



Prévention des traumatismes et promotion de la sécurité en p. 9 à 14

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

Editeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40 - 1031 Bruxelles. Crédit photo : Isopix

Le programme de dépistage du cancer du sein patine

Cinquième rapport de l'Agence intermutualiste

En Belgique, durant la période 2004-2005, 56% des femmes âgées de 50 à 69 ans ont réalisé une mammographie : 31% par mammographie diagnostique et 25% par mammothest dans le cadre du programme organisé. Après une forte progression lors du 1^{er} tour du programme national, le nombre de femmes dépistées évolue lentement. Les écarts entre les groupes d'âge et entre les catégories socio-économiques se réduisent.

Le Programme national de dépistage du cancer du sein donne, tous les 2 ans, à toutes les femmes de 50 à 69 ans l'occasion d'être dépistées gratuitement par un mammothest. Celui-ci répond aux normes de qualité de l'Europe contre le cancer : l'équipement est soumis à des contrôles stricts de qualité et le mammothest fait l'objet d'une deuxième lecture par un radiologue indépendant.

L'objectif du programme est d'alléger le traitement des tumeurs diagnostiquées à un stade précoce et, bien sûr, de diminuer la mortalité par cancer du sein.

L'Agence intermutualiste fait, chaque année, une évaluation de ce programme de dépistage¹. Elle vient de publier son cinquième rapport.

Lente amélioration de la couverture

L'étude porte sur les périodes 2002-2003 et 2004-2005, qui représentent les premier et deuxième tours complets en Flandre, où le programme a débuté en juin 2001 et le premier tour complet et le deuxième tour partiel en Wallonie et à Bruxelles, où le programme a débuté en été 2002. La participation au cours de ces deux périodes est également confrontée à la situation belge avant dépistage (2000-2001) où prévalait une pratique de dépistage « spontané » via mammographie diagnostique.

Après une forte progression de 43 % à 54 % au cours du premier tour du programme, le pourcentage de femmes examinées par mammo-

test ou par mammographie diagnostique évolue plus lentement lors du second tour et atteint 56 % en 2004-2005. A l'issue du second tour, 25 % des femmes sont dépistées par mammothest en Belgique. La participation au programme de dépistage par mammothest : est donc encore trop loin de l'objectif de 75 % de couverture. Toutefois, comme le montre le tableau ci-dessous, la situation belge est loin d'être homogène et diffère d'une région à l'autre, au vu de la culture de dépistage spontané préexistante au programme. En Flandre, après une implantation rapide du programme au premier tour, la progression est ralentie au second. La participation au programme atteint 37 %. La moitié des femmes régulièrement examinées au premier et au second tour le sont grâce au mammothest et sont fidélisées au programme.

En Wallonie et à Bruxelles, la couverture totale reste essentiellement due au dépistage spontané. Le programme connaît une implantation difficile, avec au second tour une participation de 8,8 % en Wallonie et 6,6 % à Bruxelles.

Ce lent démarrage du programme s'explique entre autres par le fait que près de la moitié des femmes âgées de 50 à 69 ans pratiquaient déjà auparavant le dépistage spontané par mammographie diagnostique. Des problèmes techniques empêchant l'envoi des invitations en Wallonie et à Bruxelles ainsi qu'un manque d'adhésion au programme de certains médecins peuvent également expliquer pour une part cette faible couverture par mammothest.

Bilan en demi-teinte

Au rayon des bonnes nouvelles, un meilleur accès à la mammographie. Le programme de dépistage sensibilise les catégories de femmes qui se soumettaient peu au dépistage spontané avant le programme : les femmes plus âgées et les femmes précarisées.

Le nombre de mises au point complémentaires après mammothest suit les recommandations européennes. Le pourcentage de mammothests suivis d'au moins un examen sénologique complémentaire passe de 7,4 % en 2004 à 5,5 % en 2005. Les délais de mise au point du mammothest s'améliorent mais restent trop longs. En 2005,

25 % des mammographies diagnostiques complémentaires au mammothest sont effectuées dans le délai acceptable de 20 jours ouvrables. La moitié le sont dans les 37 jours.

Beaucoup trop de mammographies diagnostiques sont suivies d'une échographie. Le pourcentage d'examen mammographiques diagnostiques suivis d'examen d'imagerie médicale reste excessivement élevé : 83 %. La question de l'avantage financier dont pourraient bénéficier les médecins en optant pour le bilan sénologique plutôt que pour le dépistage organisé est posée. En effet, il persiste un écart important entre les honoraires pour un bilan sénologique et les honoraires liés au mammothest, écart défavorable à ce dernier.

Du pain sur la planche

Une étude approfondie des freins à la participation au programme est nécessaire. La substitution de la mammographie diagnostique par le mammothest rencontre de nombreux freins. Il en est de même pour la sensibilisation et le recrutement des femmes qui ne sont pas encore examinées. Méconnaissance du programme et de ses avantages, habitudes et réticences des prescripteurs et des femmes, freins organisationnels et péculiaires n'y sont pas étrangers. Il faut continuer à améliorer la performance du programme. Cela peut se faire par l'augmentation de la couverture et notamment par la réduction des délais pour les rendez-vous, pour la communication des résultats et des éventuelles mises au point qui s'imposent.

Le défi majeur du programme reste de convaincre l'ensemble des femmes de 50 à 69 ans de l'intérêt de bénéficier du dépistage² mais également d'en persuader le corps médical.

D'après un communiqué de l'Agence intermutualiste

Le rapport complet 'Programme de dépistage du cancer du sein - périodes 2002-2003 et 2004-2005' (42 pages) est disponible sur le site www.cin-aim.be.

¹ Voir Education Santé n° 193 (septembre 2004), 205 (octobre 2005) et 217 (novembre 2006).
Articles consultables sur notre site www.educationsante.be

² La campagne radiodiffusée de promotion du programme repasse en radio et en TV d'octobre 2007 à avril 2008 pour la Communauté française.

	Couverture par mammothest			Couverture par mammographie diagnostique			Couverture totale		
	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2000-2001	2002-2003	2004-2005
Bruxelles	0,3 %	3,3 %	6,6 %	48 %	47 %	45 %	48 %	50 %	52 %
Flandre	7,5 %	33 %	37 %	33 %	22 %	21 %	40 %	54 %	58 %
Wallonie	0,0 %	6,5 %	8,8 %	47 %	47 %	46 %	47 %	54 %	55 %
Belgique	4,5 %	22 %	25 %	39 %	32 %	31 %	43 %	54 %	56 %

Source : AIM, septembre 2007

La campagne d'été de prévention du sida, version 2007

Face au sida, faites le bon choix. Ne comptez pas sur la chance. Mettez un préservatif, *était le slogan de la campagne d'été de prévention du sida 2007 à destination des jeunes. Si les messages et les outils diffusés par la Plate-forme prévention sida restent globalement inchangés par rapport à 2006, ils ont toutefois fait l'objet de quelques adaptations et améliorations. Le but était de sensibiliser le plus efficacement possible les jeunes, tout en répondant de manière plus adéquate aux besoins des acteurs qui assurent la transmission des messages de prévention.*

En 2006, 995 nouvelles infections au VIH ont été diagnostiquées en Belgique. Cela représente pratiquement trois personnes infectées quotidiennement. Ce constat, même s'il est légèrement plus positif que celui de l'année 2005 pour laquelle 1072 infections ont été recensées, montre que la prévention doit encore et toujours être renforcée.

Chaque année, la Plate-forme prévention sida lance sa campagne d'été en ciblant les jeunes qui représentent une catégorie de la population particulièrement vulnérable au sida et aux MST. De fait, on assiste, depuis 2003, à une recrudescence de nouveaux cas d'infection par le VIH dans la tranche d'âge des 15-24 ans : 123 cas ont été diagnostiqués en 2003, 121 en 2004, 121 en 2005 et 114 en 2006. Considérant que les vacances d'été sont davantage propices aux rencontres plus libérées qu'en période scolaire et voient un risque d'augmentation des rapports sexuels non protégés, la campagne a donc une nouvelle fois pris son envol au début des vacances scolaires.

Cette campagne d'été s'adressait aux jeunes de 15 à 25 ans, avec trois publics cibles : les jeunes hétérosexuels belges, les jeunes hétérosexuels d'origine étrangère et les jeunes homosexuel(le)s de toutes origines et orientations sexuelles. Pour chacun de ces sous-publics, les jeunes qui croient qu'il ne leur arrivera jamais rien et qui comptent sur la chance pour ne pas être infectés par le sida et les jeunes qui ne sentent pas concernés par le sida et les MST étaient plus particulièrement visés.

Les jeunes qui se protègent déjà n'étaient pas oubliés non plus, afin de les conforter et de les pousser à continuer à se préoccuper du sida et des MST.



Construction de la campagne

La méthodologie était grosso modo la même que celle de 2006 :

- concertation avec les acteurs de la prévention du sida et de la promotion de la santé (Ex Aequo, Siréas, Centre de planning familial Séverine, Question Santé, Modus Vivendi, Sid'action Liège, Univers santé, CLPS de Bruxelles, CLPS de Huy-Waremme, Service Education Santé de Huy, CLPS du Luxembourg, CLPS du Brabant wallon, Centre de planning familial Aimer à l'ULB, Ener'J). Ces acteurs – qui travaillent ensemble à la réflexion, à la conception et à la mise en place d'outils et de campagnes de prévention du sida et des MST à l'attention du grand public – se sont rassemblés en un groupe de travail et se sont concertés à chaque phase de l'évolution de la campagne 2007 ;
- les jeunes étant les mieux placés pour définir leurs besoins, attentes et questions par rapport à la problématique du sida, un groupe de jeunes âgés de 15 à 21 ans représentatif du public cible a été impliqué dans le processus de création des actions de prévention. Ce groupe englobait des jeunes d'âges, d'origines, de cultures et de provenances différentes. Les réflexions et échanges menés avec les jeunes ont permis de mieux cerner leurs attentes et les questions qu'ils se posent en terme de prévention, tout en prenant en compte leurs préférences graphiques. Les freins principaux pointés par les jeunes lors des rencontres ayant eu lieu les années précédentes restent d'actualité et continuent à faire l'objet d'une sensibilisation. Ces freins concernent,

d'une part, l'utilisation du préservatif (selon les jeunes, le fait d'utiliser un préservatif casse l'ambiance, diminue le plaisir ou peut faire planer des soupçons sur celui qui le propose), et d'autre part, de nombreux jeunes ne se sentent pas concernés par le sida. Dans ce contexte, le fait d'être infecté par une MST lors d'un rapport non protégé devient une question de chance. Depuis la campagne d'été 2006, la Plate-forme prévention sida rappelle donc avec insistance que chacun est susceptible de rencontrer le VIH dans ses relations, quels que soient l'âge, l'origine ou le statut social. Le sida n'est pas une question de chance, mais bien une réalité présente au quotidien. Il est donc impératif de se protéger en utilisant le préservatif ;

- les relais (centres de planning familial, PMS, écoles, maisons médicales...) qui utilisent le matériel de la campagne sur le terrain ont cette fois également été intégrés dans le processus de construction de la campagne. Il semble effectivement important de prendre en considération leurs besoins et leurs attentes en ce qui concerne les outils de prévention de sorte qu'ils puissent assurer une information, ainsi que des animations pertinentes et de qualité.

Evaluer pour améliorer la qualité des actions

La campagne 2006 a fait l'objet d'une évaluation en collaboration avec l'Observatoire du sida et des sexualités, ainsi qu'avec les différents acteurs concernés par la problématique du sida. Pour ce faire, le groupe de travail, les relais, le

groupe de jeunes ayant participé à la construction de la campagne, mais aussi d'autres jeunes ont été sondés.

Globalement, la campagne a été appréciée. Les relais sont plutôt ou très satisfaits en ce qui concerne sa lisibilité, son adéquation au public et son originalité. Les jeunes qui n'ont pas participé à la construction de la campagne lui octroient une note de 3,8 sur 5. Quelques lacunes en terme de visibilité ont été pointées.

A côté de cette satisfaction d'ensemble, une certaine disparité a été notée au niveau de l'appréciation des différents outils ainsi que, pour chaque outil, des avis parfois très divergents, notamment en ce qui concerne les affiches. Ainsi, les jeunes se sentent plus interpellés par les affiches mettant en scène des couples (hétéros, africains et homos) dans des situations de prémisses sexuelles que par les outils présentant un visuel relativement neutre (le trèfle à quatre feuilles, symbole de la chance). Par contre, la majorité des relais se reconnaît davantage dans ce visuel neutre et un certain nombre d'entre eux souligne le caractère potentiellement choquant des autres affiches mettant en scène des couples. Le caractère sexuel et direct des outils a vraisemblablement pu constituer un frein à une large diffusion des messages de prévention de la campagne 2006.

La création concertée en 2007

Le projet 2007 consistait donc en une relance de la campagne éditée en 2006 mais en l'améliorant en fonction des remarques et suggestions recueillies lors de l'évaluation. Pour ce faire, plusieurs stratégies ont été mises en place. Premièrement, la Plate-forme prévention sida a tenté de tenir compte le mieux possible des remarques émises par les différents groupes impliqués dans le processus de création de la campagne : les échanges entre le public cible et les relais ont été renforcés, notamment par l'organisation de groupes communs au sein desquels les uns et les autres ont eu l'occasion d'essayer de mieux se comprendre.

Deuxièmement, le thème de la chance a été abordé de manière différente : en 2006, le slogan « Face au sida, ne comptez pas sur la chance. Protégez-vous » rappelait qu'il ne faut pas compter sur la chance pour se protéger du sida. Les créations de 2007 veillaient à interpellier le public sur le même thème mais, à la demande des jeunes et des partenaires, en faisant un lien plus clair et évident entre la chance et le sida, afin de faciliter la compréhension du message. En conséquence, le nouveau slogan « Face au sida, faites le bon choix. Ne comptez pas sur la chance. Mettez un préservatif » retravaillé par les jeunes, souligne le fait que compter sur la chance n'est pas une solution adéquate. Le slogan pose cette fois la question sous forme de choix, tout en proposant une

solution efficace. Cette manière, plus claire et percutante, de présenter le message vise à impliquer et à responsabiliser davantage le public qui est invité à faire lui-même un choix pertinent et réfléchi en connaissance de cause.

De plus, pour que ce choix soit bien perceptible et présenté de manière légère et humoristique et non pas sur un ton moralisateur, les jeunes ont souhaité que la chance et la protection par le préservatif soient traduites visuellement par deux personnages : Mister Trèfle et Mister Préservatif. Ensuite, la double présence du préservatif dans le visuel, une fois sous la forme d'un personnage et une fois sous la forme de l'objet réel, permet aux jeunes de le visualiser, de s'y familiariser et donc de banaliser son usage.

