.

Par ailleurs, la génération « Zapping, PlayStation & Co » a été accoutumée au monde irréel du tout et tout de suite, et au remplissage médiatique immédiat de tout espace laissé libre par les autres activités. Cela n'aide pas à différer ses satisfactions, ni à supporter la frustration. La toute-puissance imaginaire a du mal à se confronter aux limites réelles du monde environnant. La montée du nombre de parents battus est un des indices les plus préoccupants d'une société où le suicide reste la seconde cause de mortalité chez les adolescents. À cela s'ajoute la tyrannie des marques, conséquence logique de la conquête du marché de l'enfance. L'« enfant-sandwich », comme ses parents, se fait malgré lui le porteur de marques – en général coûteuses – sans lesquelles il se sent un paria (« Jamais sans mes Nike! »).

Il s'agit certes d'un coup de génie de la publicité, mais pas vraiment d'une bonne nouvelle pour l'humanité. En réalité, l'enfant est pris en otage par le monde pseudo-con convivial et faussement ludique de la publicité qui lui rappelle chaque jour ce dont il ne peut se passer. Ce harcèlement, qui le poursuit jusque dans les murs de l'école, le rend lui-même harceleur à l'égard de parents qui craignent souvent de ne plus être aimés s'ils osent refuser l'objet convoité. La Fête des mères est devenue une opération particulièrement astucieuse et rentable. Ici, au nom des bons sentiments, une pression maximale est faite pour que l'enfant soutire à ses parents le maximum d'argent de poche pour pouvoir offrir à sa mère le magnifique objet électroménager dont elle n'a pas besoin... L'opération « rentrée des classes », de son côté, excelle pour la bonne cause à transformer l'inutile en indispensable. La totale liberté du marché, la confusion entre « égalité » et « uniformité », entre citoyens et



Photo © Isopix

consommateurs, génèrent des rapports de grande violence et pervertissent les valeurs de la démocratie. Le « petit costume de marin » n'incarne plus le rêve de virilité conquérante rêvé par les adultes, et proposé par eux aux petits garçons. Ce sont plutôt aujourd'hui les adultes désorientés qui traînent dans les jeans (de marque) des enfants.

La publicité commerciale, jusque dans l'enceinte des écoles, inonde les enfants. Contrairement à la « publicité des débats, des procédures, des décisions », chère à la démocratie, elle obscurcit le jugement. Son message est biaisé, son matraquage inéquivocal. Face à elle, plus on est petit, plus on est démuné. Or, la publicité n'a cure des enfants : elle ne les « cible » qu'en tant que levier du pouvoir d'achat des parents. De parents eux-mêmes démunés et qui craignent, en marquant la limite, de ne plus être aimés. La publicité apparaît ludique mais n'est pas un jeu.

La publicité crée de toutes pièces des besoins ressentis comme vitaux. Les habits « de marque » façonnent une identité par ailleurs défaillante. Leur absence fait perdre la face. Derrière le sourire engageant du « spot », règne en réalité la férocité. Les projections épidémiologiques annoncent une montée spectaculaire de l'obésité des enfants : les sucreries indispensables inondent sans état d'âme le petit écran.

La publicité ne dit pas la vérité. Même quand elle s'avère informative et « exacte », son message est toujours ailleurs. Tissée d'artifices, elle ne dit jamais qu'achetez-moi. Elle ne parle pas à la raison. Bon ou mauvais, le produit ne « marche » qu'à la séduction. La publicité cherche ainsi la faille pour marquer des points. Il n'y a pas à s'en

indigner, elle ne fait là que son métier. En connaître les ficelles ne protège en rien de ses effets. Inlassable, son ressort s'apparente à l'hypnose.

Distillée entre fictions, documents, informations, la publicité abrase l'impact des messages. Abstraitement, les téléspectateurs font la différence, mais émotionnellement tout est nivelé. Ainsi, le jugement s'anesthésie-t-il peu à peu ? Auschwitz, sans transition, voisine avec l'onctuosité d'un yaourt. Solidarité rime désormais avec variétés. L'émotion se plie à sa mise en scène. L'irréalité règne. L'information s'émousse sur le martèlement des slogans qui font vendre.

Arguer du fait que les enfants apprendraient vite à distinguer les messages publicitaires des autres images est hors de propos. Cela n'enlève rien à l'impact de ces messages. Le sens critique ne déjoue pas l'incantation.

*Vouloir supprimer la règle qui interdit la publicité moins de cinq minutes avant et moins de cinq minutes après les émissions pour enfants est proprement irresponsable.* Il est indécent de vouloir démanteler un peu plus le service public en déclarant cette mesure improductive, et en proposant que l'argent des publicitaires serve à financer des programmes scolaires d'exorcisme de la publicité (sic). Si la « règle des cinq minutes » était vaine et sa suppression sans effet, on se demande pourquoi les annonceurs payeraient si cher pour ces plages de temps...

En outre, céder plus encore à la manne publicitaire c'est accepter la tyrannie de l'audimat. C'est consentir au nivellement par le bas — apologie de la violence y compris. Côté racolage, combien de journaux télévisés de la RTBF ne s'ouvrent-ils déjà sur une page digne du *Sun* ou du *Daily Mirror* ? Sans compter la pollution naissante du 3<sup>e</sup> programme radio.

Monnayer les jeunes téléspectateurs les aide peu à devenir citoyens. Asservir le service public sous prétexte de le sauver financièrement, c'est non seulement manquer d'imagination, c'est se moquer de la démocratie.

### Francis Martens<sup>1</sup>

*Ce texte est issu du colloque « Les enfants : cibles et instruments de consommation ? », que l'Institut Emile Vandervelde a organisé au Parlement de la Communauté française le 13 mai 2005. L'Institut Emile Vandervelde est le centre d'études du Parti socialiste, bd de l'Empereur 13, 1000 Bruxelles.*

<sup>1</sup> Psychologue, anthropologue. Formateur 3<sup>e</sup> cycle en psychothérapie avec les enfants. Président de l'Association des Psychologues Praticiens d'Orientation Psychanalytique (APPPsy) et du Conseil d'Éthique de l'Association des Services de Psychiatrie et de Santé Mentale de l'UCL (APSY-UCL).

# Promotion de la santé à l'école...

## Les modifications tant attendues de deux décrets

Le 18 juillet dernier ont été votées par le Parlement de la Communauté française les modifications du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et du décret du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités (*décret du 20 juillet 2006, modifiant le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et le décret du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans les établissements d'enseignement supérieur hors université*).

Certaines de ces modifications ont fait l'objet de nombreuses supputations et rumeurs depuis maintenant plus de deux ans, d'autres sont restées plus confidentielles... Certaines ressortissent de ce qui apparaît comme du toilettage de texte mais qui dans les faits peut entraîner de vrais imbroglios administratifs. D'autres concernent des éléments plus fondamentaux en termes d'options ou de fonctionnement : nous évoquons par exemple le remplacement du projet-santé par le projet de service; la durée des agréments des services et centres ainsi que des conventions-cadres entre ceux-ci et les établissements scolaires; la durée minimale de prestations exigée des médecins scolaires.

Parmi les modifications d'ordre plus formel, relevons des **harmonisations sémantiques** et de **procédures administratives** visant à :

- rendre conforme la dénomination correcte de l'enseignement « spécialisé ». Ainsi, le mot « spécial » est remplacé par le mot « spécialisé » afin de rendre le texte conforme à la dénomination exacte de ce type d'enseignement;
- faire concorder le décret relatif à la promotion de la santé à l'école (décret du 20 décembre 2001) avec le décret relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités (décret du 16 mai 2002), en prévoyant que les établissements disposant de plusieurs implantations peuvent passer plusieurs conventions avec plusieurs pouvoirs organisateurs de service de promotion de la santé à l'école;
- convertir des montants de francs en euros dans un souci de concordance des deux décrets susmentionnés;
- prendre, comme source de calcul de la subvention, les chiffres fournis par les services, certifiés sincères et véritables, provenant des directeurs ou des personnes habilitées par le pouvoir organisateur des écoles plutôt que d'attendre le comptage des élèves régulièrement inscrits fourni par l'AGERS (Administration générale de l'enseignement

et de la recherche scientifique). Cette modification devrait permettre d'accélérer la procédure de calcul du montant de la subvention et d'éviter des divergences entre les chiffres servant de base au calcul de la subvention et la population scolaire réellement suivie par le Service ou le Centre;

- modifier la durée de la convention conclue entre le Service ou le Centre et l'établissement scolaire, convention qui passe de trois à six ans. Une modification de la durée de l'agrément des Services sera prochainement présentée au Gouvernement afin de faire concorder la durée des agréments et des projets de service (cf. ci-dessous).

Une attention est accordée à des mesures propres à **renforcer le travail en réseau(x)**.

*La collaboration avec les centres psycho-médico-sociaux est déjà inscrite dans le décret du 20 décembre 2001.*

Pour harmoniser ce texte avec le décret du Gouvernement de la Communauté française relatif aux missions, programmes et rapport d'activités des centres psycho-médico-sociaux, il est proposé de spécifier que cette collaboration vise à rendre optimal l'échange réciproque d'informations en matière d'actions de prévention, d'éducation à la santé et de suivi médical des élèves.

*La collaboration avec les services de l'ONE*

Les enfants sont soumis à la médecine scolaire dès la première maternelle. Avant 2 ans et demi – 3 ans, ils sont suivis, si les parents le souhaitent, par les services de l'ONE qui élaborent et complètent le dossier de l'enfant dès la naissance.

L'instauration d'une collaboration entre les services de l'ONE d'un côté et les services et centres de l'autre vise ainsi à apporter une plus-value dans le suivi médical de l'enfant et à assurer la continuité de son dossier.

*La représentation des Centres locaux de promotion de la santé (CLPS) et d'un Service communautaire de promotion de la santé (SCPS) dans la Commission de promotion de la santé à l'école (soit deux membres supplémentaires) vise à garantir l'intégration, dans les activités des services et centres PSE, des grandes priorités définies par la Communauté française notamment dans les PCO, en lien avec les plans fédéraux, régionaux, provinciaux et communaux.*

### Du projet-santé au projet de service

Enfin, les deux modifications qui ont soulevé le plus d'attentes, de craintes et de débats sont les suivantes.

### Revoir la durée minimale des prestations des médecins scolaires

En tout état de cause, afin de s'assurer pleinement du maintien d'une médecine scolaire de qualité, le service doit toujours comprendre au minimum un équivalent mi-temps de personnel médical (article 17 du décret du 20 décembre 2001).

La modification du décret limite l'exigence de prester au minimum 40 heures par mois à un seul médecin par service. Tous les autres médecins doivent prester un minimum de 20 heures par mois. Le Gouvernement fixera les modalités de la durée minimale des prestations à 20 heures par mois. Cette modification est argumentée de la manière suivante.

D'une part, ce minimum de 20 heures rencontre les besoins des services qui n'ont pas toujours besoin d'engager un médecin à hauteur de 40 heures de prestations par mois, en cas de hausse de la population sous tutelle.

D'autre part, il s'agit de faciliter la conciliation des activités de médecine générale et de médecine scolaire. En effet, étant donné les horaires d'arrivée et de départ des élèves, l'exigence de 40 heures de prestations par mois implique un étalement des activités de médecine scolaire sur 15 à 20 jours ouvrables et donc un chevauchement inévitable avec les pratiques de médecine de proximité. Par conséquent, le passage à un minimum de 20 heures par mois a pour objectif de rendre possible l'investissement des médecins dans cette pratique préventive malgré la faible reconnaissance financière et l'absence de statut spécifique.

### Remplacer l'exigence d'un projet-santé par établissement scolaire par un projet de service

Le présent décret impose à tous les services et à tous les centres d'élaborer au moins un projet de service pour l'ensemble des établissements scolaires ou supérieurs avec lesquels ils ont conclu une convention ou relevant de leur ressort d'activités, dans le cas des centres PMS. En conséquence, la convention-cadre passée entre les services PSE et les écoles ne doit plus contenir de projet-santé mais bien un projet de service.

Cette modification est cohérente par rapport au décret du Gouvernement de la Communauté française relatif aux missions, programmes et rapport d'activités des centres psycho-médico-sociaux, qui a institué un « projet de centre » pour l'ensemble des établissements relevant de leur ressort d'activités.

Cette modification est argumentée de la manière suivante.