Enfin, l'évaluation a également montré que certains relais ne sont pas suffisamment informés en matière de prévention des MST et du sida. Ces relais ne savent pas toujours comment, avec qui et quand sensibiliser, motiver, définir les objectifs à atteindre, ni comment utiliser les divers outils de la campagne. Ceci peut constituer un obstacle à une diffusion adéquate et pertinente du matériel de prévention. Pour tenter de remédier à ce problème, il a semblé important d'accompagner la construction et le lancement de la campagne par un moment de sensibilisation des relais à la prévention du sida et des outils produits dans ce cadre. C'est pourquoi, Siréas (Service international de recherche, d'éducation et d'action sociale) et la Plate-forme prévention sida proposent dorénavant un module de formation/sensibilisation permettant de répondre à la demande des divers relais qui assurent la diffusion des messages véhiculés par la campagne. Concrètement, en une matinée, les objectifs du module sont les suivants :

- actualisation des connaissances en matière de sida ;
- mise en situation d'utilisation des outils de prévention ;
- présentation des principaux outils de prévention du sida en Communauté française.

Afin de toucher au maximum les associations de terrain par cette formation, celle-ci est organisée en collaboration avec les Centres locaux de promotion de la santé présents dans les différentes régions de la Communauté française.

Les outils de la campagne

La nouvelle campagne comportait les éléments suivants :

- trois des quatre **affiches** créées en 2006 et mettant en scène des couples (hétéros, africains, homos) dans des situations de prémisses amoureuses ont été réutilisées cette année. La quatrième affiche, qui présentait un visuel neutre (le trèfle à quatre feuilles), a fait l'objet d'un nouveau travail de réflexion afin de mieux intégrer les remarques reçues lors de

l'évaluation par les relais. Le slogan « Face au sida, faites le bon choix. Ne comptez pas sur la chance. Mettez un préservatif » est mis en image par deux personnages, Mister Trèfle et Mister Préservatif, surplombant un lit dans lequel un couple est en situation amoureuse. Le visuel et le slogan permettent de rappeler qu'il ne faut pas jouer à la roulette russe lors de relations sexuelles ;

- une **carte postale et des autocollants** destinés à être diffusés dans les lieux festifs et visant à toucher les jeunes dans un cadre différent avec des supports appropriés ;

- le **dépliant** informatif, fort apprécié par les jeunes car il donne une information claire et simplifiée sur le sida, a été retravaillé de sorte qu'il soit plus interactif et permette une meilleure identification par les jeunes. Des témoignages et un quiz offrant aux jeunes l'occasion de tester leurs connaissances personnelles sur le sida ont été insérés. La ligne graphique du dépliant est plus dynamique et fait le lien avec le nouveau visuel ;

- cette année encore, la Plate-forme prévention sida a distribué ses **pochettes** « In Ze Pocket ». Depuis plus de trois ans, cet outil a la préférence des jeunes du fait de la présence du préservatif, ainsi que du côté coloré et solide des pochettes en plastique ;

- le **spot TV** réalisé en 2006, qui a fait l'objet d'une bonne appréciation lors de l'évaluation (surtout par les jeunes), a été à nouveau diffusé en 2007, avec toutefois quelques modifications de texte et d'images dans le but de le rendre plus compréhensible ;

- cette année, le **spot radio** a joué sur le concept de l'horoscope afin de rester dans le registre de la chance et du porte-bonheur. L'horoscope présente l'intérêt de comporter les volets « amour » et « santé », ça tombe bien. Le texte proposé montre avec humour que l'on peut trouver l'amour et perdre la santé. Le spot mélange de cette façon un message astrologique fictif et un message réel de promotion de la santé ;

- Internet étant devenu un outil incontournable en terme de communication, la Plate-forme prévention sida a décidé de lancer un **jeu interactif** via son site. Le jeu invite les jeunes et les moins jeunes à télécharger leur photo afin de se mettre dans la peau de Mister Préservatif (fréquentable) et de Mister Trèfle (moins fréquentable), tous deux issus de la nouvelle affiche de la campagne actuelle. Les internautes peuvent également s'exprimer dans les phylactères des deux personnages et développer des arguments pour ou contre le préservatif. Ils sont, par la suite, invités à envoyer leur œuvre à tout leur répertoire d'amis pour qu'ils fassent de même ;

- une **fresque animée** utilisée lors des événements estivaux proposait au public le même jeu sous

forme réelle. Le public était invité à se faire tirer le portrait dans la peau des deux Mistars via une fresque en bois percée au niveau des visages. Les participants étaient ensuite encouragés à visiter le site de la Plate-forme à partir duquel ils pouvaient, moyennant quelques connaissances au sujet des MST, télécharger leur photo et leur message de prévention en vue de les envoyer à leurs connaissances.

La diffusion des outils

Les affiches, cartes postales, autocollants, brochures et préservatifs ont été relayés auprès des jeunes via le monde associatif, les écoles, les

lieux de sortie, les Centres locaux de promotion de la santé, les organismes de prévention du sida et des MST, ainsi que le secteur de la promotion de la santé.

Comme de coutume, la Plate-forme a profité des grands événements estivaux tels que les concerts et festivals pour distribuer ses divers outils d'information et de prévention. La fresque animée est utilisée afin d'attirer les jeunes à réfléchir, de manière ludique et participative, à la question du sida et au port du préservatif.

Les spots TV et radio ont été diffusés sur les chaînes généralistes et locales de la Communauté française.

Les quatre affiches ont quant à elles fait l'objet d'une diffusion dans la presse locale, régionale et thématique, tandis que les cartes postales ont été distribuées dans le réseau « Boomerang » en Wallonie, à Bruxelles et à la côte belge.

Colette Barbier

Informations complémentaires et commande des outils de la campagne :

Plate-forme prévention sida,

Avenue Emile de Béco 67, 1050 Bruxelles.

Tél.: 02 733 72 99. Fax : 02 646 89 68.

Mél : preventionsida@skynet.be.

Site : www.preventionsida.org

L'alcool, un dangereux membre de la famille

A l'occasion de son monitoring du phénomène des drogues en Communauté française¹, Eurotox dresse le constat inquiétant selon lequel l'alcool est un produit si familier que son usage, et dans une mesure très large son mésusage semblent occuper une place dans notre société (voire « remplir une fonction ») dont seuls certains acteurs du champ socio-sanitaire semblent réellement s'émouvoir. C'est un fait reconnu par la plupart des acteurs et des bilans : le mésusage d'alcool suscite bien moins de réaction, d'intérêt et d'interventionnisme que l'usage de drogues illicites.

Il faut dire que le produit « alcool » fait partie depuis toujours de notre culture, de nos traditions et de notre quotidien. Et ce en dépit du fait qu'il cause environ 4.000 des 100.000 décès annuels en Belgique, qu'il induirait des pertes évaluées à 1 % du PNB (en raison du travail sous influence de l'alcool), et entraînerait dans son sillage une consommation excessive chez 12 % des hommes et 8 % des femmes².

Mais comment expliquer une familiarité qui confine presque à l'indifférence ?

Statu quo politique, lois lacunaires

Le programme quinquennal de promotion de la santé en Communauté française 2004-2008

dresse le même constat que son « prédécesseur » (1998-2003) : l'attention accordée aux drogues illicites prévaut sur l'intérêt porté à l'accoutumance à l'alcool. En soi, cette conclusion est déjà un aveu de carence : les cinq années précédentes, malgré la volonté politique affichée en ce sens, n'ont pas vu l'écart se réduire.

Les experts chargés du rapport en vue d'un plan concerté dans le domaine des assuétudes³ ont eux aussi mis en garde contre le déséquilibre persistant entre drogues légales et illégales. Or, ce rapport a été remis un an après le début du deuxième plan quinquennal, signe qu'entre-temps les choses n'ont pas changé du tout au tout.

Quant aux textes légaux, ils interdisent assez mollement l'incitation (via la publicité) à boire des spiritueux. Cette interdiction ne s'applique qu'aux débits de boissons eux-mêmes, et encore ne concerne-t-elle pas les bières et les vins...

La délivrance d'alcool à des mineurs n'est, elle, abordée que dans des textes légaux qui en parlent à la marge de leur objet principal (en l'occurrence le contrôle et les autorisations de patente, et la répression de l'ivresse). Elles ne protègent d'ailleurs d'une délivrance de « boissons enivrantes » dans les débits de boissons que les seuls mineurs de moins de 16 ans. Quid des autres ?

Quant à l'interdiction de vendre des spiritueux à tous les mineurs, elle souffre de tels écarts (interdiction dans les débits – quid des magasins ?) que l'accès aux premix/alcopops/limonades alcoolisées est devenu un débat national. Il faut savoir à ce sujet qu'une interdiction totale (pas seulement dans les débits de boissons) de la vente d'alcool aux mineurs de moins de 16

ans entraînerait le retrait de toutes les boissons alcoolisées des distributeurs automatiques non surveillés, en ce compris les bières. Cette limitation deviendrait dès lors très délicate, les lois dans le domaine résultant d'un compromis entre tous les acteurs en jeu. Ce tous inclut bien évidemment les alcooliers et les « finances » via les droits d'accises perçus.

Les lois en cours ne semblent donc pas constituer un recours suffisant dans la gestion du phénomène. Qu'en est-il alors des messages aux consommateurs ? Tenons-nous en ceux-ci (messages des alcooliers / messages de promotion de la santé) la clé d'une approche qui réconcilierait toutes les parties (par le contrôle et l'interdiction des messages incitant à une consommation irresponsable / par la création et la diffusion de messages incitant à une consommation responsable) ?

Publicité pour les boissons alcoolisées : efficacité d'une convention avec le secteur privé ?

Le cadre fixé pour assurer que les stratégies de diffusion des boissons alcoolisées respectent la santé des consommateurs est contenu tout entier dans un code de bonne conduite (une convention, en fait) autour de la publicité, avalisé par le Ministre de la Santé et signé par les alcooliers, les professionnels de l'Horeca et ceux de la distribution.

Le code vise toute communication favorisant la vente de produits contenant plus de 1,2 % d'alcool : il interdit d'associer la consommation d'alcool à la réussite sociale, sexuelle ou professionnelle, (ou de viser ou utiliser des moyens qui aboutissent à viser spécifiquement les mineurs ; il impose dans les médias (sauf spot radio de moins de 10 secondes) que toute publicité pour une boisson alcoolisée soit accompagnée de la

1 Eurotox asbl, L'usage de drogues en Communauté française, rapport Communauté française 2004-2005, juin 2006.

2 Voir Degreef T., Pacolet J. & Bouten R. Sociale kostenbatenanalyse van alcoholgebruik en -misbruik in België, 2003, mais aussi Cattaert G. & Pacolet J., Alcoholgebruik en -misbruik naar leeftijd in België Analyse op basis van de gezondheidsenquête en het huishoudbudgetonderzoek, 2004

3 Constats et recommandations en vue d'un plan concerté en matière d'assuétudes (RW/CF/CCF), Collège d'experts Région Wallonne, Communauté française, COCOF, juin 2005.

mention « Notre savoir-faire se déguste avec sagesse »; il bannit ce genre de publicité des publications enfantines, des salles de cinéma proposant des films pour enfants, mais aussi 5 minutes avant, pendant, et après les émissions s'adressant aux enfants; enfin il interdit la vente de boissons alcoolisées dans les écoles ou leur voisinage, tout comme la confusion (par proximité physique) entre « alcopops » et limonades dans les rayons des commerces.

Le groupe porteur « Les Jeunes et l'alcool »⁴, s'est élevé contre la signature de cette convention. En effet, les codes de bonne conduite sont limités : d'abord, ils ne sont pas applicables aux producteurs non signataires, et même pas toujours appliqués par les signataires eux-mêmes. Secundo, les producteurs montrent aujourd'hui patte blanche en déclarant que les alcopops ou « prémix » sont destinés au public adulte consommateur d'alcool, mais tout indique qu'ils s'adressent plutôt aux jeunes (goût, design...). Tertio, l'explosion de ce nouveau marché n'a pas provoqué une nouvelle chute des ventes des alcools plus classiques (vin, bière, spiritueux). Enfin, l'arbitre de cette auto-régulation des professionnels est le JEP (Jury d'éthique publicitaire). Or, ce dernier est financé par les annonceurs et les publicitaires eux-mêmes. Certes, y furent associées des organisations de défense des consommateurs (le CRIOC – qui l'a quitté aujourd'hui – et Test Achats). Mais cela peut-il être suffisant, quand tant de signataires de la convention en sont à la fois juges et parties ?

De plus, le Ministre Demotte avait annoncé un article spécial dans la loi de 1977 sur les denrées alimentaires, qui rendrait cette convention *contraignante*. Cet article existe enfin⁵, mais à bien y regarder il précise seulement que le Roi *peut* approuver ce type de conventions (nommément des conventions qui visent à *encourager une consommation raisonnable des boissons contenant de l'alcool* - Art. 7bis. § 1^{er}). On ne perçoit pas bien où est la contrainte, ce qui provoque d'ores et déjà le branle-bas de combat au sein du groupe porteur.

L'adoption de cette convention semble d'autant plus « cosmétique » que le mécanisme régulateur (une plainte auprès du JEP, suivie du retrait de la pub ou éventuellement d'astreinte), se déroule en un temps plus long que le temps habituel d'une campagne de pub. Même si le JEP donne raison au plaignant, le mal est fait et la pub a déjà disparu.

Et que dire de l'« incitation » à une consommation modérée : « notre savoir-faire se déguste avec sagesse »? Les alcooliers qui ont signé la convention remplaceraient-ils sans broncher cette phrase par un message de prévention plus compréhensible, comme de ne pas dépasser 3 ou 4 verres quotidiens en moyenne pour les hommes, et 2 verres pour les femmes (seuil de la consommation à risque selon l'Organisation mondiale de la santé)?

Les publicités filmées pour apéritifs ou spiritueux de grandes marques sont par ailleurs très clairement et régulièrement connotées sexuellement. Rhum des caraïbes, apéritif italien, crème de café... provoquent le même déferlement de (beaux) corps dansants et luisants de sueur, d'amants dans le placard, de baisers sur les lèvres de l'heureux consommateur... Les plaintes n'affluent pas pour autant au JEP, aux dernières nouvelles en tout cas.

Résumons nous : lois lacunaires et mal appliquées, publicités préférant – bien sûr – le commerce aux messages de modération, convention d'auto-régulation non-contraindante et à l'application hasardeuse et, finalement, manque de réaction de la société civile devant les divers messages de réussite véhiculés par les pubs pour l'alcool. Que reste-t-il dans l'arsenal préventif, si ce n'est d'éventuelles campagnes d'information largement diffusées, comme les prônait une résolution de la chambre sur les alcopops⁶?