De nombreux services ont évoqué l'impossibilité de mettre en place un projet-santé par établissement scolaire, à cause de difficultés dues au grand nombre d'établissements sous tutelle, au temps nécessaire pour développer la concertation préalable avec les pouvoirs organisateurs, etc.

Le projet de service a pour but d'inciter chaque service et chaque centre à se mettre en situation de projet et de l'encourager à poursuivre les projets en cours. Il s'agit d'amener l'équipe du service et du centre à préciser son identité au travers de ce projet de service. Celui-ci définit la politique de santé et les priorités que le service ou le centre entend développer dans les établissements sur la base des besoins de ceux-ci ainsi que des priorités de santé publique telles qu'établies dans le Programme quinquennal et dans le Plan communautaire opérationnel. Le projet de service envisage la politique de santé du service ou du centre à travers les quatre missions qui lui sont dévolues par l'article 2 du décret du 20 décembre 2001, et pas uniquement via la mise en place de programmes de promotion de la santé.

Il appartiendra au Gouvernement de fixer la grille de développement du projet de service, sa durée et le délai dans lequel il devra être envoyé au Gouvernement, aux établissements scolaires ou supérieurs, aux centres psychosociaux et aux CLPS concernés.

### Conclusion

C'est ce dernier point qui porte en germe l'influence qu'exerceront dans les prochaines années les équipes et centres PSE sur le développement de la promotion de la santé dans les établissements scolaires. La réelle portée de cette modification ne pourra être estimée qu'après la parution officielle des arrêtés d'application et des circulaires administratives dont on attend des précisions quant à la nature, aux objectifs, aux contenus et aux modalités d'évaluation du projet de service.

Il faut toutefois savoir que de nombreuses équipes PSE n'ont pas attendu pour entamer la réflexion autour de la notion de projet de service, avec l'appui d'organismes divers tels que les CLPS, le SCPS APES-ULg, l'asbl CORDES,

l'asbl Repères, l'asbl les Pissenlits, le CERES, l'Observatoire de Santé du Hainaut, des coordinations provinciales. Ces réflexions, qui impliquent presque un tiers des équipes (ou antennes), se situent à différents degrés d'avancement; certaines ont déjà été finalisées dans un document. Dans le cadre de la mission de concertation des appuis utiles au développement de la PSE, l'APES-ULg a recueilli ces projets existants. Sur cette base, l'APES-ULg a travaillé avec la Commission PSE à opérer une clarification des attentes et des opportunités en matière de projet de service. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point lors d'un prochain article, après la parution des arrêtés d'application et circulaires qui baliseront les obligations légales et administratives en matière de projet de service.

**Chantal Vandoorne**, APES-ULg, Service communautaire de promotion de la santé en charge de l'appui à la promotion de la santé à l'école et à l'évaluation

## Les actions de prévention du tabagisme financées par l'industrie du tabac sont-elles crédibles ?

**Le Conseil supérieur de promotion de la santé remet au Gouvernement de la Communauté française des avis destinés à l'assister dans sa politique de promotion de la santé et de médecine préventive. Il s'agit souvent de recommandations techniques, imposées par la législation, ou d'avis ponctuels sur des programmes d'action et de recherche, sur des campagnes médiatiques, des registres de pathologies, etc. Le Conseil est aussi amené à répondre à des questions de portée plus générale, et peut aussi prendre l'initiative d'attirer l'attention de la ministre sur une question qu'il juge intéressante ou préoccupante.**

**C'est le cas de l'avis reproduit ci-dessous, auquel le Conseil a souhaité donner une certaine publicité.**

**A noter: le site [www.sante.cfwb.be](http://www.sante.cfwb.be) contient beaucoup d'informations utiles sur le Conseil, dont quelques-uns de ses avis.**

Dans le cadre de la réflexion menée par la Coalition nationale contre le tabac sur le financement de la prévention et à l'occasion de la reconnaissance par les autorités fédérales d'une asbl proche du lobby de la cigarette comme

organisme d'utilité publique, à savoir le Centre pour la Recherche et l'Évaluation des Actions sur la problématique des Assuétudes (ou CREA), le Conseil supérieur de promotion de la santé s'est penché sur la question.

Il est évident que le financement de la prévention du tabagisme par l'industrie cigarettière n'est pas une solution répondant aux critères de rigueur et d'indépendance scientifiques, ni au souci démocratique de participation et de contrôle des citoyens! Le Conseil fonde son analyse de cette question du financement notamment sur un article publié par le Président d'OxyRomandie, Pascal Diethelm, de Genève, il y a quelques mois.

Lorsqu'on sait que face à la détérioration de leur réputation à l'échelle mondiale, les multinationales du tabac ont multiplié les efforts pour améliorer leur image, on comprend mieux pourquoi les « programmes de prévention » des compagnies de tabac constituent une des deux composantes majeures de cette offensive planétaire, l'autre étant leurs « programmes de sensibilisation » concernant la vente de tabac aux mineurs. L'industrie s'en sert, entre autres, pour réfuter les accusations liées à ses efforts de recrutement des jeunes et pour empêcher des contrôles plus sévères sur ses activités de vente et de marketing.

### Un tissu de contradictions

Cependant, les intérêts de l'industrie du tabac sont en flagrante contradiction avec tout présumé désir de vouloir réduire la consommation de ses produits par les jeunes : sa rentabilité – voire sa survie – dépend de l'engouement des jeunes pour le tabac. C'est une question de nécessité économique : la grande majorité des clients (90 %) commencent à fumer lorsqu'ils ont moins de 18 ans! Pour illustrer cette contradiction, citons un extrait d'un document rédigé par la Fondation Rodin elle-même.

« La Fondation Rodin [...] défend avec vigueur que toute prévention digne de ce nom se doit d'être multidimensionnelle et sans merci.

Par ses actes et son discours, la Fondation s'est toujours positionnée clairement dans ce sens tout en indiquant que le champ encore trop en friche dans lequel elle œuvre appelle d'abord un travail de recherche, d'analyse et de réflexion. Les actions concrètes (en tant qu'actions de prévention à grande échelle) doivent être implémentées dans un deuxième temps, lorsque les méthodes d'intervention les plus efficaces auront été identifiées.

Les industries du tabac qui veulent mettre un terme ou raccourcir la durée de dotation de la Fondation savent pertinemment bien qu'elles mettent en péril l'existence même de la Fondation puisque, comme



nous l'avons démontré, nos projets ne trouvent leur sens que dans leur globalité et leur continuité.

Les industriels sont parfaitement au courant du caractère interdépendant et complémentaire des activités de la Fondation. Ils mesurent très lucidement qu'en agissant de la sorte, ils mettront fin à l'activité de la Fondation. Il ne fait d'ailleurs aucun doute que c'est bien là le but poursuivi.

Pour ces industriels, contribuer au financement d'une fondation qui est à la pointe du combat mené contre les poisons qu'ils vendent et qui leur procurent des substantiels bénéfiques ne pouvait que susciter la volonté d'y mettre un terme. »

Comme on le voit, la Fondation Rodin tire elle-même argument de la contradiction entre une lutte sévère contre le tabagisme et le financement de cette lutte par les fabricants de cigarettes pour se blanchir de toute collusion avec les cigarettiers.

Sans l'argent de l'industrie du tabac, la Fondation Rodin apparaît donc condamnée à disparaître, selon ses propres termes. Il semble que plus de 90 % de son budget 2003 a été couvert par du financement venant de l'industrie du tabac. En acceptant l'argent de l'industrie tout en ne reconnaissant pas les contraintes qu'une telle source de financement implique inévitablement, la Fondation Rodin s'est prise dans une toile de contradictions et se débat d'une façon pathétique, ce qui donne tout loisir à l'industrie du tabac de tirer le meilleur parti de sa vulnérable proie. A la contradiction semble s'ajouter la naïveté (feinte ou réelle) de la Fondation Rodin qui déclare vouloir faire la guerre contre le tabac en espérant que ceux qui vendent ce « poison » et en tirent de substantiels bénéfiques seront assez stupides pour financer cette guerre contre eux sans broncher.

### **Contrats entre la Fondation Rodin et les cigarettiers : obligations mutuelles**

Dans un autre document, la Fondation Rodin dit : « Depuis [juin 2002], la Fondation est l'objet des attaques les plus diverses quant à son indépendance vis-à-vis de l'industrie du tabac. Ces critiques sont basées sur la directive anti-tabac de l'OMS [...]. Ce que stipule cette directive, c'est que la prévention ne peut être exercée par des institutions 'affiliated to', membres de l'industrie du tabac. Rodin n'est pas membre de cette industrie. Elle n'est pas gérée par l'industrie, comme certains se plaisent à l'annoncer. Aucun membre de cette industrie ne fait partie des organes décisionnels de la Fondation. A ce jour, la Fondation se doit de présenter un rapport d'activités annuel de ses projets pour l'année suivante à l'industrie du tabac et doit se soumettre à un audit comparable sur demande. »

Il apparaît que la Fondation Rodin a signé des contrats avec six compagnies de tabac et FETA-

BEL (Fédération de l'industrie du tabac de coupe en Belgique et au Luxembourg), contrats qu'elle n'a pas rendu publics, sauf un, celui avec FETABEL, indiquant qu'elle est liée par une clause de confidentialité aux autres compagnies.

On trouve sur le site de la Fondation Rodin une copie de son contrat avec FETABEL. La lecture de ce contrat nous donne une autre version de l'« indépendance » de la Fondation Rodin. On y apprend que la Fondation a « soumis à [FETABEL] un projet de programme de prévention des assuétudes chez les jeunes en général et de l'usage du tabac chez les jeunes en particulier. [FETABEL] a proposé d'apporter, en ce sens, son soutien financier à la Fondation, étant donné que [FETABEL] estime que le projet proposé par la Fondation correspond aux politiques définies au sein de ses membres. »

D'autre part, la Fondation s'engage à remettre à l'industrie « un rapport annuel écrit des campagnes vis-à-vis de l'audience ciblée. »

Le contrat prévoit d'ailleurs que la Fondation Rodin doit remettre chaque année une documentation importante à FETABEL, qui va au-delà d'un simple rapport d'activité. Son article 7 précise : « La Fondation Rodin devra produire annuellement un rapport complet concernant les programmes, activités, campagnes, recherches réalisées dans le cadre de cette convention durant l'année précédente, comprenant aussi les évaluations sous forme d'enquête de perception et de sensibilisation de l'audience ciblée. »

On comprend l'intérêt d'un tel projet pour l'industrie du tabac, qui lui donne ainsi accès aux évaluations résultant d'enquêtes sur la perception et la sensibilisation d'adolescents par rapport au tabac, données qui peuvent lui être très précieuses pour affiner le marketing auprès des jeunes et qu'elle ne peut pas facilement récolter elle-même sans prêter le flanc aux critiques.

### **Considérations stratégiques**

La Fondation Rodin veut faire une guerre totale au tabagisme, menée simultanément sur tous les fronts. Vu l'extrême complexité et multiplicité des déterminants de consommation, des intérêts privés et publics, des lieux de vie concernés, des stratégies à développer, des consommateurs eux-mêmes, il serait pour le moins naïf pour une institution d'imaginer pouvoir agir seule. Toute approche visant un minimum d'efficacité devrait s'appuyer sur un plan général adopté par tous les protagonistes : ce plan devrait préciser des objectifs communs, proposer une diversité de méthodologies et de stratégies d'actions et le rôle respectif de chacun. Le Conseil estime que la Fondation Rodin, en acceptant l'argent de l'industrie du tabac, avec des contrats confidentiels qui créent la suspicion et en dépit des recommandations de l'OMS, a perdu tout crédit aux yeux des milieux de la prévention anti-tabac en Belgique. La divi-

sion ainsi introduite dans le champ de la prévention du comportement tabagique fait naturellement le jeu des adversaires de la santé publique. On peut imaginer que l'industrie du tabac a bien compris les avantages qu'elle pourrait tirer d'une telle situation... Cette affaire est révélatrice à plus d'un titre. Elle soulève un point éthique important : la santé publique et des intérêts commerciaux industriels produisant des marchandises dangereuses pour la santé sont-ils compatibles ?