Campagnes médiatiques, espaces de radiodiffusion gratuits : la dernière chance ?

Il faut savoir ou se rappeler que des espaces de radiodiffusion gratuits sont mis à disposition du Gouvernement de la Communauté française chaque année par les organismes de radiodiffusion, en contrepartie des espaces occupés par des pubs pour alcools ou médicaments (et en volume ou temps identique à ces espaces de pub). Or, ces espaces gratuits ne furent consacrés entre 1998 et 2002 qu'à 6,9 % aux assuétudes. Ces 6,9 %, selon les « Eléments de bilan du plan quinquennal 1998-2003 et réflexions », étaient entièrement dédiés au tabac.

Pour mémoire, en 2004, sur les 11 avis positifs remis par le Conseil supérieur de promotion santé sur les demandes de diffusion, il y avait 2 campagnes « tabac », et aucune autre demande portant sur un autre produit pouvant entraîner une accoutumance.

A la longue liste des textes / instances / lieux / champs d'action ne montrant qu'un intérêt très marginal pour l'alcool, on peut donc rajouter les campagnes médiatiques sur les espaces

pourtant gratuits, mis à disposition de la Communauté française par les organismes de radiodiffusion en vertu de l'Arrêté du gouvernement de la Communauté française du 18 janvier 1995.

Conclusions

On ne voit pas bien qui, en dehors peut-être de certains acteurs du secteur socio-sanitaire, veut ou va réellement s'occuper de l'alcool, ou en tout cas de la prévention spécifique de son mésusage, en termes de consommation récréative et responsable, d'apprentissage cadré pour les jeunes, de réel contrôle des stratégies de marché agressives dirigées vers ces jeunes, etc. Encore faut-il que ces acteurs socio-sanitaires, qui commencent à gagner enfin un peu de liberté après 35 années d'un « tout au répressif » qui a lourdement grevé la mise en place de leurs structures de prévention, s'accordent la latitude d'enfin prêter à cette drogue licite aux abus ravauteurs toute l'attention qu'elle mérite⁷.

Alors les constats (concernant l'alcool) du rapport d'experts aux ministres en charge de la santé en Communauté française, en Région wallonne et en Région bruxelloise, préalable à un plan concerté de prévention, d'aide et de soins en matière d'assuétudes ne resteront peut-être pas lettre morte.

Alors peut-être, des recommandations comme la *globalité* de l'approche (promotion du choix et de la consommation responsable, que ce soit des drogues licites ou illicites), la *spécificité* (promotion de projets dédiés exclusivement à l'alcool et son mésusage), le partage de savoir entre acteurs *dédiés* (intervenant du champ socio-sanitaire) et *non dédiés* (enseignants, éducateurs, etc.), la *réduction des risques* (à appliquer enfin à l'alcool – et aux drogues licites – comme à l'ensemble des drogues illicites), peut-être enfin, disions-nous, ces recommandations – parmi d'autres – s'incarneraient-elles en actes qui les sortiraient d'un monde de fantasmes pour les faire entrer dans le réel⁸.

Peut-être...

Miguel Rwubusisi, Eurotox, Observatoire socio-épidémiologique Alcool-Drogues en Communauté française

Adresse de l'auteur :

Eurotox, avenue Emile de Béco 67,
1050 Bruxelles.

Tél.: 02 644 22 00 - Fax : 02 644 21 81.

Courriel : eurotox@skynet.be,

site : <http://www.eurotox.org>

4 Fédération des centres de jeunes en milieu populaire - Fédération des Etudiant(e)s Francophones - Groupe RAPID - Infor-Drogues - Jeunesse et Santé - Ligue des Familles - Mutualité socialiste - Prospective Jeunesse - Univers santé
5 17 novembre 2006. - Loi modifiant la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits.

6 Proposition de résolution relative à la consommation d'alcool par les mineurs. Doc. Parl., Chambre des représentants de Belgique, 3 mars 2005, p5.

7 Voir ou revoir : Les jeunes et l'alcool, vers un réseau, Les actes du colloque 18 mai 2004, in Les Cahiers de Prospective Jeunesse, n° 32, Bruxelles.

8 Op. Cit.

Réduction des émissions de CO₂

L'industrie automobile fait du surplace

Les constructeurs automobiles européens ne respectent pas les objectifs de réduction des émissions de CO₂ auxquels ils se sont engagés vis-à-vis de la Commission européenne¹ : c'est ce qui ressort d'une étude réalisée par Transport and Environment – T&E, fédération européenne active en matière de transport durable² – portant sur les émissions moyennes des voitures neuves vendues en 2006.

Pour Inter-Environnement Wallonie et Greenpeace, ces données démontrent, s'il en était encore besoin, que les accords volontaires sont inefficaces et que des normes contraignantes sont indispensables pour obtenir des résultats tangibles dans un secteur détenteur d'une grande partie de la solution aux changements climatiques.

Selon les données publiées par T&E, les émissions moyennes des voitures neuves vendues en 2006 par les constructeurs européens (ACEA) sur le territoire de l'Union furent de 160 gCO₂/km, soit une réduction de moins d'un demi gramme – ou 0,2 % – par rapport à l'année précédente. L'ACEA, qui a « pesé » 81 % des ventes en Europe lors de cet exercice, s'était engagée à atteindre 140 gCO₂/km en 2008. Il est aujourd'hui quasiment certain qu'elle ne respectera pas cet engagement.

Les constructeurs japonais (JAMA) et coréens (KAMA) affichent des progrès un peu plus conséquents (-5 et -3 grammes) mais les émissions moyennes de leurs véhicules – respectivement 161 gCO₂/km et 164 gCO₂/km – restent supérieures à celles des européens.

Pour Pierre Courbe, chargé de mission « Mobilité » chez IEW, « les résultats parlent d'eux-mêmes... Depuis leur engagement volontaire, les constructeurs automobiles n'ont cessé de développer des véhicules plus grands, plus lourds et consommant plus de carburant. On peut aujourd'hui affirmer que cet engagement volontaire ne valait pas le papier sur lequel il était écrit ! Il apparaît donc plus que jamais évident qu'il faut mettre en place une législation contraignante et des objectifs à long terme. »



Photo © Forodia

Les chiffres montrent que le poids moyen des véhicules a augmenté de 18 kg en 2006, prolongeant une tendance à la hausse inscrite dans le long terme. Ceci alors même que la réduction de poids est l'une des principales techniques pour améliorer l'efficacité énergétique et donc réduire les émissions de CO₂ (qui sont proportionnelles à la consommation)...

Ce n'est pas pour rien que l'ACEA mène actuellement un lobbying très actif auprès des instances européennes afin d'obtenir des normes CO₂ plus élevées pour les véhicules lourds, tels les 4x4 (ou SUV pour Sport Utility Vehicle). Pourtant, par-delà la nuisance environnementale, un autre rapport publié par T&E suite à une série d'études démontre que des voitures plus lourdes sont également plus dangereuses³ ! Depuis que la Commission européenne a dévoilé son intention de mettre en place des objectifs de réduction contraignants⁴, les constructeurs automobiles ont annoncé un nombre impressionnant d'initiatives de « marketing vert » : Efficient Dynamics (BMW), ECONetic (Ford), eciFLEW (Opel), eco2 (Renault), BlueMotion (VW), etc. Ce qui fait dire à Joeri Thijs, chargé de la campagne Climat-Transport pour Greenpeace : « Durant ces derniers mois, les constructeurs automobiles européens ont inventé suffisamment de labels verts pour remplir un dictionnaire. C'est main-

tenant le rôle de l'Europe de faire en sorte que ce fourmillement se traduise en réductions d'émissions effectives. Ceci en mettant en place un premier objectif contraignant de 120 g CO₂/km à l'horizon 2012 et d'autres objectifs intermédiaires pour arriver, in fine, à 80 g CO₂/km en 2020. »

De fait, les constructeurs ont gardé dans leurs tiroirs des développements technologiques permettant d'améliorer l'efficacité énergétique des véhicules et ils commencent à les sortir maintenant que le « risque » d'une régulation contraignante se précise. Ainsi Thomas Weber, directeur Recherche & Développement chez DaimlerChrysler, déclara en juillet à « Automotive News Europe » que Mercedes aurait pu équiper la seconde version de sa classe A d'une technologie stop-start (réduisant les consommations) dès sa mise sur le marché, il y a trois ans. « Nous l'avions prête dans un tiroir, mais il n'y avait pas de demande pour cela – nous l'avons donc gardé de côté » a-t-il déclaré. « Maintenant, les conditions ont changé. »⁵

Le Comité Environnement du Parlement européen a voté récemment un « avis » sur les réglementations CO₂ des voitures neuves, en préliminaire à une proposition législative de la Commission européenne. Inter-Environnement Wallonie et Greenpeace demandent aux autorités belges compétentes d'user de toute leur influence pour que les mesures proposées soient à la hauteur des enjeux...

Le rapport de T&E sur les émissions de CO₂ des voitures neuves pour l'année 2006 peut être téléchargé sur le site :
www.transportenvironment.org/docs/Publications/2007/2007-09_progress_voluntary_commitment_2006.pdf

1 En 1998, l'Association des Constructeurs Automobiles Européens (ACEA) s'est engagée vis-à-vis de l'Union européenne, sur base volontaire, à réduire les émissions de CO₂ des voitures neuves à 140 g/km à l'horizon 2008, partant de 186 g/km en 1995. Un an plus tard, les constructeurs japonais (JAMA) et coréens (KAMA) ont pris le même engagement pour l'échéance 2009.

2 T&E est la principale organisation environnementale travaillant spécifiquement sur les transports au niveau européen. En collaboration avec ses 49 organisations membres issues de 21 pays, T&E promeut une approche des transports et de la mobilité respectueuse de l'environnement. www.transportenvironment.org

3 Pour plus d'informations sur les normes basées sur le poids, voir le communiqué de presse de T&E du 29/08/07 : <http://www.transportenvironment.org/Article457.html>

4 La Commission européenne a annoncé une première fois, dans un rapport publié en août 2006, que l'industrie automobile pourrait être soumise à des mesures contraignantes si elle échouait à améliorer ses performances en termes de réduction des émissions de CO₂ (<http://www.transportenvironment.org/Article212.html>). Ceci a été confirmé dans une communication sur les voitures et le CO₂ publiée en février 2007. Une proposition de législation n'est pas attendue avant fin 2007 ou début 2008.

5 « Mercedes vows to out-green rivals », article publié dans Automotive News Europe, 23 juillet 2007.

A propos de l'obésité : les deux visages de la graisse

Le réchauffement de la planète tient sans doute la vedette dans nos cauchemars d'aujourd'hui – mais la vague d'obésité, comme source de souci, n'est pas mal non plus.

Indésirable, mal aimée, la graisse est au mieux regardée comme une propre à rien. Aussi, lorsque, en 1990, un étudiant en médecine de Harvard, appelé **Gökhan Hotamisligi**, découvrit que, loin d'être inerte, la graisse *faisait* quelque chose d'étonnant, il ne crut pas lui-même à ses propres résultats. Il avait observé, en effet, que les cellules de graisse, chez les souris obèses exerçaient une fonction biologique : elles produisaient une molécule inflammatoire « incendiaire », qui s'avérait évidemment néfaste.

Ce n'était pas, certes, une description chimique précise, mais elle indiquait que les globules de graisse ne sont pas simplement des sortes de coussinets qui étouffent nos organes. Après une publication de ces résultats dans la revue américaine *Science*, la jet set des biologistes resta sceptique, et lorsque Hotamisligi fut invité à des conférences, ce fut dans le but d'amuser la galerie. Divertir aurait cependant été un mot plus juste – car il s'agissait bien de détourner les spécialistes et le public de leur mode de pensée traditionnel sur ce sujet.

Ce travail cessa bientôt d'être considéré comme issu d'un esprit farfelu. Il représenta une bande de lancement pour une série de travaux qui étudièrent les cellules graisseuses en tant qu'unités fonctionnelles, et non plus comme des ballons de lipides. Et les surprises se succédèrent.

En 1995, ce fut à nouveau une découverte paradoxale : chez les sujets minces, les petits globules de graisse secrètent une hormone *utile*, que l'on dénomma *leptine*. C'est une messagère, qui envoie au cerveau des signaux de famine dès qu'il y a manque, mais s'arrête en cas de saturation. Exprimé ainsi, cela semble indiquer que notre appétit est un état mental. Exprimé en termes plus biologiques, cela signifie que les cellules graisseuses des sujets non obèses renseignent activement sur le niveau d'énergie qu'elles ont engrangé.

Régime strict, risque aggravé ?

Au fur et à mesure que les retombées de la découverte de Hotamisligi se ramifiaient, les choses devenaient, évidemment, beaucoup plus compliquées. Il devint nécessaire de distinguer deux types de cellules graisseuses. Les bénéfiques sont logées essentiellement sous la peau, et lui donnent son élasticité, son caractère pulpeux. Les malfaisantes se trouvent



Photo © Kropix

nichées dans notre abdomen, où elles sont peu détectées au début.

Une telle distinction peut expliquer l'étonnante observation publiée en 2005, après un suivi de 3000 Finlandais pendant 18 ans.

Le résultat de cette enquête allait à l'encontre des notions admises et provoqua un tollé dans la communauté médicale. Pourquoi ? Parce que, parmi ces Finlandais, ceux qui s'étaient soumis à un régime de restriction alimentaire strict, présentaient, à long terme, un risque de décès anormalement élevé ! Ainsi, des restrictions « contre nature », une intervention brutale et continue, n'atteindraient pas seulement les méchantes cellules graisseuses, mais aussi les bénéfiques. Et pourraient conduire, à l'extrême, à l'état pathologique des mannequins maigres soumises aux diktats des grands cousturiers. 'Trop' de régime nuit à la santé, cette découverte nous le rappelle judicieusement.

RBP4 et adiponectine

Mais si ces deux types de cellules graisseuses ont un comportement différent, à quoi cela est-il dû ? Les cellules qui se développent dans le ventre des obèses secrètent à l'excès une substance appelée *RBP4* qui bloque l'action de l'insuline et empêche ainsi l'absorption du glucose par notre corps : le sucre reste dans le sang et cause les problèmes associés au diabète, lequel est une complication connue de l'obésité. Quant aux cellules graisseuses qui rendent pulpeuses les joueuses de tennis aux muscles bien huilés, elles fabriquent au contraire une *adiponectine*. Cette molécule améliore le fonctionnement de l'insuline. A noter que l'exercice physique incite les cellules graisseuses gentilles à produire de l'adiponectine. Et l'on revient ainsi aux conseils de promotion de la santé.