Le Conseil considère qu'on ne peut pas laisser une question aussi importante que la lutte anti-tabac, qui se rapporte à des phénomènes de société complexes, sous la responsabilité d'une personne morale qui s'autoproclame défenderesse de la santé publique tout en dépendant largement, dans son financement, de ceux qui ont le moins intérêt à ce que cette lutte soit efficace. Si elle est déterminée à lutter contre le fléau du tabagisme, la Belgique doit se doter d'un véritable fonds indépendant pour la prévention, à l'image de ce que vient de faire la Suisse (qui prélève l'équivalent de 2 centimes d'euros par paquet de cigarette pour alimenter ce fonds). Et si cela est possible en Suisse, pays sous haute influence de l'industrie du tabac, où plusieurs transnationales ont leur siège mondial, cela devrait être a fortiori possible en Belgique ! En outre, un tel fonds doit être géré en toute transparence et selon un processus démocratique, sous les auspices d'un organe représentatif des différents niveaux fédérés concernés (administrations de la santé), des acteurs de la prévention et des consommateurs. Peut-on considérer que le CREEA, nouvelle fondation reconnue d'utilité publique, remplit ces conditions et pourrait développer des recherches et/ou des projets de prévention tabac crédibles ? Le Conseil, en l'état actuel du processus, répond négativement à cette question.

Il estime nécessaire de se questionner sur l'encadrement, la légitimité et les modalités de travail de cette nouvelle Fondation issue en droite ligne de Rodin, une association ayant œuvré sous la coupe des cigarettiers.

La Présidente du Conseil, **Martine Bantuelle**  
*Avis du Conseil supérieur de promotion de la santé du 19 mai 2006*

### **Réaction**

La Fondation Rodin a réfuté les critiques formulées par le Conseil supérieur de promotion santé, en parlant de procès d'intention et en précisant que « Le juge des référés lui-même a estimé que si nous devons bien remettre un rapport d'activités à l'industrie, cela ne suppose pas que son contenu lui plaise » (Le Soir du 4/10/2006).

## Apprendre à manger en s'amusant

**Comme la sorcière de Hansel et Gretel, la publicité attire tellement bien les enfants avec ses chocolats surprises, gâteaux dorés, barres au caramel, boissons colorées... qu'il est difficile de ne pas y goûter. Mais lorsqu'ils sont hauts comme trois pommes, comment aider les enfants à reconnaître les copains et copines alimentaires? Heureusement, Gargouilli est là!**

Gargouilli est un petit personnage qui habite un coffret plein de bonnes choses pour apprendre à manger en jouant. Destiné aux écoles, il est conçu pour les enfants du cycle 5-8 ans et leurs enseignants.

L'alimentation d'un enfant de 4 à 9 ans est particulièrement importante. A cet âge, l'enfant est en pleine croissance et a des besoins nutritionnels spécifiques, mais surtout, il s'agit de la période cruciale où les habitudes et les règles alimentaires se mettent en place. De plus, un rebond d'adiposité se produit vers l'âge de six ans. Il est à prendre en compte car une alimentation déséquilibrée peut, à ce moment, entraîner l'enfant vers l'obésité.

Ce kit s'ouvre comme un très grand livre bleu mais son contenu est tout autre.

Loin des fiches pédagogiques insipides, des conseils indigestes, les outils de ce coffret collent à la réalité de façon colorée et originale. Ils ont été conçus, réalisés et évalués avec des enseignants et leurs élèves. Gargouilli est le fruit de l'enthousiasme et du travail de l'École Libre de Jumet et du service Infor Santé de la Mutualité chrétienne.

Qu'y a-t-il au menu de Gargouilli ?

Le coffret contient le matériel suivant : un dossier pédagogique pour l'enseignant avec des fiches projets en lien avec les socles de compétences, un jeu coopératif pour les enfants, un livre avec une belle histoire dont le héros est bien sûr Gargouilli, un disque mobile – style disque de stationnement – qui permet aux enfants de visualiser rapidement l'apport en sucre et en graisse de leurs aliments

préférés et enfin, pour le bonheur des petits cuis-tots, un livre de recettes simples et succulentes.

Le but du coffret « Gargouilli te souhaite bon appétit! » est de donner aux enfants une autre vision de la nourriture, de les amener à être plus conscients et responsables de ce qu'ils mangent, principalement au petit déjeuner et pour leurs collations. Un bon copain à suivre sur le chemin de la bonne alimentation!

*Renseignements pratiques : le coffret « Gargouilli te souhaite bon appétit! » est gratuit pour les écoles. Celles qui sont intéressées par ce coffret peuvent en faire la*



*demande au Secrétariat national de la Mutualité chrétienne, Service Infor Santé, au 02 246 48 54, qui les aiguillera vers la mutualité chrétienne de leur région.*

### Jouer en apprenant

**Un jeu coopératif pour toute la classe** au cours duquel chaque enfant lance le dé à tour de rôle. Ensuite, en se concertant avec ses petits camarades, il répond à une question selon la couleur de la case où il s'est arrêté.

Il existe 6 catégories de questions correspondant aux couleurs des groupes alimentaires : brun pour les féculents; vert clair pour les fruits et vert foncé pour les légumes; rouge pour la viande, les œufs, la volaille et le poisson; bleu clair pour les produits laitiers et bleu foncé pour les boissons, orange pour les « extras » et mauve pour la catégorie « divers ».

Lorsque les élèves ont répondu, une explication supplémentaire (disponible dans « Le livre des bonnes réponses » au numéro de la question posée) est donnée par l'instituteur(trice). Ensuite, si la réponse est juste, les enfants reçoivent une pièce du puzzle du garde-manger « qui apporte énergie et santé ». Mais si elle est fautive, ils acquièrent une pièce du puzzle du garde-manger « juste pour se faire plaisir »!

Le but du jeu est évidemment de remplir, en premier lieu, le garde-manger « qui apporte énergie et santé ».

L'objectif est donc double : il s'agit d'une part d'évaluer les connaissances des enfants sur le thème de l'alimentation et d'autre part d'apprendre à bien manger, en s'amusant.

**Un dossier pédagogique pour l'enseignant, en deux parties.**

Partie théorique composée de fiches établies suite aux animations organisées dans l'école pilote traitant des thèmes suivants : la pyramide alimentaire; les groupes alimentaires; les nutriments; les 4 repas; le petit déjeuner; les collations; les saveurs et les 5 sens; l'hygiène alimentaire; l'activité physique; ta santé, ta planète (éco-consommation, tri des déchets...); l'aspect psychologique du comportement alimentaire.

Partie pratique constituée de fiches « projets » qui proposent diverses activités adaptées aux compétences des enfants du cycle 5-8 ans et qui s'intègrent dans le programme scolaire.

## Apprivoiser la vie en apprivoisant la mort

La mort fait partie intégrante de la vie. Mais la mort est aussi un tabou, on en parle peu, on passe (pense) très rapidement à autre chose. Et souvent on n'en parle pas avec les enfants, pour les protéger, parce qu'il semble paradoxal aux adultes de leur parler de la mort alors qu'ils représentent la vie.

Pourtant, ils feront tous à un moment ou un autre l'expérience de la mort, dans leur famille ou leur entourage, que ce soit un grand-parent qui décède, un voisin qui meurt dans un accident de voiture, ou le chat de la famille qui disparaît...

Leurs interrogations sont alors nombreuses, mais à leur tour ils se taisent par crainte d'attrister leurs proches. Quand on leur donne la parole, quand on leur permet d'apporter leur témoignage, le sentiment qui apparaît est le soulagement.

Les enfants manifestent le besoin de comprendre l'existence, ils ont besoin d'exprimer leurs émotions, tant sur la mort que sur la vie, la maladie, l'abandon, la violence...

Le thème de la mort surgit inévitablement en classe, notamment lors des actions préventives

contre la violence, ou le sida. La prévention ou l'éducation pour la santé ne peuvent pas éluder ces sujets. C'est là qu'intervient l'ORME (Organisme de Recherche sur la Mort et l'Enfant) soit par des animations dans les classes, soit dans la formation des professionnels de l'enfance, soit encore dans la recherche.

**Marie-Ange Abras**<sup>1</sup>, sa présidente, a réalisé un kit pédagogique illustrant ses actions, comprenant notamment un DVD et un livret réalisé par des enfants.

En 2004-2005, l'ORME a animé toute une réflexion sur le thème de la mort dans une classe de CM2. Un documentaire vidéo enquête sur le travail réalisé avec les enfants dans leur milieu scolaire, et donne la parole aux parents et professionnels de l'éducation et de la santé. L'objectif du DVD est de sensibiliser et d'acquiescer des partenaires afin d'intégrer en milieu scolaire un moment de réflexion sur ce thème et/ou de former les enseignants. Le document étant réalisé en France, il s'intéresse aussi à ce qui se pratique en Angleterre et en Belgique. Par ailleurs, 22 enfants animés par l'ORME et accompagnés par leur enseignant ont créé un

album intitulé « La mort passe-partout ». Ce livret est l'aboutissement d'un travail pédagogique réalisé avec les enfants dans le cadre d'un atelier d'écriture, et présente une petite fille de 10 ans qui perd 7 des 8 membres de sa famille, tous d'une cause différente. Elle témoigne de la façon dont des enfants peuvent, quand l'occasion leur en est donnée, parler ouvertement de la mort selon leurs vécus, leurs deuils, leurs modes d'expression et leur vie quotidienne. Le kit pédagogique a été réalisé avec le soutien du Fonds social européen. Pour tout renseignement, contactez Marie-Ange Abras, chercheuse en soins palliatifs et

présidente de l'ORME, 90 rue de la Jonquière, 75017 Paris. Tél.: +6 10 62 67 81.  
Courriel : [info@orme-labo.org](mailto:info@orme-labo.org).  
Site : <http://www.orme-labo.org/>.  
Une antenne de l'ORME existe en Belgique : contactez Thérèse Derissen, rue Charles Lamquet 254, 5100 Jambes (Namur).

Maryse Van Audenhaege

<sup>1</sup> Voir les articles publiés par M.A. Abras dans Education Santé n°163 d'octobre 2001 et 185 de décembre 2003, ce dernier est disponible sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

## OUTILS

# Danse avec les poux

La pédiculose empoisonne régulièrement la vie des communautés scolaires, sans pour autant constituer une grave menace pour la santé publique. Question Santé propose un matériel fort complet sur la question, sous forme d'une mallette pleine de ressources. Elle comprend :

- un jeu de plateau (type jeu de l'Oie) – Débarass' poux – pour approfondir de façon ludique les connaissances des enfants sur la pédiculose;
- un vidéogramme (Les poux, j'en parle, je témoigne), dont l'objectif est de lancer le débat sur la pédiculose de manière interactive avec un animateur;
- un livre (« Rendez-moi mes poux » de PEF) accompagné d'une cassette audio racontant l'histoire du livre. Il permet une lecture ou une écoute collective de l'histoire d'un petit garçon porteur de poux qui rêve que sa ville est envahie par les poux;
- une brochure (Danse avec les poux) au format B5 et la même en format A4 destinée à la photocopie, pour les parents;
- un manuel d'utilisation reprenant le mode d'emploi de la mallette ainsi qu'un dossier pédagogique décrivant les activités proposées autour du thème de la pédiculose.

Chaque outil propose 5 objectifs que l'on peut également aborder de façon isolée ou complémentaire selon les besoins de l'animation.

La mallette doit favoriser les actions préventives et une conscientisation collective soit en début d'année scolaire, soit en cas d'épidémie au cours de l'année.

Les animations et informations autour de la pédiculose visent en priorité les écoles (enseignement primaire et 3<sup>e</sup> maternelle), les associations parascolaires et/ou de parents, et plus largement les milieux d'accueil de l'enfant en âge scolaire. Les mallettes sont diffusées dans tous les ser-

vices PSE et les centres PMS de la Communauté française de Belgique.

Éditeur - promoteur de l'outil :  
Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles. Tél. 02 512 41 74. Fax : 02 512 54 36.  
Courriel : [question.sante@skynet.be](mailto:question.sante@skynet.be).  
Internet : <http://www.questionsante.org>.

### L'avis des experts

La cellule d'experts de l'Outilthèque-santé<sup>1</sup> gérée par le service Promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes, a octroyé la mention « coup de cœur » à cet outil.

### Objectifs

1. Initier un dialogue entre les différents acteurs scolaires autour de la prévention et de la prise en charge de la pédiculose;
2. Permettre une mise en place d'un projet de classe / d'école autour de la pédiculose;
3. Informer sur la pédiculose (le pou, les traitements, la prévention).

### Public cible

Même si les enfants sont les bénéficiaires attendus de ce type de projet, les partenaires scolaires au sens large (parents, direction, enseignants, équipes PSE...) trouveront dans ce kit des supports utiles à leur réflexion et leur action.

### Appréciation

Le kit facilite la prise en charge d'une problématique récurrente et perturbante dans la vie



des écoles. La qualité principale de l'outil réside dans la diversification des supports et activités qui permettent de rassembler autour du thème les différents acteurs : enfants, enseignants, parents, directions, équipes médicales. L'ensemble constitue un tout particulièrement cohérent dans les objectifs, contenus et valeurs qu'il défend (tolérance / déstigmatisation / dialogue). Les couleurs gaies et vivantes de la mallette renforcent son attractivité. L'accent est mis sur les activités éducatives avec les enfants.

On aurait aimé y trouver des exemples concrets d'équipes scolaires ayant mené des projets avec les parents, pour donner des idées à d'autres! On déplore aussi la reproduction sexiste des rôles : les hommes sont absents des soins aux enfants, mais présents en tant que directeur ou pharmacien...

### Utilisation conseillée

La variété des supports/activités permet la création personnelle dans la manière d'aborder le problème.

Jeu : utiliser un dé plutôt que 2, proposer des règles de jeu axées sur la coopération pour s'entraider dans l'élimination des poux.

Outil modulable selon le temps et les priorités de l'utilisateur.

<sup>1</sup> Pour une description de l'Outilthèque et du fonctionnement de la cellule d'experts, voir SPIECE C., La Cellule d'experts de l'Outilthèque-santé, paru dans Education Santé, n° 172, septembre 2002. Lire aussi du même auteur Quels outils en promotion de la santé ?, Education Santé n° 210, mars 2006. L'Outilthèque se trouve exclusivement sur le site <http://www.pipsa.org>.

# Nouvelles courbes de croissance de l'OMS : l'allaitement maternel défini comme la norme

L'OMS (Organisation mondiale de la santé) a publié, fin avril 2006, de nouvelles courbes de croissance staturo-pondérale de l'enfant, en prenant comme référence des enfants nourris au sein. Comment ces courbes ont-elles été élaborées ? Pourquoi l'allaitement maternel représente-t-il l'idéal en matière d'alimentation du nourrisson ? Ces nouvelles normes ne risquent-elles pas de culpabiliser les mères qui choisissent de ne pas allaiter leur enfant ? Cet article résume le dossier de l'OMS sur le sujet, aborde la question de l'utilisation des courbes dans la pratique des soignants et fait le point sur les tendances et les pratiques en matière d'allaitement maternel en Communauté française de Belgique et en Europe.

## Modalités d'élaboration et particularités des nouvelles courbes <sup>1</sup>

« Les nouvelles normes sont le fruit d'une étude approfondie lancée par l'OMS en 1997 pour élaborer une méthode internationale normalisée pour évaluer la croissance physique, l'état nutritionnel et le développement moteur de tous les enfants, de la naissance à l'âge de cinq ans. L'OMS et son principal partenaire, l'Université des Nations Unies, ont lancé une *étude multicentrique sur la référence de croissance*, sous la forme d'un projet communautaire mis en œuvre dans plusieurs pays et portant sur plus de 8000 enfants au Brésil, aux Etats-Unis d'Amérique, au Ghana, en Inde, en Norvège et à Oman.

Les enfants de l'étude ont été choisis sur la base d'un environnement optimal pour une croissance saine : allaitement maternel, alimentation appropriée, prévention et traitement des infections, soins de santé de qualité, mères non-fumeuses et autres facteurs assurant une bonne santé.

Les normes OMS de croissance de l'enfant vont au-delà des références actuelles. Elles permettent d'importantes mesures de croissance comme le poids, la longueur ou la taille du nourrisson et de l'enfant, qui sont comparées à une *valeur optimale standard*. Il existe des fiches pour les garçons, les filles, les nourrissons de moins d'un an et les enfants de moins de cinq ans. Il existe maintenant également des fiches sur l'indice de masse corporelle (IMC) pour les enfants de moins de cinq ans, ce qui est parti-

culièrement utile pour suivre l'épidémie d'obésité de l'enfant. Ces mesures sont des indicateurs de santé importants et permettent de déterminer si un enfant ou une population d'en-

fants sont en bonne santé et se développent normalement. Plus on s'écarte des courbes, plus l'existence d'un problème de santé est évidente. Les nouvelles normes sont internationales. Les

## Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ?

L'allaitement maternel présente de nombreux avantages pour la santé de l'enfant et de sa mère, ce qui en fait selon les experts la façon optimale de nourrir les nouveau-nés. Depuis quelques années, l'OMS recommande un allaitement maternel exclusif jusque 6 mois et un allaitement partiel jusqu'à deux ans. En Europe, actuellement, il existe de fortes disparités de prévalence selon les pays. Par exemple en Suède, les taux d'allaitement sont de 98 % à la maternité et 72 % à 6 mois. En Communauté française de Belgique, selon les données de l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) de 2003, environ 70 % des bébés sont allaités à la naissance, 40 % à 12 semaines et 15 % à 24 semaines. Ce dossier s'intéresse aux raisons qui amènent les mères à arrêter l'allaitement précocement ou à le poursuivre plus longtemps. La littérature scientifique permet d'identifier différents niveaux de facteurs en jeu.

Des facteurs liés à la mère. Par exemple, la perception d'une insuffisance de lait est la première raison qui amène les mères à mettre fin à l'allaitement maternel. Or l'insuffisance physiologique de lait est très rare. Dans la majorité des cas, il s'agit donc d'une perception qui peut être liée à une inquiétude quant au fait de ne pas savoir la quantité de lait prise par le bébé, à un manque de confiance en soi, à une fréquence ou une durée des tétées inadéquates ou encore à l'introduction de compléments de lait artificiel.

Des facteurs liés au bébé (prématurité, technique de succion, prise de poids...) et à l'accouchement.

Des facteurs liés à l'entourage. Le soutien du partenaire, de la famille, des amis, sont primordiaux dans le choix du mode d'alimentation du bébé, mais aussi pour aider la maman à persévérer en cas de difficultés telles que fatigue, douleur, etc.

Des facteurs liés au système de santé, tels que les pratiques hospitalières ou le soutien des

professionnels de santé. De nombreuses institutions ne suivent toujours pas les recommandations telles que la mise au sein précoce après l'accouchement, l'importance des tétées fréquentes, à la demande et sans recours aux compléments de lait artificiel... Les connaissances et l'intérêt pour l'allaitement sont très faibles chez de nombreux professionnels de santé, qui manquent de pratique et de temps pour aider les mères à gérer d'éventuels problèmes rencontrés les premières semaines.

Des facteurs liés aux politiques de santé. Les maternités qui distribuent des échantillons gratuits de lait artificiel (pratique interdite par le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel) montrent des taux d'allaitement prolongé moindres que les maternités qui suivent les recommandations internationales. Un congé de maternité prolongé et rémunéré, de même qu'un emploi à temps partiel sont des facteurs facilitant la poursuite de l'allaitement. Afin d'atteindre les objectifs recommandés par l'OMS, il est important de mettre en place des actions à tous les niveaux. L'information aux mères doit être renforcée, de même que la formation des professionnels de santé. Après la sortie de maternité, il est primordial que les mères soient soutenues si l'on veut que l'allaitement se poursuive. NOIRHOMME-RENARD F., FARFAN-PORTET M.I., BERREWAERTS J. *Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ?*, UCL-RESO, Bruxelles, juillet 2006, (Série de dossiers techniques; réf.: 06-41), 30 pages.

Les dossiers techniques sont consultables sur le site <http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso>. Ils peuvent aussi être commandés à l'adresse suivante : UCL, Faculté de médecine - Ecole de santé publique, Unité d'éducation pour la santé RESO, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles. Contact : M<sup>me</sup> Dominique Doumont, tél. 02 764 50 76, courriel : [dominique.doumont@reso.ucl.ac.be](mailto:dominique.doumont@reso.ucl.ac.be).

<sup>1</sup> Les courbes de croissance sont disponibles sur le site internet de l'OMS, ainsi que le dossier relatif à l'étude : [www.who.int/childgrowth](http://www.who.int/childgrowth)

données scientifiques actuelles montrent que dans les différentes régions du monde, les nourrissons et les enfants ont des profils tout à fait comparables lorsque leurs besoins sanitaires sont satisfaits. C'est pourquoi les nouvelles courbes doivent être utilisées dans les pays en développement comme dans les pays développés. Il s'agit d'un outil fiable pour contribuer à répondre aux besoins sanitaires et nutritionnels de tous les enfants du monde ».

### L'allaitement maternel est défini comme la « norme biologique »

Les nouvelles normes utilisent l'enfant nourri au sein comme référence de croissance et de développement, tandis que les anciennes fiches se fondaient sur un échantillon composé de façon aléatoire d'enfants allaités au sein et d'enfants nourris avec des substituts.

Les enfants nourris au sein ne présentent pas, de fait, la même croissance que les enfants nourris au lait artificiel. Le Professeur **Dominique Turck**, pédiatre à Lille, explique : « Les enfants qui sont exclusivement nourris au sein, conformément aux recommandations de l'OMS, s'écartent sensiblement au cours de leur première année de vie des courbes de référence de croissance statur pondérale établies à partir d'une majorité d'enfants nourris avec des préparations lactées industrielles<sup>2</sup>.

Au cours du premier trimestre, la croissance en taille (+0,5 cm à 3 mois) et surtout en poids (+106 g à 3 mois) est supérieure chez les enfants exclusivement nourris au sein.

Les enfants nourris au sein grossissent ensuite moins vite après l'âge de 4 à 6 mois. De même, vers l'âge de 6-8 mois se produit un ralentissement modeste, mais indiscutable, de la croissance en taille.

La croissance pondérale moins rapide des enfants nourris au sein, qui aboutit à une différence de près de 600 g à 1 an, pourrait être liée au fait qu'ils stabilisent d'eux-mêmes leur consommation



Photo © Istock

tion énergétique à un niveau plus faible. L'introduction d'aliments de complément n'affecte pas cette autorégulation, l'énergie fournie en supplément provoquant une réduction compensatrice de la consommation de lait. Les nourrissons chez qui l'allaitement maternel est prolongé déposent, par ailleurs, moins de graisses dans leurs tissus. La part de la masse maigre dans leur accroissement pondéral et le gain de masse maigre par gramme de protéines consommées sont ainsi plus élevés que chez les enfants alimentés artificiellement. Cependant, les différences précoces de vitesse de croissance et de composition corporelle s'estompent complètement dans les mois et les années qui suivent ».

Pour le Professeur Turck, « les courbes diffusées par les institutions internationales viennent de pays industrialisés et d'une époque où la pratique de l'allaitement maternel était au plus bas. Elles reflètent essentiellement le développement d'enfants allaités artificiellement et leur application sans nuance à des nourrissons au sein conduit à

sous-estimer grossièrement l'efficacité de l'allaitement maternel ».

Avec les nouvelles courbes de l'OMS, le fait que l'enfant nourri au sein soit pris comme référence en terme de croissance optimale « permet d'introduire pour la première fois de la cohérence entre les instruments utilisés pour mesurer la croissance et les lignes directrices nationales et internationales en matière d'alimentation infantile »<sup>3</sup>.

Tous les experts s'entendent effectivement sur les bénéfices de l'allaitement maternel prolongé (au moins jusqu'à l'âge de 6 mois) pour la santé de l'enfant et de sa mère (tableau 1) et recommandent depuis le début des années 90 un allaitement maternel exclusif les 4 à 6 premiers mois de vie du bébé. De plus en plus, cet objectif est reculé jusqu'à l'âge de 6 mois.

### Les nouvelles normes de croissance ne risquent-elles pas de culpabiliser les mères qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas allaiter leur enfant ?

Si le lait maternel représente le « meilleur » pour les nourrissons – comme cela est d'ailleurs indiqué sur toutes les boîtes de lait artificiel! – et que les taux d'initiation à la maternité ont fort augmenté en Communauté française ces dernières années suite aux efforts de sensibilisation menés, la pratique de l'allaitement à « long terme » (jusqu'à 4, voire 6 mois) ne fait pas partie du projet de toutes les mères et/ou de tous les couples. Soit les mères ne le souhaitent pas, soit elles ne peuvent le mener à bien pour des raisons indépendantes de leur volonté, soit encore elles ne sont pas informées de ses bienfaits pour la santé de l'enfant et pour elles-mêmes.