Ces termes de RBP4 et d'adiponectine ne sont-ils pas trop rébarbatifs pour le grand public ? Ce n'est pas dit, à voir la facilité avec laquelle les divers *omégas* sont entrés dans notre langage. Ne verrons-nous pas apparaître bientôt des yaourts garantis sans RBP4, voire dosés en leptine pour bien réguler notre appétit ?

Là où il y a des gènes...

Lorsque nous côtoyons une femme obèse tenant par la main une fillette déjà déformée par la graisse, n'accusons pas la maman d'avoir gavé son enfant de frites et de sucre. N'est-elle pas victime d'un gène qui prédispose à l'obésité ? Elle appartient sans doute à ces familles où l'on naît avec 3 à 4 fois plus de risques d'obésité que la moyenne dans la population qui l'entoure. Mais en fait il ne s'agit pas d'un seul gène, le même pour tous les cas d'obésité familiale.

Il y aurait dans nos chromosomes une dizaine de gènes qui, par des voies différentes, « facilitent » l'obésité. L'un pourrait, par exemple, exagérer la production de ce RBP4 qui intervient de façon fâcheuse dans notre métabolisme du glucose. Un autre gène serait déficient dans la production de la leptine qui gère notre appétit. Si cela se confirmait, le traitement de l'obésité familiale varierait selon le gène déficient.

Mais il ne faut pas baisser les bras devant l'obésité de toute une famille, en ne retenant que la dimension génétique du problème. L'environnement, et l'alimentation en particulier, restent des facteurs importants. Les chats qui mangent les restes des repas d'une famille corpulente ne deviennent-ils pas obèses ?

Lise Thiry

A lire : Nature, vol. 447, 31 mai 2007, Science, vol. 316, 1^{er} juin 2007

Plan communautaire opérationnel - Prévention des traumatismes et promotion de la sécurité

Les traumatismes représentent un problème majeur de santé publique en Europe, les groupes les plus affectés étant les jeunes et les personnes âgées. Il s'agit souvent cependant d'un problème dont la gravité est sous-évaluée. Or, les traumatismes sont souvent évitables ; ils peuvent être prévenus ou atténués. Les traumatismes sont causés par des facteurs multiples interdépendants, et les mesures de lutte doivent donc toucher simultanément différents domaines.

Les traumatismes ont un impact économique et social important. Les décès ou les incapacités liés aux accidents peuvent entraîner une diminution de la qualité de vie et une aggravation de la pauvreté. Sur un plan purement économique, les coûts liés aux soins, à une hospitalisation prolongée, à la réadaptation des victimes et à la perte de productivité peuvent être énormes.

De nombreuses stratégies pour prévenir les traumatismes ont déjà été mises en place et ont montré leur efficacité : port de la ceinture de

sécurité, port du casque, application de politique contre l'alcool au volant et les excès de vitesse, emballages spéciaux pour éviter les intoxications, matériel de protection sur le lieu de travail, etc.

Depuis 1999, la Communauté française de Belgique a décidé d'inscrire cette problématique dans ses priorités de promotion de la santé et depuis 2005, dans les priorités de son PCO.

La problématique des traumatismes en Belgique

La mortalité par traumatisme

En 1997 (dernières données de mortalité disponibles), il y a eu **6 292 décès** causés par les traumatismes en Belgique.

Les traumatismes constituent **la première cause de décès chez les moins de 40 ans**.

Les trois principaux traumatismes mortels au sein de la population belge sont par ordre décroissant : **les suicides, les traumatismes liés au transport, les chutes**.

Lorsqu'on étudie les principales causes de traumatismes mortels en fonction des groupes d'âge, on observe de nettes différences.

Cette répartition des traumatismes mortels en fonction des groupes d'âge met en évidence la nécessité de définir des priorités de prévention spécifiques à chaque catégorie d'âge.

La morbidité par traumatisme

Il existe deux sources de données générales sur les traumatismes : le système EHLASS¹ et l'Enquête de santé par interview².

Le système EHLASS recense les traumatismes dus aux accidents domestiques et de loisirs ayant nécessité une consultation au service des urgences de l'hôpital. En 1999, trois hôpitaux

¹ European Home and Leisure Accident Surveillance System. EHLASS, Annual Report Belgium 1999.

² Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J., Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004, Service d'Epidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, 2006. (<http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/index4.htm>)

Les trois principales causes de décès traumatiques en fonction du groupe d'âge

Groupe d'âge	1 ^{re} cause de traumatisme mortel	2 ^e cause de traumatisme mortel	3 ^e cause de traumatisme mortel
0-4	Accident par submersion, suffocation, corps étranger	Accidents liés au transport	Homicide
5-9	Accidents liés au transport	Accidents par le feu	Accidents par submersion, suffocation, corps étranger - homicide
10-14	Accidents liés au transport	Suicide	Homicide
15-19	Accidents liés au transport	Suicide	Intoxications accidentelles
20-24	Accidents liés au transport	Suicide	Intoxications accidentelles
25-29	Accidents liés au transport	Suicide	Homicide
30-34	Suicide	Accidents liés au transport	Intoxications accidentelles
35-39	Suicide	Accidents liés au transport	Homicide
40-44	Suicide	Accidents liés au transport	Homicide
45-49	Suicide	Accidents liés au transport	Chute
50-54	Suicide	Accidents liés au transport	Chute
55-59	Suicide	Accidents liés au transport	Chute
60-64	Suicide	Accidents liés au transport	Chute
65-69	Suicide	Accidents liés au transport	Chute
70-74	Suicide	Chute	Accidents liés au transport
75-79	Chute	Suicide	Accidents liés au transport
80-84	Chute	Suicide	Accidents liés au transport
85-89	Chute	Suicide	Accidents par submersion, suffocation, corps étranger
90-94	Chute	Suicide	Actes chirurgicaux et médicaux responsables de réactions anormales du malade...
95 et +	Chute	Actes chirurgicaux et médicaux responsables de réactions anormales du malade...	Froid excessif

Source : Institut National de Statistiques, causes de décès, 1997

participaient au projet (Anvers, Bruxelles, Gand). 13.868 traumatismes domestiques et de loisirs ont été recensés.

L'enquête de santé par interview de 2004 s'est centrée sur les accidents dits « majeurs », c'est-à-dire ceux qui ont entraîné une consultation chez un médecin ou à l'hôpital. La période de temps considérée couvre les douze mois précédant l'enquête. En Belgique, **8% de la population déclare avoir été victime d'un accident** ayant entraîné une consultation médicale au cours des 12 derniers mois.

Les traumatismes sont caractérisés en fonction de leur nature, du lieu de survenue, de l'activité au cours de laquelle s'est produit le traumatisme, du type de lésion provoquée.

L'âge et le sexe

D'après l'enquête de santé par interview de 2004, les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à être victimes d'un accident. Cette tendance cependant s'inverse au-delà de 65 ans.

L'âge joue un rôle déterminant au regard des accidents majeurs. Les plus jeunes ont une proportion plus grande à être victimes d'un accident en comparaison avec leurs aînés, exception faite des personnes de plus de 75 ans.

Nature du traumatisme

Selon les deux sources de données, le principal mécanisme à l'origine du traumatisme est la chute et cela quel que soit le groupe d'âge.

Lieu de survenue

L'intérieur de la maison est le principal endroit où survient le traumatisme et cela dans plusieurs catégories d'âge notamment les enfants de moins de 5 ans (EHLASS, 1999). Les enfants de 5-14 ans sont surtout victimes de traumatismes à l'école tandis que pour les adolescents (15-24 ans) cela se passe plutôt sur les aires de sport.

Les accidents domestiques sont plus fréquents chez les femmes tandis que les hommes sont davantage victimes d'accidents au travail/école et de sport (Enquête de santé par interview, 2004).

Nature des lésions

Plusieurs types de lésions peuvent être rapportés pour le même accident traumatique (Enquête de santé par interview, 2004).

En Belgique, les trois quarts des victimes d'accidents se répartissent en trois types de lésions principales : les fractures, les plaies et les entorses.

Les traumatismes en milieu scolaire

Comme le montre le système EHLASS, l'école est le premier lieu de survenue des traumatismes chez les 5-14 ans. Selon Piette D. et al, l'école est

impliquée dans un quart des traumatismes chez les filles et dans un cinquième chez les garçons³. Tout accident qui survient dans le cadre scolaire doit être déclaré auprès d'un organisme assureur. Une étude a été réalisée par Senterre C. et al⁴ sur base des données provenant de deux organismes assureurs. Cette étude permet d'analyser le lieu de survenue des traumatismes scolaires, le mécanisme de survenue, les parties du corps atteintes et les lésions observées.

Lieu de survenue du traumatisme en milieu scolaire

On constate que les lieux les plus souvent impliqués lors d'accidents scolaires sont d'une part la cour de récréation et d'autre part les salles de gymnastique ou de sport. La répartition de ces lieux de survenue diffère de manière statistiquement significative selon le niveau d'étude (fondamental ou secondaire).

Mécanisme de survenue

Les principaux mécanismes à l'origine d'un traumatisme sont par ordre décroissant : les chutes (52,1%), les contacts avec quelqu'un ou quelque chose (24,3%), les mouvements (13,9%) et autres mécanismes (9,7%).

Cette répartition varie en fonction du niveau scolaire : davantage de chutes dans le fondamental par rapport au secondaire. Les autres mécanismes sont plus fréquents dans le secondaire par rapport au fondamental.

Parties du corps atteintes

Les parties de corps les plus atteintes sont, par ordre décroissant : la région de la tête et du cou (40,6%), les membres supérieurs (32,0%), les membres inférieurs (20,2%), les atteintes générales ou multiples (3,8%) et la région du tronc et du bassin (3,4%).

La région de la tête et du cou est significativement plus atteinte dans le fondamental tandis que les membres inférieurs et supérieurs le sont plus fréquemment dans le secondaire.

Nature des lésions observées

Les différents types de lésions observées sont, par ordre décroissant : les hématomes/contusions (23,8%), les plaies/égratignures (21,5%), les traumatismes des articulations - muscles - tendons (17,8%), les fractures (16,1%), les lésions globales ou d'un autre type (12,1%) et les traumatismes dentaires (8,8%).

Il y a significativement plus de traumatismes articulaires dans le secondaire et plus de traumatismes dentaires dans le fondamental.

Les traumatismes chez les personnes âgées

En 1997 (INS), sur les 6292 décès traumatiques, 37% ont eu lieu chez les personnes de 65 ans et plus.

Chez les personnes âgées, que ce soit en terme de mortalité ou de morbidité, **le traumatisme dominant est la chute**^{1,2}.

Une étude menée en 2005-2006 auprès de la population âgée de 65 ans et plus à Fontaine-l'Évêque⁵ (voir figure page suivante) permet une meilleure compréhension de la problématique des chutes chez les personnes âgées. Sur les 501 personnes qui ont participé à cette étude, 168 personnes ont déclaré avoir fait au moins une chute au cours des 12 mois précédents l'enquête.

L'âge et le sexe

Le nombre de chutes mortelles varie en fonction du sexe et de l'âge.

Lorsqu'on étudie le taux de chutes mortelles en fonction de l'âge et du sexe, on constate que quel que soit le sexe, le taux de chute augmente lorsque l'âge augmente. Les taux de chutes mortelles sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes et cela dans toutes les catégories d'âge.

Lieu de survenue des traumatismes

Chez les personnes de 65 ans et plus, 56,5% des traumatismes se passent à l'intérieur de la maison, 19,3% dans les aires de transport et 8,2% autour de la maison.

Dans la majorité des cas, la chute a eu lieu à l'intérieur de la maison. Les principaux lieux dans la maison sont par ordre décroissant : l'escalier (20%), la cuisine (19%) et la salle à manger (16%).¹

Activité au moment du traumatisme

Les principales activités au cours desquelles ont eu lieu les traumatismes chez les seniors sont des activités de la vie quotidienne, en ordre décroissant :

- déplacement et mouvement (61,0%)
- bricolage, jardinage (8,3%)
- tâches ménagères (7,2%)
- réalisation de besoins personnels (6,3%)
- loisirs (3,2%)

Nature de la lésion

Chez les personnes de 65 ans et plus, la lésion la plus fréquente nécessitant une consultation à l'hôpital est la fracture (37,5%) suivi de la contusion (24,0%) et enfin des blessures ouvertes.

Les foulures, luxations et autres lésions sont beaucoup moins fréquentes.

Les parties du corps les plus fréquemment lésées sont : les membres supérieurs et inférieurs ainsi que la tête et le visage.

4 Senterre C, Bantuelle M, Levêque A, Prévention des accidents et traumatismes en milieu scolaire. Rapport de recherche relatif au projet 3.2 de l'axe 3 du programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité en Communauté française de Belgique. Belgique : Centre d'Etude et de Recherche en Santé Publique (CERES-P asbl). 2005. (<http://www.ulb.ac.be/esp/epitraumac/>).

5 Bantuelle M, Van Bastelaer M.C, Mendes Da Costa E., Levêque A, Les chutes chez les personnes de plus de 65 ans... mieux les comprendre pour mieux les éviter. L'exemple de Fontaine-l'Évêque, 2005-2006, données non publiées.

3 Piette D, Parent F, Coppieters Y, Favresse D, Bazelmans C, Kohn L, de Smet P, La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de Neuf depuis 1994 ? Bruxelles : Université Libre de Bruxelles. Ecole de Santé Publique, 2003.

Facteurs prédisposants

Dans le courant de l'année 1995-1996, les médecins vigies⁶ ont enregistré les facteurs prédisposant aux accidents domestiques chez les personnes de plus de 65 ans. Neuf patients sur dix de 75 ans ou plus présentaient une prédisposition physique. Un tiers des victimes présentaient des problèmes de mobilité.

Des problèmes psychologiques, principalement la démence, ont été signalés chez un cinquième des patients ayant des facteurs physiques de prédisposition. Chez des patients atteints de problèmes neurologiques, on notait principalement des problèmes d'équilibre, la maladie de Parkinson, une paralysie et une parésie. Les problèmes vasculaires enregistrés concernent surtout une insuffisance cérébrovasculaire, des séquelles d'accidents cérébrovasculaires, une hypotension et une décompensation cardiaque. Des problèmes de vue ont également été notés dans 14 % des cas.

L'Enquête nationale de santé² a mis en évidence la présence d'un gradient socio-économique : les personnes qui ont un niveau d'instruction plus élevé rapportent moins souvent un traumatisme que celles d'un niveau d'instruction plus faible. L'étude à Fontaine-l'Évêque⁵ a également mis en évidence que le fait de vivre seul augmente le risque de chute.

Des facteurs présents dans l'environnement de la victime peuvent être à l'origine de l'accident. Dans deux tiers des accidents chez les plus de 60 ans impliquant des facteurs d'environnement, le revêtement de sol et les escaliers étaient à l'origine de l'accident.

Les traumatismes intentionnels

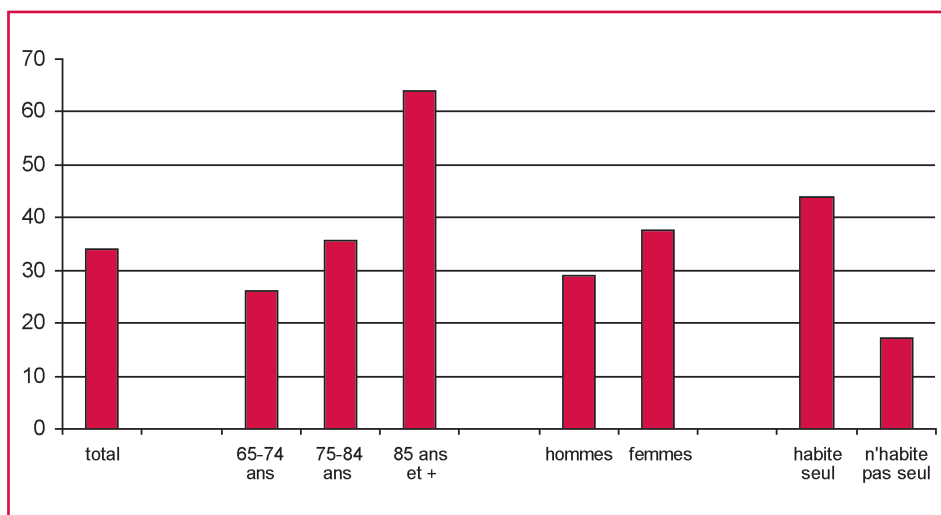
Cette catégorie de traumatismes regroupe les traumatismes auto-infligés (suicide, automutilations), les traumatismes interpersonnels (homicides, agressions) et les traumatismes collectifs (guerre...). Chaque année, en Belgique, plus de 2000 personnes se donnent la mort et on estime à plus de 20.000 celles qui font une tentative de suicide.

Décès par suicide

En Belgique, en 1997, selon les données de l'Institut National de Statistiques, il y a eu **2 323 morts causées par les traumatismes intentionnels**.

92% des traumatismes intentionnels mortels sont des suicides. 72% de ces suicides mortels sont perpétrés par des hommes.

Le suicide est la première cause de décès chez les personnes de 25 à 35 ans, et la deuxième chez ceux de 15 à 24 ans. Chez les personnes



Personnes habitant Fontaine-l'Évêque ayant fait au moins une chute dans les 12 mois qui précèdent l'enquête en fonction de l'âge, du sexe et de la cohabitation (n=498). Source : Bantuelle et al.

âgées, c'est également une cause de décès très importante.

Avec un taux de suicide de 21/100 000 habitants, la Belgique présente, avec la France, la Finlande et le Danemark, un taux bien au-delà de la moyenne mondiale estimé à 14.5/100 000, et plus élevé aussi que la moyenne européenne.⁷

Tentatives de suicide

L'Enquête nationale de santé fournit des données sur les tentatives de suicides et les idéations suicidaires². En Wallonie comme à Bruxelles, 6 % de la population âgée de 15 ans et plus rapporte avoir déjà posé un geste suicidaire. Ils sont 16 % de wallons et 17 % de bruxellois âgés de 15 ans et plus à déclarer avoir sérieusement pensé au suicide une fois au moins dans leur vie.

Concernant le sexe, le rapport est inversé par rapport aux suicides car **il y a plus de tentatives de suicides chez les femmes que chez les hommes**. Nous reviendrons en détails sur la problématique du suicide dans un prochain numéro.

Les stratégies de prévention des traumatismes

Tous les traumatismes sont la conséquence d'événements multifactoriels qui nécessitent une approche globale. Les facteurs de risque liés à la personne, à ses comportements et à son environnement (physique et social)⁸ doivent être pris en compte dans un programme de prévention des traumatismes qui combinera des mesures actives et passives.

Les expériences réalisées et évaluées dans plusieurs pays mettent en évidence l'efficacité des

mesures de prévention passive, c'est-à-dire celles qui ne demandent pas une attention et un effort soutenus de la part des individus dans le but d'assurer leur protection. Ces mesures sont d'autant plus efficaces qu'elles s'appliquent à un maximum de personnes sans distinction de sexe, de revenu... Différentes stratégies sont mobilisables : l'information, la formation, la participation, l'action intersectorielle, l'action sur le milieu de vie, la réglementation, l'approche normative, la recherche, le développement d'aptitudes individuelles et sociales, l'advocacy, le marketing social...

Un outil d'analyse et d'aide au choix des stratégies : la matrice de Haddon

En 1970, **W. Haddon** a conçu un outil d'analyse des traumatismes. Il s'agit d'une matrice qui permet de décomposer l'événement traumatique. Cette matrice intègre :

- la dimension temporelle en distinguant trois phases : la phase pré-événement (qui précède la survenue de l'événement), la phase événement (période de contact entre l'hôte et l'agent), la phase post-événement (réponse de l'hôte à l'événement);
- le caractère multifactoriel de la genèse des traumatismes en distinguant l'hôte, le vecteur et l'environnement physique et socio-économique.

Ce modèle permet d'identifier les principaux déterminants de la survenue des traumatismes et des conséquences qui en découlent.

La matrice de Haddon est très utile pour identifier les stratégies, les interventions et les secteurs à mettre en œuvre pour prévenir les traumatismes ou en atténuer la gravité ou les conséquences.

Une approche globale de promotion de la sécurité

Toutes ces stratégies seront d'autant plus efficaces qu'elles s'intégreront dans une approche

⁷ World Health Organisation, Prevention and social programmes, suicide rates, Genève, 2007. http://www.who.int/mental_health

⁸ Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la santé. Référentiel de bonnes pratiques, Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, Inpes, Paris, mai 2005

⁶ Devroy D, Van Casteren, V, Walckiers D, Accidents domestiques nécessitant l'intervention du médecin généraliste, Enregistrement des médecins vigies 1995-1996, avril 2001 (<http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epifir/medvfr>)

globale de la problématique, afin d'éviter le cloisonnement des interventions et des intervenants. La collaboration entre les intervenants et les secteurs concernés ainsi qu'une coordination de leurs interventions sont indispensables pour assurer la réussite des programmes de promotion de la sécurité.

« La promotion de la sécurité est un processus que les individus, les communautés, les gouvernements et les autres organisations, incluant les entreprises privées et les organisations non gouvernementales (ONG), appliquent, au niveau local, national, et international pour développer et maintenir la sécurité. Ce processus est composé de tous les efforts consentis pour modifier les structures, l'environnement (physique, social, technologique, politique, économique et organisationnel) ainsi que les attitudes et les comportements ayant trait à la sécurité »⁹.

L'approche de promotion de la sécurité peut être appliquée dans des milieux diversifiés d'envergure différente tels qu'une rue, un parc, une école, un quartier, une ville et une nation. Une illustration de cette approche appliquée au niveau d'une communauté locale est fournie par le réseau des « Safe Communities ». Ce réseau a été développé par le Karolinska Institutet de Suède, sous les auspices de l'OMS¹⁰ et a pour but de supporter les communautés souhaitant améliorer leur niveau de sécurité. La commune de Fontaine-l'Évêque intègre cette démarche dans sa politique de santé depuis 2000.

Le réseau s'est d'abord intéressé à la promotion de la sécurité au regard des traumatismes non intentionnels mais aujourd'hui, il développe également des projets englobant les problématiques de la violence et du suicide.

En effet, si l'on regarde l'importance que représente le problème du suicide en termes de santé publique et si l'on s'intéresse aux recommandations énoncées par l'OMS dans son rapport mondial sur la violence et la santé en 2002¹¹, des efforts substantiels doivent être faits, notamment pour développer une approche globale du problème en suivant les stratégies de promotion de la santé et de la sécurité. En Communauté française de Belgique, bien que de nombreuses associations et bénévoles œuvrent dans le champ de la prévention et/ou de la prise en charge du suicidaire et/ ou de son entourage, il est impossible aujourd'hui de se faire

une idée précise des différents types d'interventions qui existent et des spécificités de chacune d'entre elles.

Les principes à la base des programmes « Safe Communities » sont les suivants :

- ▀ les *programmes* visant à rendre les communautés plus sécuritaires doivent reposer sur toutes les organisations concernées par la sécurité de la communauté et être associés de près à tous les secteurs d'activité pertinents. La structure utilisée pour promouvoir la sécurité variera d'une communauté à l'autre et d'un pays à l'autre.
- ▀ les *programmes* visant à rendre les communautés plus sécuritaires doivent s'appuyer sur suffisamment de données dont des données épidémiologiques pour être en mesure de bien documenter la nature et l'ampleur des problèmes de sécurité, incluant les accidents, les blessures, la violence et le suicide, et ce, dans tous les environnements incluant le domicile, le travail, la route, le sport et les loisirs.
- ▀ les *priorités* pour l'action et la prise de décision doivent aussi reposer sur ce qui est perçu comme important par la communauté. Les solutions devraient être identifiées par la communauté et les suggestions provenant de l'extérieur devraient être adoptées seulement si elles sont vues comme étant appropriées par la communauté. Cela suppose l'implication des individus aussi bien que des communautés dans le processus mis en avant pour améliorer la sécurité.
- ▀ un large éventail de techniques et de méthodes doivent être utilisées comme par exemple l'utilisation des médias, la présentation de données locales, la diffusion d'avis, de conseils, la formation de certains groupes de professionnels ainsi que des membres d'organismes communautaires, la réalisation de rondes de sécurité, le contrôle de l'environnement ou le développement de certains produits.

La concertation

Le PCO rappelle qu'au vu des différentes compétences impliquées dans la problématique, il est important de travailler en collaboration avec différents secteurs et niveaux de pouvoir impliqués. De même, il est primordial de créer des ponts entre les actions au sein des différents milieux de vie...

De nombreux secteurs sont concernés et impliqués directement et indirectement dans le PCO. Sur base du partenariat établi entre l'Asbl Educa Santé et l'ESP/ULB pour la coordination du PCO de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité de la Communauté française, des ententes et collaborations sont menées avec les nombreuses politiques concernées.

Politique des consommateurs

- ▀ Commission pour la sécurité des consommateurs;

- ▀ Test-Achats : évaluation de la qualité des équipements de protection pour les enfants;
- ▀ Plan d'action national belge pour la sécurité des enfants coordonné par le CRIOC.

Politique de l'emploi et du travail

- ▀ Centre de promotion du travail du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, groupe enseignement;
- ▀ Prevent : campagne Move Europe sur la promotion de la santé au travail.

Politique de la petite enfance et de la famille

- ▀ ONE : intégration des recommandations dans le guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant et formation des pédiatres à la prévention des accidents domestiques chez les enfants (Glem(m) de pédiatrie), diffusion du livre « Tim, Tam et la famille souris », promotion du matériel de sécurité;
- ▀ Ligue des familles : intégration d'informations et de recommandations dans le « Journal de votre enfant ».

Politique de promotion de la santé

- ▀ Carolo prévention santé : campagne de promotion de l'activité physique des personnes de plus de 50 ans;
- ▀ CLPS : appui à l'implantation du programme de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile;
- ▀ Infor Santé (Mutualités chrétiennes), asbl Solival et UCP mouvement social des aînés : conception d'un outil de dialogue entre les personnes âgées et les professionnels sur la prévention des chutes âgées à domicile;
- ▀ publication d'articles dans la revue Education Santé;
- ▀ mutuelles, maisons médicales, communes, centres de loisirs pour personnes âgées : implantation des ateliers « équilibres ».

Soins de santé et services de première ligne

- ▀ SSMG : élaboration et validation d'outils de formation, d'information et de dépistage destinés aux médecins généralistes et aux professionnels de santé;
- ▀ Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD) pour l'implantation des mesures de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile;
- ▀ associations professionnelles de médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmières, ergothérapeutes, aides familiales et aides ménagères : dépistage du risque de chutes, application des bonnes pratiques de prévention des chutes;
- ▀ PSE : intégration de la prévention des accidents en milieu scolaire dans les projets de service.

Politique du logement

- ▀ Société d'architectes : intégrer la prévention des accidents domestiques dans la pratique des architectes;
- ▀ collaboration avec les communes pour pro-

9 Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et opérationnels, Centre collaborateur OMS du Québec, Centre collaborateur OMS de Suède, OMS, septembre 1998

10 OMS, Manifesto for Safe Communities. Safety - A Universal Concern and Responsibility for All. First World Conference on Accident and Injury Prevention, 1989 (<http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Manifesto.pdf>)

11 OMS, Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf)

mouvoir le bon usage du détecteur de fumée, augmenter la sécurité des personnes âgées, diffuser du matériel de protection des jeunes enfants.

Politique de l'enseignement

- Centres Universitaires et Départements de Médecine Générale des facultés de médecine (ULg, ULB, UCL) : intégration d'un module de formation à la prévention des accidents domestiques.

Secteur des assurances

- deux compagnies d'assurances, Ethias et le Centre Interdiocésain Assurances pour la réalisation d'une étude épidémiologique des accidents et traumatismes survenant dans le cadre scolaire en Communauté française de Belgique et la mise en place d'un système permanent de récolte de données.

Autorités communales et contrats de sécurité

- implantation des « Communautés sûres » et du guide « Sécurité dans les milieux de vie ».

Les objectifs et activités du PCO

L'objectif général du PCO est de susciter l'adhésion maximale de la population et des professionnels aux recommandations de prévention des traumatismes et promotion de la sécurité. Les objectifs spécifiques sont au nombre de trois.

1. *Développer la connaissance et la motivation des publics concernés vis-à-vis des mesures de protection passive, de prévention des accidents et de promotion de la sécurité*

Promouvoir l'utilisation de mesures de protection passive et développer les connaissances et les compétences du public cible et des professionnels pour l'adoption de mesures de prévention et de promotion de la sécurité vis-à-vis des jeunes enfants, chez les jeunes en âge scolaire, auprès des personnes âgées et auprès de la population en général.

2. *Assurer la cohérence et la pertinence du programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité*

Assurer la cohérence et la pertinence des actions menées, des mesures réglementaires proposées. Promouvoir une concertation/collaboration avec d'autres partenaires et niveaux de pouvoir et introduire des démarches de promotion de la santé dans d'autres secteurs.

Maintenir ou développer un recueil de données psychosociales et épidémiologiques permettant de préciser les circonstances de survenue des traumatismes non intentionnels et les déterminants de santé en relation avec les risques d'accidents.

Travailler la question de la violence dans une approche globale de la promotion de la santé avec les responsables d'autres secteurs.