L'utilisation des nouvelles courbes nécessite donc, de la part des soignants, une approche prudente et respectueuse du choix individuel de chacune des mères. En effet, utilisées pour mesurer un écart de développement de l'enfant par rapport à une nouvelle norme posée, ces courbes risquent de créer ou de renforcer une culpabilité chez des mères qui auraient fait le choix de l'allaitement au biberon à contre-cœur ou par manque d'informations.

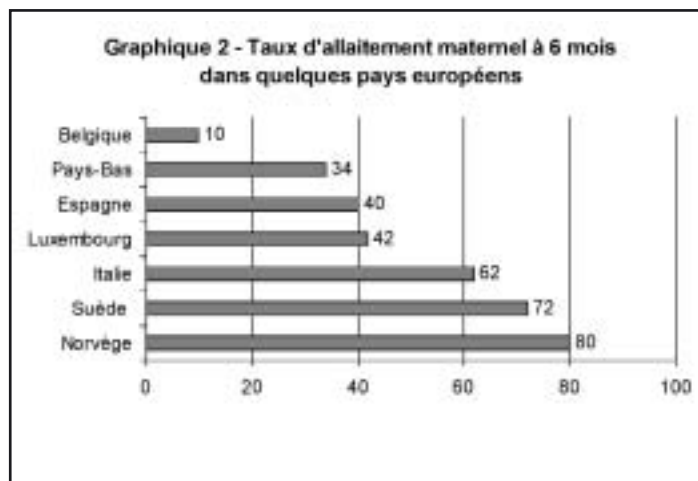
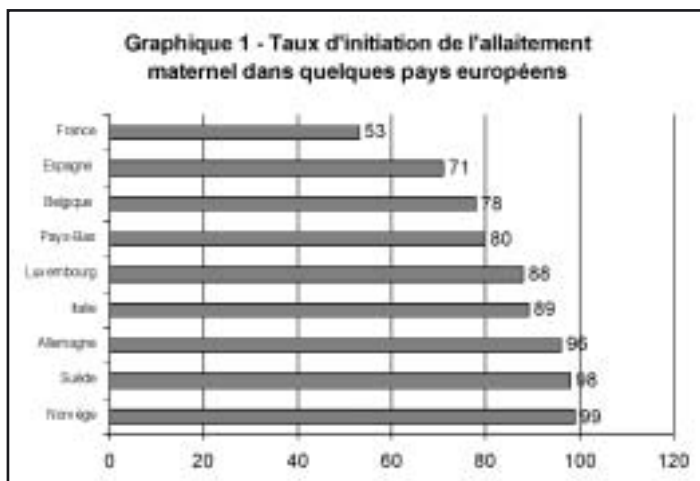
Bien sûr, l'information sur les bénéfices de l'allaitement maternel et sur les aspects pratiques de celui-ci doit être clairement donnée aux mères, et le plus tôt possible durant la grossesse. De même d'éventuels freins ou barrières doivent pouvoir être identifiés et discutés pour éclaircir d'éventuelles fausses croyances et informer les mères au sujet des différents supports existants. La présence de difficultés liées à la santé de l'enfant (la prématurité, par exemple)

2 Turck D et al. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Arch Pédiatrie 2005, 12 : S145-S165

3 Les courbes de croissance sont disponibles sur le site internet de l'OMS, ainsi que le dossier relatif à l'étude : [www.who.int/childgrowth](http://www.who.int/childgrowth)

Tableau 1 - Les bénéfices de l'allaitement maternel

<b>Pour la santé de l'enfant :</b>
un bénéfice sur le plan cognitif
une diminution de l'incidence et de la gravité des infections digestives, ORL et respiratoires
<b>Prolongé idéalement jusque 6 mois :</b>
une réduction du risque allergique chez les nourrissons à risque
la prévention de l'obésité pendant l'enfance et l'adolescence
une tension artérielle et une cholestérolémie inférieures à l'âge adulte.
<b>Pour la santé de la mère :</b>
une perte de poids plus rapide dans les 6 mois du post-partum
une diminution de l'incidence des cancers du sein et de l'ovaire avant la ménopause
un risque moindre d'ostéoporse.



sera également envisagée. Mais dès que le choix de la mère aura été fait, la mission des soignants sera alors de l'accompagner dans son choix et de renforcer son sentiment de compétence à « être une bonne mère » en surveillant l'évolution de la croissance de son enfant, et non de ré-interroger ce choix, courbes à l'appui...

### Des disparités de pratiques de l'allaitement maternel en Europe

Actuellement de grandes différences existent entre pays européens concernant les taux d'allaitement. Même si les tendances montrent d'une manière générale une amélioration dans tous les pays depuis les années 80<sup>4</sup>, les taux d'allaitement à la sortie de maternité varient aujourd'hui, à titre d'exemple, de 98 % en Suède à 53 % en France et les taux d'allaitement partiel à 6 mois de 80 % en Norvège à 10 % en Belgique<sup>5</sup>. Les graphiques 1 et 2 présentent une comparaison, en %, des taux d'initiation ou d'allaitement à la sortie de maternité, et d'allaitement

(partiel ou exclusif) à 6 mois, sur base des données du rapport européen<sup>5</sup> et, pour les taux d'initiation en Belgique, de la banque de données médico-sociales de l'ONE<sup>6</sup>.

Selon l'ONE, l'exemple de la Suède montre qu'il est possible de modifier les comportements de la population par rapport à l'allaitement grâce à la prise de mesures sociales et à l'information des familles et des professionnels. En effet, en 1973, seulement 30 % des bébés suédois étaient allaités à 2 mois et 6 % à 6 mois. Actuellement 72 % sont encore allaités à 6 mois! Notons que 100 % des hôpitaux suédois (52/52) ont reçu le label « Hôpital Ami des Bébé » les engageant à créer un environnement favorable à la pratique de l'allaitement maternel et à acquérir les compétences nécessaires pour conseiller adéquatement les mères<sup>7</sup>. Avec la Grèce, l'Irlande et le Portugal, la Belgique était jusqu'il y a peu un des rares pays à ne compter encore aucun hôpital (0/107) ayant reçu le label<sup>5</sup>. Six maternités viennent cependant de le recevoir le 5 octobre dernier<sup>8</sup>: un pas de plus vers la protec-

tion et le soutien de l'allaitement auprès des mères dans nos maternités.

### Tendances en Communauté française

En Communauté française, selon la banque de données médico-sociales de l'ONE<sup>6</sup>, les taux d'allaitement durant les 3 premiers mois de l'enfant sont en augmentation depuis 1994. En 2003, près de 78 % des bébés étaient allaités exclusivement au sein à la sortie de maternité, contre 68 % en 1994. D'après les données du « bilan de santé à 9 mois » (n=2722), en 2003, 40 % sont encore allaités exclusivement à 12 semaines et 15 % à 24 semaines.

De manière surprenante, les différences selon l'emploi des mères ne sont pas énormes puisque 49,6 % des mères sans emploi allaitent encore à 12 semaines contre 44,3 % des mères qui occupent un emploi.

On observe par contre d'importantes variations selon les subrégions et selon la nationalité d'origine de la mère. A la 12<sup>e</sup> semaine, 35 % d'enfants environ sont encore allaités au sein maternel à Bruxelles et dans le Brabant wallon contre 18 % seulement dans les provinces de Namur et du Hainaut. Les femmes d'origine non belge allaitent nettement plus après l'accouchement que les femmes belges. Les femmes françaises sont celles qui allaitent le moins.

Tableau 2 - Exemples de facteurs influençant l'initiation et/ou la durée de l'allaitement maternel

<b>Association positive</b>
Primiparité (en CFB)
Niveau d'éducation plus élevé – connaissances
Croyances
Participation à des cours prénataux
Soutien familial (conjoint) et social
Encouragements de l'entourage professionnel
Avoir été soi-même allaitée
<b>Association négative</b>
Niveau d'éducation plus faible
Peu de confiance en soi
Perception d'une insuffisance de lait
Croyances, barrières
Tabagisme
Distribution d'échantillons de lait artificiel à la maternité
Présence de problèmes liés à l'allaitement

4 Yngve A et Sjöström M. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA : current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. Public Health Nutrition 2001, 4 : 631-45

5 Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B et al. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : current situation. Public Health Nutr 2005, 8 : 39-46

6 Banque de données médico-sociales de l'ONE. Rapport 2004. Dossier spécial : Allaitement maternel. Bruxelles, 2004. ([www.one.be](http://www.one.be))

7 Moyersoen F. Pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel, une initiative internationale et un label de qualité : « Hôpital Ami des bébés ». Bulletin d'Education du Patient 2000, vol.19, no 4 : 74-78

8 Le Journal du médecin, 13/10/2006

## Facteurs influençant l'initiation et la durée de l'allaitement maternel

Les difficultés liées à la reprise du travail semblent a priori un obstacle important à un allaitement maternel de longue durée. Pourtant, si l'on en croit les chiffres, la situation d'emploi des mères n'explique probablement pas à elle seule le taux bas d'allaitement maternel prolongé. Différents facteurs de nature sociodémographique, psychosociale, cognitive, comportementale, environnementale, etc., peuvent avoir un impact sur la décision de nourrir son enfant au sein ou au

biberon à la naissance, et sur la durée de l'allaitement (tableau 2). Il semblerait qu'un arrêt précoce découle bien plus de la difficulté que pose l'allaitement, y compris le manque d'information et d'appui, que du choix des femmes.

Comment dès lors soutenir l'allaitement maternel dans sa durée ? Les programmes de promotion et de soutien de l'allaitement maternel recensés dans la littérature sont nombreux. Beaucoup ont donné des résultats positifs sur les taux d'allaitement maternel prolongé, à des échelons locaux ou régionaux. Avec le développement de ces programmes, les nouvelles

courbes de croissance staturo-pondérale de l'OMS représentent un nouveau pas en avant vers une plus grande promotion de la pratique de l'allaitement maternel. Peut-être leur utilisation permettra-t-elle d'intéresser davantage les soignants à l'allaitement maternel.

**Florence Noirhomme-Renard, Médecin de santé publique, Université catholique de Louvain, Groupe de Recherche en Systèmes de santé, Unité de promotion et d'éducation pour la santé (RESO)**

## DOCUMENTATION

### Habiter en santé

« Partie d'une maison ou d'un immeuble où on habite », voici la définition du logement selon le dictionnaire <sup>1</sup>. Cette définition brève et froide cache pourtant une réalité complexe recouvrant une multitude d'aspects physiques, géographiques, sociaux, psychologiques et culturels. Cette bibliographie commentée explore le lien entre le logement et la santé. En effet, divers problèmes sanitaires trouvent leur origine dans le logement et sa qualité.

Du point de vue de la santé physique, les agents allergènes (comme les acariens, les moisissures, les blattes), les produits toxiques présents dans les maisons (le plomb, les pesticides, les solvants, le radon, la fumée de tabac...) sont responsables d'intoxications, d'infections respiratoires ou encore d'asthme. Des facteurs comme l'humidité, la température ou la qualité du logement, l'agencement de l'espace, les nuisances sonores peuvent également avoir un effet négatif sur la santé. Cet effet peut se traduire par des infections diverses, des accidents domestiques ou avoir pour conséquence des abus de médicaments.

En ce qui concerne la santé mentale, les caractéristiques de l'environnement immédiat du logement sont les principaux facteurs à l'origine de troubles psychologiques comme l'anxiété, la dépression... En effet, on ne saurait limiter le logement à un abri contre les intempéries. Il représente surtout un endroit protégé, sécurisant, un territoire privé et personnalisé, nécessaire à la construction psychologique et identitaire harmonieuse d'une personne.

Les intervenants sociaux et sanitaires, à travers la pratique de terrain auprès des sans-abris et des populations précarisées, témoignent d'ailleurs de l'influence du logement sur l'image de soi, les relations sociales et familiales et la qualité de vie.

Des experts de l'OMS, dans un document de référence récent, proposent de définir un « habitat favorable à la santé » comme « un habitat qui assure les circonstances nécessaires et suffisantes à la santé mentale et sociale, à la sécurité, à l'hygiène, au confort et à l'intimité. Un habitat favorable à la santé n'est cependant pas qu'une simple construction : il est plus que le lieu résidentiel d'un ménage qui accumulerait tous les critères et les normes constructives, toutes les connaissances mobilisées au fil de siècles de construction de logements et d'aménagement de leurs environnements proches ».<sup>2</sup> Toutes les facettes du lien complexe entre la santé et l'habitat ne seront pas abordées dans cette bibliographie commentée : le Sick Building Syndrom (excès de plaintes et de symptômes survenant chez une partie des occupants de bâtiments non industriels), la problématique du départ du logement et entrée en institution pour les personnes âgées et le concept de ville-santé ne seront pas illustrés.

En interrogeant la base de données DOCTES avec le mot-clé « logement » (la notion de santé ne doit pas spécifiquement être introduite puisque la base de données est consacrée à la promotion de la santé), on trouve 497 références. Parmi celles-ci, n'est retenue et présentée ci-dessous qu'une sélection de documents récents (1999-2005), qui illustrent en français et de manière pertinente la thématique. Pour obtenir davantage d'informations sur ce thème, interrogez la base de données DOCTES en ligne sur le site [www.md.ucl.ac.be/doctes](http://www.md.ucl.ac.be/doctes). Les documents que vous y trouverez ainsi que ceux pré-

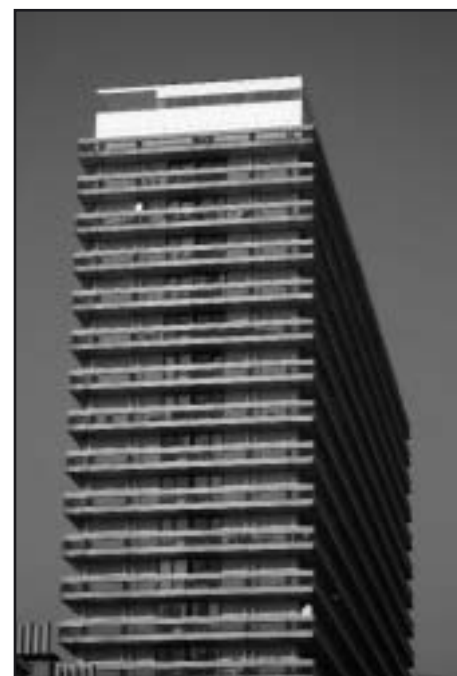


Photo © Daniëlle Beelders

sentés ci-dessous, peuvent être consultés ou empruntés au RESOdoc, Service de documentation de l'Unité UCL-RESO <sup>3</sup>.

GOENS F., LOUTERMAN D., CHERBONNIER A. (2005) A Bruxelles, le porte à porte pour éduquer à la santé in *La Santé de l'Homme*, n° 380, novembre – décembre, pp. 4-6. COTE RESO S.02

Depuis 2001, l'action Santé & Environnement se déroule à Bruxelles, dans le quartier défavorisé des Marolles. Dans cette action, des pro-

<sup>3</sup> Service RESOdoc UCL-RESO Avenue Mounier 50 Centre faculté -1, 1200 Bruxelles 02/764 50 37. DOCTES est une base de données partagée, certaines références peuvent provenir de centres partenaires du réseau WebDOCTES (Cultures & Santé, NADJA asbl, Parthages, PMS-PSE COCOF, Prospective Jeunesse, CLPS Bruxelles)

<sup>2</sup> OMS (2004) Habitat et santé : Etat des connaissances. Document de référence. consulté sur Internet en septembre 2005 à l'adresse <http://www.euro.who.int/document/HOH/fbackdoc01.pdf>, 27 p.

<sup>1</sup> Larousse, édition 1994

fessionnels de la santé et du social travaillent ensemble à améliorer les conditions de vie en matière de santé et d'environnement. Sur base d'un diagnostic établi par les habitants eux-mêmes, des outils sur mesure ont été créés de manière à informer la population, dans un langage adapté (ce quartier est habité par un public qui est peu familiarisé avec l'écrit, maîtrise mal le français ou est parfois illettré), des dangers de l'habitat insalubre, de la présence de plomb notamment. Ces outils sont utilisés en équipe par les médecins, assistantes sociales et autres intervenants, qui effectuent des visites à domicile.

DE SPIEGELAERE M. (2005) *Santé et habitat : réflexion à propos d'une tentative d'approche multiple et sectorielle* in *Promotion & Education, Suppl. 3*, pp. 23-27. COTE RESO H.01

La nécessité d'une approche intersectorielle « santé-habitat » fait l'objet d'un consensus tant pour la population impliquée que pour les intervenants ou les décideurs politiques. Dans cet article, les processus d'articulation des différents secteurs impliqués dans 6 projets « santé-environnement » développés au niveau local ou régional, dans la région de Bruxelles-Capitale sont analysés. L'article montre que la question de l'intersectorialité se pose différemment, d'une part, au niveau local et régional et, d'autre part, selon les modèles conceptuels sous-jacents aux projets.

En effet, on constate que le secteur initiateur d'un projet impose son modèle, sa logique et son expertise, ce qui entraîne des difficultés pour impliquer de manière active les autres secteurs concernés. L'articulation d'approches verticales, spécialisées et d'approches généralistes ou globales se réduit trop souvent à l'intégration d'aspects spécialisés dans l'action généraliste. L'analyse des différents projets montre l'absence de prise en compte de la globalité et de la complexité des interactions entre les multiples aspects de la vie par les acteurs spécialisés, ici environnementaux, dans l'articulation avec d'autres secteurs. Enfin, le maintien dans le temps d'approches globales et multiples est hypothéqué par la non-reconnaissance et l'absence de financement des interventions portant sur de multiples aspects de la vie.

Union des Mutuelles Libres (2005) *Votre maison respire la santé, Bruxelles, 13 p.* COTE RESO BS.12

Nous passons en moyenne 85 % de notre temps à l'intérieur dont 75 % environ dans notre propre maison. Un habitat sain est par conséquent extrêmement important. Nous n'en sommes généralement pas conscients mais l'air de nos maisons est souvent plus pollué que l'air extérieur. Des tas de facteurs peuvent l'expliquer. Cette brochure propose des conseils clairs et faciles à mettre en œuvre pour optimiser le

bien-être et le confort domestiques dans un logement sain. Il y est notamment question des causes et des conséquences de la pollution domestique, de la manière de ventiler, de la qualité de l'environnement et de divers trucs et astuces pour maintenir le logement dans une qualité optimale.

(2004) *Recherche-action « Santé et Habitat ». L'apport des généralistes. Rapport Final. Collaboration entre les médecins généralistes bruxellois et l'Observatoire de la santé et du social (septembre 2002-juin 2004) consulté sur Internet en septembre 2005 à l'adresse [http://www.observatbru.be/nl/Sante/Rapport\\_RA\\_2004.pdf](http://www.observatbru.be/nl/Sante/Rapport_RA_2004.pdf)* Cote RESO WC.03.04.05

Les médecins généralistes, qui prodiguent des soins de première ligne au domicile des patients, sont confrontés très régulièrement à des problèmes de santé causés ou aggravés par la mauvaise qualité du logement. Les informations qu'ils peuvent recueillir auprès de leurs patients, par leurs examens et par l'observation des logements sont particulièrement précieuses pour mieux comprendre les problèmes concrets qui se posent à Bruxelles et quelles réponses y apporter. C'est pourquoi l'Observatoire de la Santé et du Social a développé de 2003 à 2004 une recherche-action avec des généralistes bruxellois dans le domaine de l'habitat. Un groupe de médecins généralistes s'est investi dans un projet de pratique autour de l'intoxication au plomb : ils ont appris à mieux connaître les facteurs de risque, les manifestations cliniques de l'intoxication au plomb et les techniques de dépistage et de traitement. Le deuxième groupe a mis en évidence une série de problématiques liées à l'aménagement des logements des personnes âgées et les liens étroits et réciproques entre la santé mentale et l'état du logement. Dans les deux cas, les généralistes « acteurs et chercheurs » ont tenté de mieux identifier les problèmes concrets auxquels sont confrontés leurs patients, les collaborations qui seraient indispensables pour y faire face ainsi que la manière dont ils pouvaient inclure l'observation du logement ou le dépistage de l'intoxication au plomb dans leur pratique quotidienne.

« Ensanter » *l'habitat*, in *Santé Conjuguée*, n° 18, pp.18-116. Cote RESO C.02

Ce cahier du périodique Santé Conjuguée contient 24 articles dédiés au rapport entre la santé et l'habitat. Il s'intéresse d'abord aux problèmes plus spécifiquement médicaux, matérialisés par la pollution intérieure et ses nuisances. Différents agents de pollution intérieure sont analysés et les projets « Sandrine » (au niveau européen), « Ambulances vertes », et « Hector » (pour la Belgique) sont présentés. Ensuite, il présente la réflexion de quelques architectes sensibilisés par l'aspect sanitaire de

la construction de logements : comment intégrer une préoccupation santé dans l'architecture ? Il termine enfin par la question de l'accès au logement pour deux publics particuliers : les moins aisés et les personnes âgées.

*Habitat et santé (2004-08) in Bruxelles Santé, n° 34, pp. 10-17. Cote RESO B.12*

L'adoption, par le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale, d'une ordonnance « portant le Code bruxellois du Logement » (17 juillet 2003) puis un arrêté « déterminant les exigences élémentaires en matière de sécurité, de salubrité et d'équipement des logements » (4 septembre 2003), a suscité ce dossier de Bruxelles Santé sur le lien entre l'habitat et la santé. L'habitat, c'est-à-dire non seulement le logement en termes immobiliers mais aussi l'environnement immédiat, le voisinage, le quartier. Après un coup d'œil historique sur la politique du logement en Belgique, le dossier consacre un chapitre à l'accès au logement et un autre aux différents problèmes de santé liés à l'habitat : santé physique mais aussi psychosociale.

OMS (2004) *Habitat et santé : Etat des connaissances. Document de référence. consulté sur Internet en septembre 2005 à l'adresse <http://www.euro.who.int/document/HOH/fbackdoc01.pdf>*, 27 p. COTE RESO WC.03.04.06

Ce document de référence de l'OMS pour la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Budapest, 24-25 juin 2004) propose une revue de littérature très complète sur les relations entre habitat et santé. Dans une première partie, le document présente un état des connaissances scientifiques concernant l'impact de l'habitat sur la santé mentale à travers le sentiment de protection, le lien social, l'identité et l'altération de la santé mentale.

Il souligne l'influence néfaste du bruit tant au niveau de la santé mentale que cardio-vasculaire. Il traite ensuite de la qualité de l'air intérieur, des accidents domestiques, des moisissures, de l'hygrothermie et de la perception du confort, de l'accessibilité et du plein usage du logement. Il met en lumière, par ailleurs, l'impact que l'habitat peut avoir sur l'obésité ainsi que les aspects socio-économiques de la consommation domestique d'énergie et l'impact de l'environnement résidentiel immédiat et de la criminalité sur la santé.

Dans une deuxième partie, il présente les premiers résultats du projet LARES (Analyse approfondie et examen des conditions d'habitat et de santé en Europe). Ce projet a pour objectifs de surveiller et évaluer la qualité du parc de logement de façon holistique; d'identifier les axes permettant d'établir des priorités parmi les différents domaines du logement et de la santé posant problème; de concevoir un outil



qui permettrait aux autorités locales d'évaluer le parc des logements existants et l'état sanitaire des populations dans leur ville ou leur région; de produire une banque de données détaillées et de développer des directives et des

recommandations permettant de définir des politiques adaptées. Ce document conclut sur l'importance de la prise de conscience de l'impact de l'environnement bâti pour la santé humaine.

**Karine Verstraeten, Yvette Gossiaux, Dominique Doumont**, Université catholique de Louvain, Ecole de santé Publique, Unité RESO, Service RESOdoc

## VU POUR VOUS

### Education Santé en ligne

Pour tous ceux qui ne connaîtraient pas encore notre site, voici un petit rappel : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be) est en ligne depuis mars 2002. Il est constitué d'une base de données reprenant la quasi-totalité des textes publiés depuis janvier 2001 (avec l'autorisation des auteurs). Cela représente pas moins de 835 articles à ce jour! Ces mines d'information peuvent être imprimées directement à partir du site. La recherche d'un article peut se faire par nom d'auteur, par mot-clé, par le numéro de la revue dans lequel il est paru ou par un intitulé de rubrique. Comme le moteur de recherche balaie l'intégralité des textes, vous y trouverez sûrement votre bonheur.