3. *Permettre l'accès maximal aux mesures de protection.*

Les actions

Objectif 1 : développer la connaissance et la motivation des publics concernés vis-à-vis des mesures de protection passive, de prévention des accidents et de promotion de la sécurité

Vis-à-vis des parents de jeunes enfants :

- recherche sur l'acceptabilité des équipements de protection pour enfants par les milieux défavorisés. Projet mené dans la ville de Fontaine-l'Évêque avec le personnel de l'ONE et d'un service de gardiennes encadrées ;
- évaluation de la qualité des équipements de protection pour les enfants et diffusion auprès du public avec Test-Achats ;
- développement du rôle des médecins généralistes et des pédiatres dans la prévention des traumatismes des jeunes enfants. Projet réalisé avec l'ONE pour la formation des pédiatres et avec les CUMG et DUMG des facultés de médecine de l'ULg et l'ULB.

Auprès du milieu scolaire :

- recherche sur les accidents et traumatismes en milieu scolaire avec deux compagnies d'assurances ;
- organisation d'une journée d'information des PSE sur les traumatismes en milieu scolaire ;
- participation au groupe de travail 'enseignement' du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale pour préparer une journée d'étude sur les bonnes pratiques en prévention de la violence dans l'enseignement.

Auprès des personnes âgées :

- implantation du référentiel de bonnes pratiques de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile avec la collaboration des SISD ;
- expérimentation d'une approche communautaire et locale : Fontaine-l'Évêque « Communauté sûre ».

Auprès de la population en général :

- avis de la CSC et réalisation de campagnes avec le VIG notamment sur la sécurité dans les aires de jeux

Objectif 2 : assurer la cohérence et la pertinence du programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité

Assurer la cohérence et la pertinence des actions menées, des mesures réglementaires proposées :

- meilleure connaissance de l'efficacité de certaines démarches participatives et communautaires notamment dans le cadre du projet « Communauté sûre » de Fontaine-l'Évêque ;
- augmentation des capacités des intervenants et professionnels dans le cadre du projet de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile et le projet 'développement du rôle des médecins généralistes et des pédiatres dans la prévention des traumatismes des jeunes enfants' ;
- formation des autorités communales et des services de protection et de prévention à la

promotion de la sécurité dans les milieux de vie ;

- appui méthodologique aux acteurs et aux actions : centre de ressources, documentation scientifique, outils et formations.

Promouvoir une concertation/collaboration avec d'autres partenaires et niveaux de pouvoir et introduire des démarches de promotion de la sécurité dans d'autres secteurs

- rapport sur la prévention du suicide en Communauté française et mise en place de l'inter cabinets ;
- participation à la planification et la mise en œuvre du Plan national de sécurité des enfants ;
- concertation avec le Ministère de la Justice sur la gestion des armes à feu ;
- sensibilisation des médias.

Maintenir ou développer un recueil de données psychosociales et épidémiologiques permettant de préciser les circonstances de survenue des traumatismes non intentionnels et les déterminants de santé en relation avec les risques d'accidents

- dans le cadre de la « Communauté sûre » de Fontaine-l'Évêque : recueil de données auprès d'un service d'urgence hospitalier et des médecins généralistes se rapportant à tous les accidents survenus aux habitants de Fontaine-l'Évêque ou sur le territoire de la commune ;
- idem : recueil d'informations auprès des personnes âgées de plus de 65 ans sur la survenue de chutes et la peur de chuter ;
- traitement et analyse des accidents scolaires répertoriés par les deux compagnies d'assurances les plus importantes en terme de couverture en milieu scolaire (tous réseaux confondus).

Travailler la question de la violence dans une approche globale de promotion de la santé avec les responsables

- participation groupe de travail 'enseignement' du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale pour la préparation d'un module de formation « communication de crise et prévention des violences symboliques à l'école » adapté aux jeunes enseignants ;
- concertation avec le secteur de la santé mentale (inter cabinets) en vue de promouvoir les bonnes pratiques de prévention du suicide et de mettre en place un continuum de services ;
- concertation avec le Ministère de la Justice pour la sensibilisation des professionnels de santé, des milieux professionnels et de la population à la gestion et au contrôle des armes à feu ;
- mise en place de tables rondes autour de la question des armes à feu en collaboration avec les contrats de sécurité ;
- mise en place d'une formation de prévention de la violence (rapport Violence et santé de l'OMS).

Objectif 3 : Permettre l'accès maximal aux mesures de protection

Cet objectif consiste à garantir l'accès aux mesures de protection en assurant la mise à disposition à la population de produits répondant aux normes de sécurité, notamment en ce qui concerne les appareillages, les jouets, le matériel utilisé dans différentes activités. Cet accès aux mesures de protection signifie également que des mesures de protection sont mises à disposition de certains publics ou de certains lieux (promotion de la sécurité des aires de jeux, renforcement de la législation concernant le placement des détecteurs de fumée, test du matériel de sécurité et diffusion des résultats par Test-Achats, promotion du matériel de sécurité).

Éléments de bilan du PCO 2004-2005 et recommandations pour l'avenir

Les processus de concertation sont nombreux et ils s'installent dans la durée. Ils augmentent les capacités de mise en œuvre des programmes.

Recommandation - Renforcer les concertations et les collaborations entre les niveaux et les secteurs concernés, plus particulièrement la participation et l'articulation avec le plan national de prévention des accidents chez les enfants, coordonné par le CRIOC et s'inscrivant dans un programme européen. D'ores et déjà, une large collaboration est envisagée entre l'Asbl Educa Santé et le VIG.

La sensibilisation doit être soutenue et permanente afin de préparer l'implantation des actions. Recommandations - Soutenir l'information des parents et adultes proches des jeunes enfants : campagne, média...

Continuer la mobilisation des relais proches des personnes de plus de 65 ans et auprès de celles-ci en vue d'augmenter la prise de conscience de la problématique des chutes

et la connaissance des moyens et ressources pour la prévention.

Les demandes d'expertise, sous forme de conseils méthodologiques, de données, de formation émanent de divers secteurs et concernent différents publics et milieux de vie.

Recommandation - Reconnaître et organiser les activités de l'Asbl Educa Santé (en collaboration avec l'unité Epitraumac de l'ESP-ULB) en un service d'expertise et d'appui aux acteurs de la Communauté française.

La recherche et les actions pilotes donnent des informations pertinentes pour l'action. Mais, le passage de l'anecdote expérimentale à la généralisation de la mesure demande des efforts et des moyens qui dépassent ceux du programme.

Recommandations - Interpeller les collectivités locales et transférer les réussites des « Communautés sûres » afin de mobiliser des ressources et rejoindre les populations les plus vulnérables : parents très jeunes ayant de jeunes enfants, familles monoparentales, personnes âgées isolées, zones d'habitat précaire.

Continuer la concertation avec l'ONE pour l'extension de la diffusion des trousseaux de sécurité auprès des familles ayant de jeunes enfants. Continuer la formation des kinésithérapeutes et ergothérapeutes afin d'étendre la couverture des ateliers « équilibres » sur l'ensemble du territoire de la Communauté française.

L'état lacunaire de l'information est un frein à la détermination pertinente des priorités et des mesures d'une part, et un handicap à la mise en œuvre d'une évaluation des effets des programmes d'autre part.

Recommandation - Augmenter la connaissance de la problématique par des informations de qualité : intégration dans un système d'information sanitaire, mobilisation d'acteurs privés (actuellement deux compagnies d'assurances en ce qui concerne les traumatismes scolaires),

motivation d'acteurs de première ligne (médecins généralistes, PSE, services de soins à domicile...), concertation avec des systèmes existants dans d'autres pays (INVS France et INSP Québec par exemple).

Le développement de programmes thématiques parallèles et l'absence d'agenda général et d'approche transversale entrave la mobilisation et l'intervention des professionnels de première ligne.

Recommandation - Continuer la démarche d'intégration des éléments de prévention des traumatismes à domicile des enfants et des personnes âgées chez les professionnels de la santé : pédiatres, médecins généralistes, soignants à domicile (formation, outils...) avec la collaboration de la SSMG et des SISD.

Le PCO doit s'étendre à de nouveaux publics et lieux de vie vulnérables aux traumatismes particulièrement les milieux scolaires et extra-scolaires.

Recommandations - Exploiter le référentiel de bonnes pratiques de prévention des conduites à risque chez les enfants et les adolescents en milieu scolaire (édition Inpes, à paraître en 2008) et en dégager des recommandations pour la Communauté française.

Faire connaître les données recueillies sur les accidents scolaires et les stratégies de prévention auprès des PSE et des acteurs du milieu scolaire.

Étendre les stratégies de prévention des accidents scolaires aux milieux extra-scolaires.

Martine Bantuelle, Marie-Christine Van Bastelaer (asbl Educa Santé),
et **Alain Levêque** (ESP-ULB)

Adresse des auteurs : Educa Santé,
Av. Gl Michel 1B, 6000 Charleroi.
Courriel : doc@educasante.org.
Internet : www.educasante.org.

MATÉRIEL

Comprendre l'assurance maladie

La Mutualité socialiste vient d'éditer une série de fiches synthétiques visant à renforcer, dans un langage clair, simple et précis la connaissance élémentaire du grand public en matière d'assurance maladie. Initiative utile : les réglementations en matière de soins de santé sont de plus en plus complexes, et les patients éprouvent parfois beaucoup de difficultés à en comprendre les arcanes, à appréhender leurs droits et leurs obligations.

Ces fiches abordent les sujets suivants :

- Quand s'affilier ?
- Pourquoi s'affilier ?
- Maladie ou accident ? Avertir !
- Votre carte SIS
- Votre médecin, conventionné ou non ?
- Le remboursement des soins médicaux
- Ticket modérateur et tiers payant
- Le maximum à facturer
- Le dossier médical global
- Les bénéficiaires de l'intervention majorée
- Le statut OMNIO

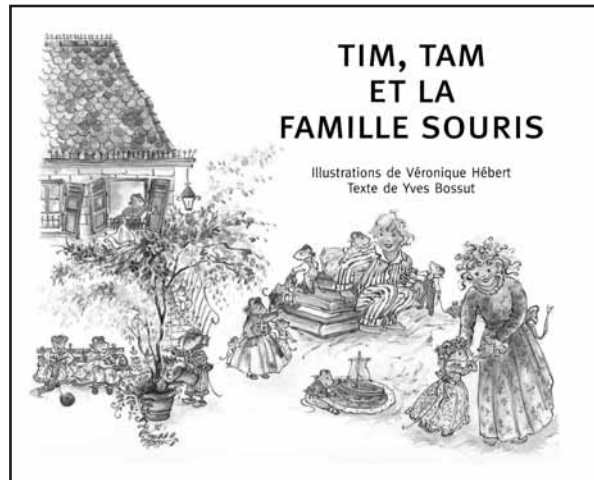
- Le congé de maternité
 - Le congé de paternité
 - Le congé d'adoption
 - Quels remboursements santé en vacances ?
- Ces fiches sont disponibles gratuitement dans tous les points de contact des mutualités socialistes.

Elles sont également téléchargeables sur le site www.mutsoc.be, qui propose des informations détaillées sur ces thèmes.

Tim, Tam et la famille souris

Educa Santé réédite ce bel ouvrage illustré et éducatif sur la sécurité et la prévention des accidents domestiques chez les enfants. Sous forme d'abécédaire, il offre une démarche originale pour aborder avec les petits certains risques auxquels ils peuvent être confrontés. De A pour accident à Z pour zoo, en passant par E pour escalier, ou par P pour pompiers, il s'adresse avant tout aux parents et aux grands-parents.

Un dossier pour les enseignants avait été réalisé lors de la première publication de cet ouvrage en 1994, il n'a pas été réédité cette fois-ci mais des exemplaires sont encore disponibles auprès d'Educa Santé.



HEBERT V., BOSSUT Y.,
Tim, Tam et la famille souris,
Educa Santé, 2007.

Educa Santé,
avenue Général Michel 1B,
6000 Charleroi.
Tél.: 071 30 14 48.
Fax : 071 31 82 11.
Courriel : doc@educasante.org.
Site : www.educasante.org.

OUTIL

Je vais bien à l'école

Description de l'outil

Ce fichier pédagogique présente 70 activités concrètes réalisées par des acteurs de terrain. Ces activités sont organisées autour de trois axes complémentaires : l'estime de soi et les relations sociales ; l'école, un milieu de vie ; les modes de vie sains.

Les activités 1 à 4 sont des activités générales qui proposent de dresser un état des lieux de l'école en matière de santé, de s'interroger sur les facteurs déterminant la santé, de prendre le temps d'évaluer les activités et les projets réalisés...

Les activités 5 à 30 explorent l'estime de soi et les relations sociales en invitant les élèves à découvrir les facteurs qui favorisent la confiance en soi, à mettre leurs capacités au service de la collectivité, à apprendre à gérer les conflits...

Les activités 31 à 45 s'intéressent à l'école comme milieu de vie en proposant aux élèves de prendre en charge la propreté de l'école, créer un environnement sans tabac, s'investir dans la gestion des déchets...

Les activités 46 à 70 abordent des questions de santé plus classiques comme le sommeil, la gestion du stress, la prévention des comportements à risque.

Ce dossier pédagogique a été réalisé en 2002 par André Lufin et Emmanuelle Caspers, dans le cadre du Service Education pour la santé de la Croix-Rouge de Belgique. Ce dernier n'existe plus aujourd'hui. Cependant, le dossier peut être imprimé (130 pages!) à partir du site de la cellule PSE de l'ULB-PROMES : <http://homepages.ulb.ac.be/~ghouioux/outils.html>.

L'avis de la Cellule d'experts de PIPSA

La cellule d'experts de l'Outilthèque-santé¹ 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 (septembre 2006).

Appréciation globale

Ce fichier d'activités, bien structuré et facile d'appropriation propose de très nombreuses activités adaptables dans de nombreuses situations avec divers publics. Les fiches sont très complètes et proposent notamment des variantes ainsi que des remarques et conseils d'animation. De manière assez systématique, les promoteurs pensent à l'interdisciplinarité. De plus, l'absence d'illustration lui permet d'être toujours d'actualité.

Il est accompagné d'un guide pédagogique complet présentant de nombreux conseils d'utilisation précieux pour la mise en place du projet de l'animateur et pour l'animation. Afin de s'y retrouver et de préparer les animations, les activités sont présentées sous différents tableaux reprenant le thème, la durée, le public-cible ou

encore le lieu, les objectifs d'apprentissage et les techniques d'animation. Le temps d'utilisation proposé paraît néanmoins peu réaliste, notamment pour les activités dites de durée courte.