Depuis 2005, le site comprend aussi un agenda (colloques, conférences, formations...) et des brèves (publications, appels à projets...) qui complètent la version papier de la revue : les délais de production (mise en page et impression) ne nous permettant pas toujours de publier une information intéressante dans les temps, grâce à ces deux modules, vous êtes assurés que l'information se retrouve sur le site quasiment le jour même où nous la recevons. Quelques éléments d'évaluation du site à présent : entre le 1/11/2005 et le 31/10/2006 (durée de notre convention avec la Communauté française), 69.006 visiteurs se sont connectés au site, soit une moyenne mensuelle de 5.750 visiteurs (ou encore une moyenne de 189 visiteurs par jour).



La progression est nette par rapport à l'an passé (44.788 visiteurs sur la même période).

La fréquentation du site entre le 1/11/2005 et le 31/10/2006

novembre 05	4480
décembre 05	4310
janvier 06	5264
février 06	5565
mars 06	6775
avril 06	6289
mai 06	6612
juin 06	6198
juillet 06	5034
août 06	4854
septembre 06	5781
octobre 06	7840

Le nombre de pages vues est en moyenne de 637 par jour et de 3,5 par visiteur. Curieuse-

ment, ce chiffre-ci a baissé par rapport à nos chiffres de l'an passé (on comptait alors une moyenne de 778 pages vues par jour et 5 par visiteur). Cela signifie-t-il que les visiteurs connaissent mieux notre site et vont directement à ce qu'ils cherchent ?

Nous pouvons « identifier » les visiteurs par les noms de domaine des sites qui leur ont permis de se connecter au nôtre. Voici le top 10 (photographie pour le mois de septembre)

1 Belgique (.be)	42,26 %
2 France (.fr)	18,08 %
3 Non connu	15,54 %
4 US Commercial (.com)	12,51 %
5 Network (.net)	7,22 %
6 Canada (.ca)	1,59 %
7 Suisse (.ch)	0,62 %
8 Luxembourg (.lu)	0,60 %
9 Maroc (.ma)	0,41 %
10 Allemagne (.de)	0,24 %

Signalons encore, plus loin dans le classement, quelques visiteurs qui se connectent depuis des sites italiens, anglais, au Brésil, à Monaco, au Japon, à Madagascar, au Mexique, en Russie, ou en République démocratique du Congo. Grâce à internet, la revue s'exporte plutôt bien. Nous en sommes assez fiers!

**Maryse Van Audenhaege**

## Un million de visiteurs pour le site [www.help-eu.com](http://www.help-eu.com)

Un an à peine après sa mise en ligne, ce portail d'informations a déjà été consulté par 1 million de visiteurs.

Ce site vise à fournir des informations objectives et factuelles à tous les citoyens de l'Union européenne dans leur propre langue. Il propose des liens vers des sites d'organisations d'aide aux personnes qui souhaitent arrêter de fumer ou qui ne veulent pas 'succomber à la tentation'. Il fournit également des informations

concernant les derniers développements, rapports, lettres d'information et projets novateurs mis en place dans d'autres pays. Toutes ces informations sont disponibles dans les 20 langues de l'Union européenne.

La zone « Test » est sans conteste celle qui rencontre le plus de succès. Elle est suivie par les rubriques « Je veux arrêter », « Trucs et astuces » et enfin « Besoin d'aide ». Il apparaît clairement que la principale préoccupation des visiteurs

est d'arrêter de fumer et qu'ils suivent donc un schéma de navigation logique : ils réalisent le test; ils cherchent des informations sur la manière d'arrêter de fumer; ils lisent des conseils à ce sujet; ils cherchent de l'aide.

Le succès de ce site Internet résulte principalement des efforts permanents consentis dans la diffusion du message par le biais de campagnes publicitaires télévisées, d'une couverture médiatique, de dépliants et d'actions sur le terrain

comme les opérations de mesure du monoxyde de carbone, de cartes postales et de cadeaux comme des bracelets (1.250.000 pièces), des T-shirts (30.000), des crayons (150.000) et des sacs à dos.

## À propos de HELP

HELP est une initiative de la Commission européenne, qui vise essentiellement à toucher effectivement les adolescents et les personnes qui travaillent dans ce milieu, tant les fumeurs que les non-fumeurs.

Cette campagne s'adresse principalement aux adolescents (âgés de 15 à 18 ans) et aux jeunes adultes (âgés de 18 à 30 ans).

Les trois priorités de la campagne « HELP », définies par le **Commissaire Kyprianou**, sont la prévention, la cessation, et les dangers du tabagisme passif.

La campagne « HELP – Pour une vie sans tabac » de la Commission européenne vise à convaincre les citoyens de ne pas commencer à fumer ou de mettre un terme à leur dépendance. Cette campagne télévisée a été ou est diffusée dans les 25 États membres (dont la Communauté française, où elle a bénéficié d'espaces gratuits). Elle est complétée par différentes actions publicitaires.

Internet se révèle être un support de communication adéquat pour diffuser des informations

relatives à la santé, aider les citoyens européens à y consacrer plus d'attention et à se faire entendre par les dirigeants.

Le portail de santé publique de l'Union européenne permettra aux citoyens d'accéder à des informations simples, précises et scientifiques afin de les inciter à modifier leur comportement et de les aider à améliorer leur santé. L'adresse de ce portail de santé publique est <http://health.europa.eu>. En anglais pour le moment, il sera prochainement accessible dans toutes les langues officielles de l'Union européenne.

*D'après un communiqué de 'HELP – Pour une vie sans tabac'*

## BRÈVES

### Santé

#### Bruxelles

8 décembre 2006

Colloque *Société en évolution et changement du paradigme de la santé ?*, organisé à l'occasion du 25<sup>e</sup> anniversaire du Club européen de la santé.

Quelques thèmes d'interventions :

- la médecine environnementale est-elle un reflet de l'évolution de la société ?
- le bien-être mental dans une société en mutation;
- nouveaux défis pour le médecin du travail;
- les bénéfices de REACH pour la santé des travailleurs;
- la transdisciplinarité, un nouveau paradigme en médecine générale;
- une formation en santé environnementale pour les professionnels de la santé : l'insertion du nouveau paradigme;
- etc.

Public cible : médecins du travail, conseillers en prévention, médecins généralistes, employeurs, représentants des syndicats, inspecteurs du travail, éco-conseillers...

Lieu : SPF Emploi, travail et concertation sociale, rue Ernest Blerot 1, 1070 Bruxelles (Auditorium Storck).

Frais de participation (lunch et documentation compris) : 35 € (25 € pour les membres du Club européen de la santé) à verser au compte 210-0512385-83 en mentionnant

« 8/12/2006 + le nom du participant ».

Renseignements : SPF Emploi, travail et concertation sociale, DG Humanisation du travail, Sophie Pistello, rue Ernest Blerot 1, 1070 Bruxelles. Tél. 02 233 42 43.

Fax 02 233 42 52. Courriel : [sophie.pistello@meta.fgov.be](mailto:sophie.pistello@meta.fgov.be).

### Promotion de la santé

#### Bruxelles

12 décembre 2006

Le Vlaams Instituut voor gezondheidspromotie (VIG) organise un colloque sur la promotion de la santé en milieu scolaire intitulé « Tien op tien voor gezondheid! » (« Dix sur dix pour la santé! »).

Cela se passera au Parlement flamand, rue Ducale 2, 1000 Bruxelles.

Programme complet et possibilité d'inscription sur le site [www.vig.be](http://www.vig.be).

Renseignements : VIG vzw, G. Schildknechtstraat 9, 1020 Bruxelles. Tél. 02 422 49 49.

### Personne âgée

#### Comines

21 décembre 2006

La perception de la santé et de la qualité de vie chez les seniors de l'entité de Comines. Dans le cadre du projet Interreg III Santé des Seniors (50 ans et plus), le Centre local de promotion de la santé du Hainaut occidental, l'Observatoire de la santé du Hainaut et le Comité régional d'éducation pour la santé du Nord-Pas-de-Calais organisent un retour des résultats des enquêtes sur les constats et les attentes d'une série de professionnels, d'élus et de seniors rencontrés sur Comines Belgique - Comines France (élus, professionnels du domicile, professionnels en structures d'hébergement, associatif, seniors en établissement et seniors au domicile) concernant la perception de la santé, de la qualité de vie et des besoins des seniors sur ces communes.

Cette rencontre visera également à envisager ensemble le suivi de ces points, les pistes à lancer et les projets de partenariats transfrontaliers à mener en la matière.

Cette manifestation est gratuite et ouverte à tous.

Pour tout renseignement complémentaire : Centre local de promotion de la santé du Hainaut Occidental, rue de Cordes 9, 7500 Tournai. Tél.: 069.22.15.71.

### Documentation

#### Bruxelles

Janvier 2007

Dans le cadre du Service communautaire de promotion de la santé et suite à des demandes émanant des relais de documentation en promotion de la santé, l'Unité d'éducation pour la santé RESO-UCL et son service de documentation RESOdoc proposent trois modules de formation.

L'objectif de ces formations est de permettre à un maximum de relais, en documentation ou en promotion de la santé, d'être autonomes quant à la gestion de leur propre documentation et de faciliter leurs recherches documentaires.

Les formations sont prévues pendant une demi-journée, le vendredi matin de 9h30 à 12h30. Elles sont gratuites et se donnent au RESOdoc. Chaque module comporte une partie théorique et une partie d'exercices pratiques, applicables, dans la mesure du possible, aux problèmes spécifiques des participants. Les groupes ne peuvent dépasser 15 à 20 personnes. Si les demandes excèdent ce nombre, d'autres séances seront envisagées. Par contre, si le nombre de participants est inférieur à 5, les séances seront annulées.

**Vendredi 12 janvier 2007 :  
initiation à la documentation**

Adressée à toutes personnes qui ne sont pas documentalistes de formation mais qui occupent la fonction au sein d'un organisme.

Contenu : comment créer un centre de documentation, indexation (analyse du contenu, attribution de mots-clés...), étapes de la recherche documentaire, bibliographie...

**Vendredi 19 janvier 2007 :  
initiation à la recherche sur Internet**

Adressée aux documentalistes ou faisant fonction. Contenu : présentation d'Internet, moteurs de recherche, catalogues spécialisés, bases de données Doctes/Quisante...

**Vendredi 26 janvier 2007 :  
recherche documentaire sur Internet**

Adressée aux documentalistes ou faisant fonction ayant déjà des notions de recherche sur Internet.

Contenu : catalogues spécialisés, bases de données Doctes/Quisante, Pubmed, Science Direct...

Inscription : par courriel à [karine.verstraeten@reso.ucl.ac.be](mailto:karine.verstraeten@reso.ucl.ac.be) ou [gossiaux@reso.ucl.ac.be](mailto:gossiaux@reso.ucl.ac.be) ou par téléphone au 02 764 50 37 ou 38.

## Expo Bruxelles

Jusqu'au 14 janvier 2007

Expo Santé! L'art au secours de la prévention médicale, affiches et moulages en cire de 1880 à 1940 pour la prévention des grands fléaux de l'époque : syphilis, tuberculose, alcoolisme... Ces œuvres, posées comme autant de témoignages historiques, nous livrent l'esprit et les mœurs d'une époque. Remarquable catalogue bilingue FR-NL de **Chloé Pirson** et **Céline Pijcke** (25 euros).

Lieu : Hôtel de Ville de Bruxelles, du mardi au dimanche de 10 à 17h, fermé les lundis et jours fériés.  
Entrée : 5 euros (4 pour étudiants et seniors).

## Deuil Liège

A partir du 23 janvier 2007

Le Centre de planning « Estelle Mazy » organise un **groupe de parole, d'écoute et de soutien après le décès d'un proche**. Il rassemble des personnes endeuillées par la perte récente d'un être cher, ou par un décès plus ancien mais encore trop à vif.

Le groupe est animé par **Anne Franssen-Deuse** et **Claire Eyen-Louis**, psychologues au Centre et membres du Réseau d'accompagnement des personnes endeuillées coordonné par le Centre de prévention du suicide.

Le groupe se réunit tous les 15 jours.

1<sup>re</sup> séance (sur 10) : le mardi 23 janvier 2007 à 20h.

Participation : 8 euros par séance.

Le Centre peut aussi vous recevoir de manière individuelle pour une question sur le deuil ou toute autre question relative à la vie relationnelle, affective et sexuelle.

Informations au Centre de planning familial « Estelle Mazy », Rue Cathédrale 97, 4000 Liège. Tél.: 04 223 51 20.

## Gestion de projet Wépion

26 au 28 janvier 2007

Formation Mener des projets avec les enfants et les jeunes, organisé par le CEMEA (du 26 à 20h au 28/01/07 à 17h) : apports théoriques sur la méthodologie de projet, expérimentation en groupe d'un mini-projet.

Public visé : animateurs, intervenants de l'éducation permanente, acteurs de l'éducation.

Modalités : 76 € (membre 68 €), étudiant, demandeur d'emploi 58 € (membre 51 €).

Contacts : CEMEA, Avenue de la Porte de Hal 39 bte3, 1060 Bruxelles. Tél.: 02 543 05 90. Fax : 02 543 05 99.

Site : <http://www.cemea.be>.

## Promotion de la santé Bruxelles

A partir du 2 février 2007

4 journées de formation pour mieux cerner les concepts et les stratégies privilégiées en promotion de la santé, organisées par le CLPS de Bruxelles et l'ASBL Repères, suivies de 6 demi-jours d'ateliers d'échanges de pratiques.

Public concerné : tout acteur concerné par la promotion de la santé, équipes PSE, PMS, planning, éducateurs, acteurs sociaux, aides soignantes, soins à

domicile, maisons médicales, acteurs de prévention, centres d'accueil.

Dates : 2.02, 16.02, 9.03, 30.03.2007 + 20.04, 11.05, 8.06, 29.06, 7.09, 21.09.2007.

Coût : 100 €.

Renseignements et inscriptions : 010 457 331.

## Drogues Bruxelles

5, 6 et 13 février 2007

Module interdisciplinaire de formation de Prospective Jeunesse (3 jours) destiné à tout adulte relais confronté à la question des drogues : intervenants psycho-médico-sociaux, enseignants, éducateurs, parents, stagiaires, etc.

Cette formation aura aussi lieu les 23, 24 et 30 avril 2007.

Infos : Prospective Jeunesse, Claire Haesaerts, ch<sup>re</sup> d'Ixelles 144, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 512 17 66. Fax : 02 513 24 02.

Courriel : [claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be](mailto:claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be).

Site Internet : <http://www.prospective-jeunesse.be>.

## Promotion de la santé Luxembourg

8 et 9 février 2007

Colloque international « Promotion de la santé et éducation pour la santé : état des connaissances et besoins de recherche », organisé par le CRP-Santé, soutenu par le Ministère de la Santé et l'Université de Luxembourg, et en partenariat avec l'UIPES.

Pré-programme scientifique, appel à communications et toute autre information sur <http://pses.crp-sante.lu>

## Outil pédagogique Bruxelles

15 février 2007

Concevoir un guide pédagogique pour accompagner l'outil, formation organisée par l'Outilthèque santé, Service promotion de la santé de l'UNMS.

### Objectifs

Identifier les critères de qualité spécifiques à un guide pédagogique et à son processus de construction. Évaluer leur pertinence et leur faisabilité en regard de son propre projet de création d'un outil pédagogique. Élaborer le canevas de rédaction du guide pédagogique relatif à son outil.

### Contenu

Processus de construction du guide : balises Pourquoi un guide d'utilisation ? Pour qui ? Critères de qualité spécifiques : contenu et forme Public ciblé par la formation : les concepteurs d'outils pédagogiques.

Formatrices : **Catherine Spièce, Céline Leto** – Outilthèque Santé - UNMS.

Lieu de formation : Union nationale des mutualités socialistes, place Saint-Jean 1, 1000 Bruxelles.

Horaire : 9 h 30 – 12 h 30 ; 13 h 30 – 16 h 30

Coût : étudiants, services et associations subventionnés en Belgique : 30 €; secteur privé et étranger : 100 €.

**Date limite d'inscription : 15 janvier 2007.** Les inscriptions sont enregistrées dans l'ordre d'arrivée et effectives dès réception du montant dû (groupe limité

à 12 personnes). Inscription en ligne sur

[www.pipsa.org](http://www.pipsa.org) (niouzes).

Renseignements : Service Promotion de la santé UNMS, rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 515 05 85.

Fax : 02 515 06 11. Courriel : [promotion.sante@mutsoc.be](mailto:promotion.sante@mutsoc.be).

## Handicap

« Imaginons les systèmes D ». L'ASBL Solival Wallonie Bruxelles est un centre de recherche, de promotion, d'information et de conseil en aides techniques (lit, béquille, lève-personne, etc.) et en aménagement du domicile qui offre ses services à toute personne rencontrant des situations de handicap physique, mental ou sensoriel.

Par ses services, entièrement gratuits et accessibles à tous, elle désire apporter des conseils et des pistes de solutions favorisant l'autonomie, la qualité de vie et surtout le maintien à domicile de la personne.

Elle dispose d'une salle qui offre un aperçu des différentes aides techniques, adaptations et aménagements possibles et également un aperçu de systèmes D.

Les systèmes D sont des aides techniques « faites maison », des petits « trucs et astuces » mis en place par la famille ou par la personne en situation de handicap pour améliorer son autonomie.

En collaboration avec CAP 48, qui finance le projet « Imaginons des systèmes D, Solival Wallonie Bruxelles désire recenser un maximum de systèmes D pour les mettre à disposition (via les associations de personnes, Internet, via des publications, etc.) des personnes rencontrant les mêmes difficultés que leurs inventeurs. Nous faisons donc appel à votre ingéniosité. Vos trucs, astuces, trouvailles, nous intéressent!

Voici un exemple de trouvaille nous venant de Madame H.: «...mon mari, ayant des difficultés à utiliser ses deux mains, était désespéré à l'idée de devoir arrêter les jeux de cartes ou de devoir dépendre de quelqu'un pour y jouer. Je lui ai donc proposé d'utiliser un mètre pliant. Il suffit de glisser les cartes entre les lattes. De même une brosse à habit peut rendre le même résultat en intercalant les cartes entre les poils. Depuis il ne veut plus s'en séparer... »

Faites-nous connaître vos systèmes D!

Complétez le formulaire sur le site [www.solivalwb.be](http://www.solivalwb.be).

Contact : Solival Wallonie Bruxelles, Cliniques universitaires UCL, Av D' Gaston Thérasse 1, 5530 Yvoir. Tél : 081 41 46 90. Fax : 081 41 46 92.

Courriel : [info@solivalwb.be](mailto:info@solivalwb.be).

## Dépenses 2005 - erratum

Le tableau des dépenses de santé de la Communauté française publié le mois dernier contient quelques erreurs. Dans les programmes à l'échelle de la Communauté, le montant consacré à l'enquête HBSC pilotée par l'ULB est de 49.745,30 euros.

Le programme Sésame apparaît à la fois dans les programmes à l'échelon local, ce qui est exact, et à l'échelon communautaire, ce qui est un doublon.

Les deux projets du SES Huy sont repris à la rubrique 'Communautaire', alors que le programme 'Rencontres santé en milieu carcéral' est un projet local.

Avec nos excuses.

## Tribune Vrrrrroooooooooommm!!!

**La Région wallonne et Formula One Association, la société de Bernie Ecclestone, ont signé le 11 octobre dernier la convention réglant les aspects commerciaux du retour de la Formule 1 à Francorchamps. A l'heure où des signaux forts en matière de maîtrise énergétique, contrôle de la pollution et lutte contre l'insécurité routière s'imposent, Inter-Environnement Wallonie regrette qu'une autorité publique ait jugé bon d'investir dans une activité dont la nature et les valeurs vont à l'encontre de l'intérêt général.**

C'est désormais officiel : dès 2007, le Grand-Prix de Formule 1 sera de retour à Spa-Francorchamps. La nouvelle réjouira les amateurs de sport automobile, les commerçants locaux et tous ceux qui veulent voir dans la F1 un moteur du rayonnement de la Wallonie.

Le contexte dans lequel ce retour s'inscrit devrait par contre interpellier l'ensemble des citoyens. Le Gouvernement wallon, autorité publique garante de l'intérêt général, s'est en effet impliqué grandement et a investi massivement dans l'opération<sup>1</sup>. Or, la nature de l'événement et les valeurs qu'il véhicule vont à l'encontre de celles que des gouvernants responsables se doivent de prôner aujourd'hui. Inter-Environnement Wallonie déplore donc cet accord dans lequel elle voit une incohérence politique.

Tous les signaux concernant les ressources énergétiques, la pollution atmosphérique et les changements climatiques sont aujourd'hui au rouge et appellent des mesures urgentes qui apparaîtront d'autant plus radicales qu'elles seront retardées. Il s'avère dès lors difficile de comprendre comment

un Gouvernement peut s'engager dans la promotion d'une activité qui constitue une véritable apologie de comportements irresponsables.

Ainsi, alors que des efforts considérables sont entrepris pour réduire la consommation des voitures et camions, une F1 engloutit plus de 60 litres aux 100 km... De même, tandis que le Parlement européen recommande d'imposer au secteur automobile, responsable de près d'un quart des gaz à effet de serre, des normes d'émissions de 80 à 100gCO<sub>2</sub>/km, une F1 en produit allègrement 1400...

On peut par ailleurs s'interroger sur les valeurs véhiculées par cette course. Le phénomène d'émulation traditionnellement lié au sport de haut niveau semble ici surtout susceptible de donner de mauvaises idées à des champions du dimanche avides de prouver leur maîtrise de la conduite et leur pointe de vitesse sur la voie publique. C'est là un fameux pied de nez aux campagnes de sécurité routière!

Quand les discours politiques tournent autour de « sobriété énergétique », « lutte contre l'effet de serre », « sécurisation des routes », « promotion de la mobilité durable », est-il normal que des pouvoirs publics se fassent – même indirectement – les chantres du gaspillage, de la pollution et de la vitesse ? Poser la question, c'est y répondre...

### Inter-Environnement Wallonie

<sup>1</sup> Pour la seule édition 2007, l'investissement public, travaux compris, sera au minimum 100 fois supérieur à celui dévolu à la Semaine de la Mobilité en Région wallonne et, toujours au minimum, trois fois supérieur au budget annuel de tout le sport en Communauté française...

## Sommaire

### Initiatives

- L'ABC du risque cardio-vasculaire global, par *Patricia Eeckeleers*, commenté par *Jean Laperche* 2  
Santé et habitat, par *Carine Maillard* 3  
Les migrantes ont les « maux du pays », par *Maude Malengrez* 5

### Réflexions

- Exit les enfants..., par *Francis Martens* 6

### Stratégie

- Promotion de la santé à l'école...  
Les modifications des deux décrets, par *Chantal Vandoorne* 7  
Les actions de prévention du tabagisme financées par l'industrie du tabac sont-elles crédibles ?, par *Martine Bantuelle pour le Conseil supérieur de promotion santé* 8

### Matériel

- Gargouilli : apprendre à manger en s'amusant 10  
Apprivoiser la vie en apprivoisant la mort 10

### Outil

- Danse avec les poux 11

### Données

- Nouvelles courbes de croissance de l'OMS : l'allaitement maternel défini comme la norme, par *Florence Noirhomme-Renard* 12

### Documentation

- Habiter en santé, par *Karine Verstraeten, Yvette Gossiaux et Dominique Doumont* 15

### Vu pour vous

- Education Santé* en ligne, par *Maryse Van Audenhaege* 17  
Un million de visiteurs pour le site [www.help-eu.com](http://www.help-eu.com) 17

### Brèves

18

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

**Abonnement** : gratuit pour la Belgique, 50 € pour 22 numéros pour l'étranger. Paiement par virement bancaire sans frais. RIB : GKCCBEBB. IBAN : BE 60 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 Spiece (02-515 05 85, catherine.spiece@mutsoc.be).

**Rédaction** : Maryse Van Audenhaege, Carole Feulien.

**Ont collaboré à ce numéro** : Martine Bantuelle, Dominique Doumont, P. Eeckeleers, Yvette Gossiaux, Jean Laperche, Carine Maillard, Maude Malengrez, Francis Martens, Florence Noirhomme-Renard, Chantal Vandoorne, Karine Verstraeten.

**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, Roger Lonfils, Carine Maillard, Paul Sonkes, Catherine Spiece, Bernadette Teymans, 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** : 3.200 exemplaires.

**Diffusion** : 3.000 exemplaires.

**ISSN** : 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

**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](http://www.educationsante.be)

Courriel : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be)

**Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse** : [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – [www.arsc.be](http://www.arsc.be)

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

Notre site adhère à la Plate-forme [www.promosante.net](http://www.promosante.net).

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable



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