Les activités proposées nécessitent cependant d'être adaptées à la situation d'animation particulière à chaque animateur ou enseignant et demandent une préparation du matériel. Les savoirs liés à une thématique en particulier ne sont pas présentés dans l'outil et pourraient demander à l'animateur de s'informer avant de mettre l'animation en place. Les concepteurs proposent d'intégrer les parents, mais sans indiquer concrètement comment le réaliser.

La fiche 4 propose des repères méthodologiques applicables à chaque activité pour réaliser une évaluation et mérite d'être mise en avant.

Objectifs de l'outil

Promouvoir la santé des jeunes en développant leurs savoirs, savoir-être et savoir-faire.

Public cible

Large public scolaire.

Utilisation conseillée

Utile pour les équipes PSE, pour mettre en œuvre leur mission de liaison. Nécessite des capacités d'adaptation et d'animation.

¹ 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>.

Norme et santé

Dans sa livraison du 3^e trimestre 2007, 'Santé conjugulée', la revue de la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones, propose un dossier sur ce sujet éthique passionnant.

Au sommaire de ce cahier :

Quelques aperçus sur la crise contemporaine de la régulation du champ médical, par Jean De Munck, philosophe

L'auteur distingue deux types de régulation, l'une, verticale entre l'Etat et les professionnels de la santé, l'autre, horizontale, entre médecins et patients. Il faut y être attentif pour comprendre ce qui se passe aujourd'hui dans le champ de la santé.

De la perte des repères à l'enfant généralisé, par Jean-Pierre Lebrun, psychiatre et psychanalyste
Alors que leur pratique est soumise à des normes de plus en plus contraignantes, les médecins

généralistes sont confrontés à des attentes de plus en plus massives de la part de leurs patients, qui, à leur exigence, ajoutent la remise en question de la place du médecin, dont la parole ne fait plus vérité.

L'accueil et la règle, par Nathalie Rasson, sociologue
Le travail d'accueillant en maison médicale est-il balisé par des normes ?

Quand les a-normaux se rebiffent, par Marianne Prévost, sociologue

Si la norme est la loi du plus grand nombre, que deviennent les minorités, telles que les plus gros, les sourds, les fumeurs ? Et quand les minorités, contre la tyrannie et la norme, revendiquent leur identité, où est la légitimité de la santé publique et de ses recommandations ?

Voyage au pays du normal et du pathologique, par Axel Hoffman, médecin généraliste
Que se passe-t-il quand une personne en souf-

france s'entend dire par le professionnel consulté « Tout est normal », ou pire « Vous n'avez rien » ? Santé et maladie sont des notions qui paraissent 'évidentes'...

Norme et santé, Santé conjugulée, n°41, juillet 2007.

La revue est disponible au numéro (individuel 8,68 euros / institutionnel 11,16 euros + port), ou par abonnement (individuel 29,75 euros / institutionnel 54,54 euros - prix pour la Belgique).

Renseignements : Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, boulevard du Midi 25 boîte 5, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 514 40 14.

Fax : 02 514 40 04.

Courriel : fmmcsf@fmm.be.

Site : <http://www.maisonmedicale.org>.

La collection Evolutions de l'INPES

L'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé - France) maintient chaque année, à côté des Baromètres Santé qui font l'objet d'une publication systématique, une importante activité d'études, d'évaluation et de recherche, avec, notamment, une trentaine d'études par an et autant de subventions servies depuis 2002 à des équipes de recherche. Il est apparu utile de valoriser cette activité en rendant publics et facilement accessibles les résultats de certains de ces travaux.

C'est l'objectif de la collection « Evolutions » qui s'adresse aussi bien à la communauté des chercheurs et sociétés scientifiques qu'aux décideurs de santé publique et, plus généralement, à tous les acteurs de la prévention : professionnels de la santé, de l'éducation, réseaux...

Les textes sont concentrés en 4 à 6 pages, et sont pour la plupart présentés selon un plan classique (introduction, méthode, résultats, discussion), et illustrés par de nombreux graphiques et tableaux. C'est sobre, synthétique ; et ce n'est pas sans rappeler le travail réalisé par le service PROMES de l'ULB avec ses fiches Sanomètre¹.

Chaque numéro (6 à 8 numéros par an) est proposé en version papier et disponible au téléchargement en version électronique à l'adresse <http://www.inpes.sante.fr/evolutions/download.asp>.

Les titres déjà parus

Risque alcool et santé au travail

Ce premier titre décrit les enseignements tirés de l'analyse des questionnaires remplis par les salariés et par les personnels de santé au travail qui ont participé à une étude réalisée auprès de 2 060 salariés, avec la collaboration de 32 médecins du travail et leurs 38 assistantes.

Connaissances, attitudes et comportements des Français face à la canicule durant l'été 2005

Etude réalisée sur 1.270 personnes représentatives de la population française de plus de 15 ans sur leurs connaissances et comportement face à la canicule durant l'été 2005.

Connaissance des Français sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse

Enquête réalisée par téléphone en novembre 2004 auprès d'un échantillon de 1.003 personnes représentatif de la population française, sur leurs connaissances et représentations concernant les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Regards sur le cancer : représentations et attitudes du public

Cette étude traite des résultats du premier *Baromètre cancer*. Cette grande enquête nationale, réalisée auprès de plus de 4000 Français âgés de 16 ans et plus, investit notamment, et pour la première fois, le champ des perceptions et des croyances qui gravitent autour du cancer.

Modèles sous-jacents à l'éducation des patients diabétiques de type 2

Résultats d'une recherche originale sur les pratiques éducatives proposées aux personnes atteintes d'un diabète de type 2.

Menée entre 2000 et 2002, cette enquête qualitative visait à décrire précisément les pratiques éducatives mises en place dans dix programmes innovants en France, à en évaluer la qualité et à faire émerger les modèles sous-jacents. Une analyse comparative des programmes a été menée. Cette enquête a nécessité l'élaboration d'une grille d'analyse des données recueillies au cours d'entretiens et d'observations. Cette grille fait appel à plusieurs modèles utilisés dans le domaine de l'éducation du patient et de l'éducation pour la santé et issus de différents champs disciplinaires. Elle peut aujourd'hui contribuer utilement à la mise en place d'évaluations internes ou externes des activités éducatives.

Comportements d'hygiène des Français pour prévenir les infections virales saisonnières

Ce sixième numéro présente les résultats d'une enquête, menée début 2006 sur la perception et les pratiques du grand public en matière de risques infectieux. Il aborde les comportements d'hygiène et les attitudes en cas de symptômes respiratoires.

¹ Voir le site <http://www.ulb.ac.be/esp/promes/>

Comportements préventifs des Français et impact des campagnes de prévention durant la canicule 2006

Ce numéro dresse un bilan des comportements des Français durant la canicule 2006 qui a causé un nombre de décès inférieur aux prévisions.

Etats des lieux du développement de l'éducation pour la santé des patients dans les comités de la

Fédération nationale d'éducation pour la santé

Cette enquête téléphonique visant les activités de 108 comités départementaux et régionaux avait pour objectif de recueillir les activités développées, d'en connaître les facteurs facilitants et les freins, et de tester le principe d'une collaboration entre comités.

Institut national de prévention et d'éducation

pour la santé, bd de la Libération 42,
F-93203 Saint Denis Cedex.

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

Courriel : inpes@inpes.sante.fr

Maryse Van Audenhaege, sur base des informations fournies par l'Inpes.

DONNÉES

Le budget santé de la Communauté française

On sait que les montants consacrés à la santé par la Communauté française ne pèsent pas bien lourd à côté des moyens alloués aux soins de santé fédéraux, avec en plus une norme de croissance favorable à ces derniers qui ne fait qu'accroître l'écart au fil des ans. Voyons ce

que cela donnait l'an dernier.

Les dépenses en 2006

La structure du budget a été revue sérieusement en 2006 pour suivre le Plan communautaire opérationnel et ses déclinaisons thématiques. Cela

donne un tableau sans doute un peu plus lisible qu'auparavant.

0,47 %, qui dit moins ?

Mais quelle est la part de la santé dans le budget de la Communauté ? Là aussi, il faut bien

Programme	Nature	Contenu	Montant
Programme 0	Subsistance	Fonctionnement des conseils et commissions, réunions, enquêtes...	72.000
Programme 1	Interventions diverses	Accords de coopération et dotation à l'Académie Royale de Médecine	168.000
Programme 2	Mise en œuvre PCO		17.188.000
		Vaccination	2.730.000
		Assuétudes	1.031.000
		Sida	2.067.000
		Cancer ¹	1.404.000
		Cardio-vasculaire	423.000
		Tuberculose	1.296.000
		Traumatismes et sécurité	175.000
		Pilotage du PCO	476.000
		Subventions diverses pour mise en œuvre du PCO ²	989.000
	Promotion et protection de la santé		
		Fourniture de services (publicités, spots TV-radio...)	225.000
		Organismes agréés (CLPS et SCPS)	2.577.000
		Initiatives du Gouvernement	473.000
		Problématiques émergentes, programmes pilotes ³	462.000
		Programmes locaux	616.000
		Dépistage maladies métaboliques	680.000
		Dépistage surdité néonatale	185.000
		Subventions aux programmes de transition professionnelle	4.000
		Subvention à l'Institut scientifique de santé publique	834.000
	Contrôle médico-sportif		506.000
	Divers		35.000
Programme 3	Promotion de la santé à l'école		16.911.000

Chapitre	Montant en euros
Services généraux (parlement, gouvernement, affaires générales, informatique, immeubles...)	330.164.000
Santé, affaires sociales, culture, audiovisuel, sport (ch. 2)	928.874.000
Education, recherche, formation ⁴	5.798.528.000
Dette	147.639.000
Dotations à la Région wallonne et à la COCOF	376.289.000
Crédits variables	113.411.000
Total général	7.694.905.000

1 Exclusivement le dépistage du cancer du sein en 2006

2 On y trouve Education Santé, l'Outilthèque Santé, les formations Repères, la collection Education Santé de la Médiathèque, etc.

3 Dont des programmes en matière de promotion de la santé sexuelle et affective

4 Dont 72.158.000 euros pour les Centres PMS

parler de portion plus que congrue. Si on considère les chiffres initiaux pour l'année en cours, le budget total est de 7.694.905.000 euros. Cette somme se répartit comme le montre le tableau page précédente.

A l'intérieur du chapitre 2, la santé (promotion santé, médecine préventive, PSE) obtient

36.513.000 euros, soit un peu moins de 4%. Rapporté au budget complet, la santé représente **0,47%** de l'ensemble.

Pas simple de déployer les programmes de promotion santé, de mettre en place des programmes de médecine préventive, de promouvoir la santé à l'école et de renforcer la protection de la popu-

lation par la vaccination avec des moyens aussi limités. Et pourtant, la Communauté française arrive parfois à des résultats appréciables...

Une chose est sûre, cela limite sérieusement les gaspillages éventuels!

Christian De Bock

BRÈVES

Handicap

Namur

10 décembre 2007

Journée d'études 'Approches socio-économiques du handicap' organisée par le Département de Psychologie de la Faculté de médecine de Namur avec la collaboration de la Revue nouvelle et le soutien de la Banque nationale.

Programme

9 h Accueil et allocution de bienvenue par **Michel Hérin**, Doyen de la Faculté de médecine

9 h 30 Exposé introductif : *Des enjeux socio-économiques du handicap*, **Michel Mercier** et **Michel Grawez**, Département de psychologie, Faculté de médecine, FUNDP

10 h *Les personnes handicapées face aux politiques actives du marché du travail*, **Pierre Reman**, économiste, Directeur de la FOPES, UCL

10 h 20 *Un changement de paradigme : quelles implications politiques et pratiques ?*, **André Gubbels**, juriste, Directeur général, SPF Sécurité sociale

10 h 40 *Ce que les « valides » doivent aux « handicapés » : discussion normative des politiques sociales*, **Geert Demuijnck** et **Dominique Greiner**, philosophes et économistes, Centre de recherche en éthique économique, Université catholique de Lille

11 h 30 *Les ETA, entre économie et qualité de vie*, **Marcel Gérard**, professeur d'économie publique et de fiscalité, Louvain School of Management et FUCaM

11 h 50 Mesurer le secteur du handicap ? Les limites actuelles du compte satellite de l'associatif et des statistiques de l'emploi, **Michel Marée**, économiste, chargé de recherches, Centre d'Economie Sociale, ULg

12 h 10 Les allocations pour personnes handicapées : un embryon d'allocation universelle ?, **Daniel Trésegnie**, Conseiller général, SPF Sécurité sociale

12 h 30 Repas

13 h 40 Le développement des compétences, dans et hors travail, **Véronique Grandemange**, économiste, formatrice pour adultes, GRAFIC - Bretagne

14 h Apports des « Disability studies » britanniques à la compréhension sociologique du handicap, **Nathalie Baidak**, sociologue

14 h 20 Le handicap comme analyseur de la société, **Albert Bastenier**, sociologue, professeur émérite UCL

14 h 40 Le partage des tâches entre le public et le privé dans le droit des personnes handicapées, **Olivier De Schutter**, professeur à la Faculté de droit, UCL

15 h 20 Insertion, intégration et inclusion : trois regards sociaux sur la réalité du handicap, **Michel**

Mercier, psychologue et économiste, Département de psychologie, Faculté de médecine, FUNDP, Ecole de Santé Publique, UCL

15 h 40 Table ronde, animation et conclusions de la journée, **Luc Van Campenhoudt**, Directeur de La Revue Nouvelle, professeur de sociologie aux Facultés universitaires Saint-Louis et à l'UCL

Cette journée d'études aura lieu de 9 à 16h30 à l'Arsenal, rue Bruno 11 à Namur.

Frais : 15 €, comprenant cafés, repas de midi et actes de la journée.

Inscription par courriel à michel.mercier@fundp.ac.be, par fax au 081 72 44 31, ou par la poste au Département de psychologie FUNDP, rue de Bruxelles 61, 5000 Namur

Planning

Liège

14 et 15 décembre 2007

A l'occasion de ses 35 ans, la Fédération laïque de centres de planning familial propose une réflexion sur le parcours des militant-e-s du planning au sein d'une société en constante évolution et d'une structure qui, elle aussi, a connu une véritable mutation.

Le fil rouge de ces deux journées de '(R)évolutions' sera celui de la tension entre militance et professionnalité.

Le premier jour, après une matinée en plénière, l'après-midi sera consacrée à 8 ateliers (entre autres sur les plannings comme acteurs de changement, la précarité, la violence conjugale, le plaisir...); le samedi sera consacré à de nombreuses interventions en plénière, et clôturé par le spectacle 'Désolé c'est monstrueux' de **Véronique Castanyer**.

Cela aura lieu au Palais des Congrès.

Infos et inscriptions sur www.planningfamilial.net, rubrique Université d'hiver : (R) évolutions.

Publicité

Arlon

17 décembre 2007

« Publicité et choix alimentaires », dans le cadre des Pauses santé organisées par Vie Féminine, la Mutualité chrétienne de la province de Luxembourg, et le Centre de planning et de consultation familiale et conjugale d'Arlon.

Partout, tout le temps, la publicité nous parle. Que nous dit-elle ? Apprenons à décoder les messages publicitaires afin de faire des achats mieux adaptés à nos besoins réels.

Cela se passera de 12h15 à 13h15, à la Salle polyvalente, rue Netzer 23, 6700 Arlon.

Participation gratuite. Inscription obligatoire au plus tard le jeudi qui précède, auprès de Vie Féminine, tél. 063 22 56 25 (possibilité de réserver un sandwich au même moment, au prix de 3€).

Santé mentale

Herstal

18 décembre 2007

L'AIGS (Association interrégionale de guidance et de santé) organise une journée du Conseil médical sur le thème « Changements de société, changement de fonctionnement psychique ? ».

Programme de formation (en cours d'accréditation) :

- 10h, introduction « Hédonisme et responsabilité », par le **D' Michel Martin**, Directeur médical de l'AIGS;
- 11h, « Les passages à l'acte chez l'adolescent d'aujourd'hui », par le **D' Jean-Marie Forget**, psychiatre (Paris);
- 13h30 « Perversion ordinaire. Vivre seul avec les autres », par **M. Jean-Pierre Lebrun**, psychiatre, psychanalyste;
- 16h, conclusion par le **D' Marc Thomas**, psychiatre.

Lieu : Motorium, rue Saint-Lambert 84, 4040 Herstal.
Prix : 25 € repas compris à verser sur le compte 068-2205090-16.

Renseignements et inscriptions : AIGS, **Hélène Scarciotta**, tél. 04 248 48 10, fax 04 248 48 12, courriel : service.documentation@aigs.be

Vieillesse

Havré

20 décembre 2007

Dans le cadre de ses Midis santé, l'Observatoire de la santé du Hainaut organise une conférence intitulée « Qu'est-ce que bien vieillir ? », par **M^{me} Caroline Gruppen** (Bien vieillir asbl).

Lieu : Observatoire de la Santé du Hainaut, Espace Rencontres (2^e étage), rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré (de 12h00 à 14h00).

Renseignements : 065 87 96 14 ou sur le site <http://www.hainaut.be/sante/observatoiresante/>.

Suicide

Bruxelles et Wallonie

29 au 31 janvier 2008

« Les gens qui prennent parfois le temps de se taper une bonne déprime me sont plutôt sympathiques »

Le 29, conférence de **Vincent de Gaulejac** (sociologue à Paris 7) intitulée 'Pourquoi l'organisation managériale

rend malade ?' qui permettra d'aborder le thème très actuel 'suicide et travail'.

Cela se passe à 20 h à la Salle Dupréel de l'Institut de sociologie de l'ULB, av. Jeanne 44, 1050 Bruxelles. PAF : 7 euros (4 euros pour les étudiants, chômeurs, seniors).

Le 30, soirée grand public à 20 h à Bruxelles et dans plusieurs villes wallonnes, 'Le suicide parlons-en'. Ces rencontres, introduites par des courts métrages, une conférence ou un jeu théâtral, permettront au public d'échanger sans tabous avec les professionnels locaux de la prévention. Entrée libre et gratuite.

Le 31, la rencontre grand public aura lieu à Namur à 16 h, suivie de l'inauguration du nouveau service de prévention du suicide 'Un pass dans l'impasse' mis en place par une asbl de la Mutualité socialiste de Namur (MIT Espace Jeunes), en présence du **D' Xavier Pommereau** (psychiatre, Bordeaux). Cela se passe à la Mutualité socialiste, chaussée de Waterloo 182, 5002 Saint-Servais. Entrée libre et gratuite.

Plus d'infos sur www.preventionsuicide.be.

L'APES-ULg, nouvelle mouture

Bienvenue à Flavia, Aurélie, Catherine et Florence

Depuis quelques mois, au rythme des projets professionnels des uns et des autres, notre équipe a connu plusieurs remaniements. Nous avons le plaisir de vous en communiquer ci-dessous la nouvelle mouture. Non, ce ne sont pas des grains de sable, mais bien des graines qui, nous l'espérons, s'amalgameront pour vous offrir une excellente farine de services.

Sandrine Roussel reste dans notre université, mais a choisi de s'investir depuis quelques mois déjà dans les projets de santé au travail. **Françoise Hauregard**, qui a assuré durant un an le secrétariat et l'accueil de l'APES, nous a quittés en juin pour de nouveaux horizons professionnels. **Sophie Grignard** – Sophie pour les habitués – a fortement diminué sa présence parmi nous depuis septembre pour enseigner à la Haute Ecole Charlemagne. Elle nous quittera très officiellement dans quelques mois.

Nous leur adressons nos sincères remerciements pour leur investissement, leur réflexion, leur complicité, leur soutien qui ont enrichi notre travail quotidien au cours de ces dernières années.

De nouvelles personnes sont venues se joindre à l'équipe et nous apporter leurs compétences.

Vous serez dorénavant accueillis (par téléphone ou par mail) par **Flavia Massa**, graduée en secrétariat de direction.

Catherine Giot est arrivée parmi nous en avril.

Graduée en diététique et licenciée en sciences de la santé publique, elle partagera dorénavant ses compétences entre le plan attitudes saines, la concertation du groupe de réflexion des formateurs en promotion de la santé, la conception et l'analyse des outils éducatifs.

Florence Renard nous a rejoints le 15 octobre. Elle est docteur en médecine, licenciée en sciences de la santé publique et possède un diplôme d'études approfondies en sciences de la santé publique. L'expérience de Florence sera utilisée en majeure partie pour l'appui au

développement du décret de promotion de la santé à l'école et plus globalement pour les questions touchant la santé des enfants et des jeunes.

Aurélien Van Hoye nous a également rejoints ce 15 octobre. Elle est licenciée en éducation physique, agrégée de l'enseignement secondaire supérieur en éducation physique et possède un diplôme d'études approfondies en sciences de la santé publique. Outre un soutien au travail avec les équipes PSE, Aurélien participera à plusieurs recherches en cours en matière de promotion de la santé à l'école.

Tous ensemble, nous continuerons bien entendu à assurer la mission traditionnelle et historique de l'APES-ULg : l'accompagnement méthodologique à la construction de projets, programmes, actions, outils et évaluations en promotion de la santé et éducation pour la santé.

Par ailleurs, **Marie-Christine Miermans** continue à collaborer étroitement à l'équipe interuniversitaire PROVAC.

Chantal Vandoorne, Gaëtan Absil, Marie-Christine Miermans, Nathalie Goffinet

Emploi-offre

L'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC) recrute un(e) **responsable de projets en promotion de la santé**.

Intégré à l'équipe d'Infor Santé chargée de la promotion de la santé au sein du Département socio-éducatif francophone, vous contribuez au développement de la promotion de la santé à la Mutualité chrétienne.

La fonction

- vous coordonnez et réalisez des projets de promotion de la santé, en collaboration avec d'autres mouvements et services de l'ANMC ainsi qu'avec des organismes extérieurs;

- vous coordonnez et animez différents groupes de travail sur des projets particuliers;
- vous assurez l'accompagnement méthodologique des collaborateurs régionaux et des mouvements socio-éducatifs;
- vous réalisez des animations et formations soit en lien avec des projets soit s'intégrant dans une formation globale;
- vous produisez des documents d'information destinés au grand public (dépliants, brochures) et outils pédagogiques, en lien avec les différents projets;
- vous participez aux réunions de divers groupes de travail de la mutualité;
- vous rédigez de manière ponctuelle des articles sur les projets développés, pour différents médias ou différentes présentations.

Le profil

- diplôme universitaire ou supérieur non universitaire, une formation spécifique en promotion de la santé et/ou une expérience de 3 ans dans le domaine constituent un plus;
- très bonnes compétences d'animation de groupes et de travail en équipe;
- très bonnes compétences en gestion de projets;
- compétences pédagogiques;
- capacités d'analyse et de réflexion critique;
- bonne expression tant verbale qu'écrite;
- bonne connaissance de l'informatique (MS-Office);
- connaissance passive du néerlandais et de l'anglais;
- prêt à se déplacer régulièrement dans les mutualités (dispose d'un véhicule).

Les candidatures écrites, dûment motivées et avec CV détaillé, sont à adresser pour le 31/12/2007 au plus tard au Service GRH, ANMC, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Courriel : hr@mc.be. Internet : www.mc.be.

Tribune

Rien de tel que l'industrie du tabac pour faire de la prévention

Voici quelques mois, à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac, une voix s'était élevée avec vigueur pour dénoncer le laxisme dont bénéficient les producteurs de tabac à rouler par rapport à l'obligation de reproduire sur les paquets de cigarettes une photo couleur illustrant les méfaits du tabagisme. En effet, ils échappent pour le moment à cette obligation qui s'impose aux cigarettes manufacturées.

S'agissait-il d'un juste combat de plus du FARES, de la Fondation contre le cancer, du CRIOC, voire de la Fondation Rodin ?

Que nenni! La dénonciation était le fait de... Philip Morris Belgium, leader incontesté du marché de la cigarette manufacturée dans notre pays. Son porte-parole a même eu droit à une séquence du JT.

On savait le sens de la responsabilité sociale

de la firme très poussé (allez voir son site Internet et vous serez édifiés), mais quand même pas à ce point-là, qui frise le masochisme.

Pas de panique, il y a une explication rationnelle. Philip Morris n'occupe en réalité qu'une place très modeste du marché de tabac de coupe, par ailleurs en progression régulière en Belgique¹. Son plaidoyer en faveur des avertissements sanitaires musclés ne lui fait donc pas beaucoup de tort, et est de nature à gêner un peu la concurrence. Ouf, l'immorale est sauvée, j'aime mieux cela...

Christian De Bock

¹ Voir JOOSSENS L., Les chiffres du tabac en 2006, Education Santé n° 221, mars 2007, p. 14 à 17.



Dossier. Violences et santé : quelles actions éducatives ?

Editorial

Violences et santé : quelle place pour l'action éducatrice ?, *Zinna Bessa, Alain Douillier*

Enfants, femmes, personnes âgées, santé mentale, institutions, travail : comment prévenir les violences

« Contre les violences, l'urgence, c'est l'action éducatrice et la prévention », *entretien avec Anne Tursz*

De 0 à 18 ans : protéger l'enfant, responsabiliser l'adulte, *François Baudier, Christine Casagrande*
Un programme pour développer l'estime de soi chez les enfants, *Jacques Fortin*

« Si l'amour leur était conté... », *Alain Douillier*
À Genève, l'école, lieu central de prévention des maltraitances, *Paul Bouvier*

Eduquer à la santé, pour que genre ne rime plus avec violence, *Jacques Lebas, Madina Querre*
« Comment je forme les professionnels pour faire reculer l'excision », *Nafissatou Fall, avec Manuela Gherib et Danièle Bugeon*

Personnes âgées et handicapées :

le déni de la maltraitance ? *Marie-Ève Joël*

Alma, à l'écoute de la maltraitance des personnes âgées ? *Françoise Busby*

Dissocier troubles psychiques et violence dans l'esprit du public ? *Anne M. Lovell*

Groupes de parole usagers/soignants à Marseille : une thérapie contre la violence ? *Anne M. Lovell, Vincent Girard*

Institutions : désamorcer la violence ? *Omar Brix*

Développer la prévention de la violence en lien avec l'emploi ? *Yves Géry*

International : la promotion de la non-violence, vue par l'OMS

« La violence est aussi un problème de santé publique » ? *Entretien avec Étienne G. Krug*

Pour en savoir plus, *Olivier Delmer, Céline Deroche, Ève Gazzola*

Rubriques

International

L'expérience libanaise d'une clinique pour les jeunes, *Béatrice Khater*

La santé à l'école

Infirmier scolaire : un métier partagé entre soins, écoute et éducation, *Mabrouk Nekaa*
Une équipe de professionnels pour parler sexualité aux élèves de seconde, *Mabrouk Nekaa, Cathy Couvert*

Éducation du patient

Patients-soignants : un poster pour faciliter la communication, *entretien avec Françoise Galland*
« Un véritable acte de soin », *Cécilia Aldenhoff*

La santé en chiffres

La dépression touche trois millions de Français, *Yannick Morvan, Ana Prieto, Xavier Briffault, et al.*

Débats

Pourquoi faire de l'éducation pour la santé en milieu carcéral ?, *Éric Farges*

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

Pour tout renseignement : *La Santé de l'Homme, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 42 Bd de la Libération, F-93203 Saint-Denis cedex. Tél. 1 49 33 22 22. Fax 1 49 33 23 90.*

Internet : www.inpes.sante.fr

Sommaire

Initiatives

- Le programme de dépistage du cancer du sein patine, par *l'Agence intermutualiste* 2
La campagne d'été de prévention du sida version 2007, par *Colette Barbier* 3
L'alcool, un dangereux membre de la famille, par *Miguel Rwubusisi* 5
Réduction des émissions de CO₂ 7

Réflexions

- A propos de l'obésité, les deux visages de la graisse, par *Lise Thiry* 8

Stratégie

- Plan communautaire opérationnel - Prévention des traumatismes et promotion de la sécurité, par *Martine Bantuelle, Marie-Christine Van Bastelaer et Alain Levêque* 9

Matériel

- Comprendre l'assurance-maladie Tim, Tam et la famille souris 14 15

Outil

- Je vais bien à l'école 15

Lu pour vous

- Santé conjuguee* : Norme et santé 16
La collection *Evolutions* de l'INPES, par *Maryse Van Audenhaege* 16

Données

- Le budget santé de la Communauté française, par *Christian De Bock* 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 Spièce (02-515 05 85, catherine.spiece@mutsoc.be).

Journalistes : Colette Barbier, Carole Feulien.

Ont collaboré à ce numéro : Agence Inter-mutualiste, Martine Bantuelle, Alain Levêque, Miguel Rwubusisi, Lise Thiry, Marie-Christine Van Bastelaer.

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

Site internet : Maryse Van Audenhaege.

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

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock,

Alain Deccache, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Roger Lonfils, Paul Sonkes, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Christian Van Rompaey.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Thierry Poucet.

Éditeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2.500 exemplaires.

Diffusion : 2.300 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

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

Pour tous renseignements complémentaires :

Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 48 52. Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Internet : www.educationsante.be
Courriel : education.sante@mc.be

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse : www.pipsa.org

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – www.arsc.be

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

Notre site adhère à la Plate-forme 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.