



L'activité physique en Belgique

Ne paraît pas en août • 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 : Fotolia.

Recommandations pour l'activité physique en Belgique¹

Document de consensus scientifique (Plan national nutrition santé)

Introduction

Le rapport sur la santé dans le monde de l'Organisation mondiale de la santé (2002)² montre de manière détaillée que, dans la plupart des pays, un petit nombre de facteurs de risque majeurs sont responsables de l'essentiel de la morbidité et de la mortalité. Les plus grands risques de maladies non transmissibles sont l'hypertension, l'hypercholestérolémie, une faible consommation de fruits et légumes, la surcharge pondérale et l'obésité, la sédentarité et le tabagisme. Les cinq premiers facteurs de risque sont étroitement liés à l'alimentation et à l'activité physique.

Pourquoi combiner activité physique et alimentation est-il essentiel ?

La promotion d'une alimentation saine va de pair avec la promotion d'une activité physique régulière. Des thèmes tels que les apports et dépenses énergétiques, la surcharge pondérale et les maladies liées au régime alimentaire nécessitent une approche commune. Les dernières recommandations internationales publiées par l'OMS et Eurodiet ne manquent pas de le souligner : alimentation et activité physique forment un tout. Encourager les gens à manger plus sainement et à pratiquer une activité physique régulière exige la mise en place d'une collaboration entre les entités fédérées (Communautés française, germanophone et flamande, Région bruxelloise), le pouvoir fédéral et les nombreux acteurs concernés du secteur de l'alimentation et de l'activité physique.

Le fait d'intégrer les notions d'activité physique et d'alimentation dans un plan unique s'explique par l'évidence de plus en plus nette que ces deux facteurs sont indissociables pour la promotion d'une vie saine. Il importe de les promouvoir de manière conjointe et complémentaire.

Quel est le niveau d'activité physique des Belges ?

Enquête de santé 1997, 2001 et 2004

En 1997, 2001 et 2004, la population belge (âgée de 15 ans et plus) a été interrogée sur ses habitudes en matière d'activité physique. Les principales conclusions de cette enquête sont les suivantes.

Généralités - Depuis 1997, les rapports montrent de manière constante que seuls 17 à 18 % de la population âgée de 15 ans et plus pratiquent une activité physique (sportive) au moins 4 heures par semaine. Les dernières enquêtes réalisées à l'échelon national montrent que la population belge, dans sa grande majorité, est inactive (41 %) ou ne développe qu'une activité minimale (31 %) (Enquête de consommation alimentaire).

D'autres données font état d'une activité physique modérée ou intense nulle chez 54 % des Belges (HIS 2004). Le pourcentage de la population qui présente un risque dû à un manque d'exercice physique est estimé à 57 % si l'on considère l'ensemble des activités (en période de loisirs mais aussi au travail ou sur le chemin du travail).

Environ 73 % font trop peu d'exercice pour éviter la prise de poids, et 62 % ont une activité physique insuffisante pour réduire le risque de maladies cardiovasculaires (MCV). Nous pouvons dire, sans crainte de nous tromper, qu'il s'agit là de sous-estimations, dans la mesure où les personnes interrogées ont tendance à répondre aux questions d'une manière socialement acceptable.

Âge - Le pourcentage des personnes exposées à un risque dû à un manque d'activité physique augmente avec l'âge, passant de 66 % (15 - 24 ans) à 89 % pour les plus de 75 ans. Le pourcentage de la population dont l'activité physique est insuffisante pour engendrer des effets bénéfiques sur la santé, augmente lui aussi avec l'âge (38 % des plus jeunes et 74 % des personnes âgées).

Sexe - Les femmes s'adonnent moins souvent à une activité physique et courent ainsi un risque plus important par rapport à leurs homologues masculins. Les femmes (de 15 ans et plus) font également moins de sport que les hommes et déclarent aussi plus souvent ne faire aucune activité physique. 65 % des hommes et 82 % des femmes pratiquent une activité physique qui ne suffit pas à limiter la prise de poids. Chez 46 % des hommes et 66 % des femmes, l'activité physique pratiquée est trop faible pour

engendrer des effets bénéfiques sur la santé.

Education - Si l'on considère l'ensemble des activités (en période de loisirs mais aussi au travail et en termes de déplacements), rien ne permet de mettre clairement en évidence un quelconque lien entre le niveau d'éducation et les risques que représente le manque d'activité physique pour la santé. Les personnes peu qualifiées ont souvent une activité physique davantage liée au travail qui compense une activité rapportée comme moins importante en période de loisirs.

Région - Le pourcentage d'individus exerçant une activité physique suffisante pour avoir un impact positif sur la santé est en général plus élevé en Flandre que dans les deux autres régions.

Evolution 1997-2004 - En dépit des quelques efforts réalisés ces dernières années pour encourager l'activité physique, nous ne constatons aucun progrès significatif entre 1997 et 2004. En 1997, 18 % de la population déclarait faire du sport à raison de 4 heures ou plus par semaine; en 2001, ce chiffre était de 17 %, et en 2004, de 18 %. Le pourcentage de la population qui présente un risque dû à un manque d'exercice physique était estimé à 56 % en 2001 et à 57 % en 2004 si l'on considère l'ensemble des activités (en période de loisirs mais aussi au travail ou sur le chemin du travail). 60 % (2001) à 62 % (2004) n'ont pas une activité physique suffisante pour réduire le risque de MCV.

Etude HBSC

L'étude internationale quadriennale « Health Behaviour in School-aged Children » (HBSC) sur les comportements de santé des jeunes a été menée dans 35 pays, auprès d'un échantillon représentatif d'au moins 1500 élèves de 11, 13 et 15 ans. Cette étude a démontré qu'une majorité des adolescents européens et nord-américains ne suivent pas les recommandations en matière d'activité physique. Tous les pays se caractérisaient par une faible activité physique (minimum de 60 min d'activité physique modérée durant seulement 3,8 jours/semaine) et ce chiffre diminuait avec l'âge. La dernière étude HBSC (2005-2006) a montré qu'en Flandre, 43,7 % des garçons et 33,3 % des filles (moyenne d'âge : 12,5 ans) ont satisfait au critère demandé, à savoir exercer une activité physique journalière de 60 minutes, ce au moins 5 jours par semaine. Lorsque l'on fixait le critère à 60 minutes par jour à raison de 7 jours par semaine, les pourcentages passaient à 20,8 % chez les garçons et à 12,3 % chez les filles.

¹ Le présent document a été élaboré après avoir fait l'objet d'une large consultation auprès du groupe de travail « Activité physique », qui s'est réuni à intervalles réguliers de janvier à juin 2005 dans le cadre de la phase préparatoire du Plan national nutrition santé belge. Tous les membres du groupe de travail ont activement contribué à trouver un consensus quant à la situation actuelle, aux objectifs et aux mesures à prendre pour améliorer l'état de l'activité physique en Belgique. Il a été révisé et actualisé à l'occasion des réunions du Groupe de travail du PNNS sur l'activité physique qui se sont tenues en 2007 sous la coordination de M^{me} Ilse De Bourdeaudhuij.

² Rapport sur la santé dans le monde, 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.

Etude PAN-UE

Une étude réalisée sur des échantillons représentatifs de toute l'Europe (Margets et al. 1999) a donné des résultats peu brillants en ce qui concerne l'activité physique des Belges. Cette étude européenne montre que pas moins de 68 % des personnes sondées en Belgique n'ont pas atteint le seuil minimal nécessaire à une activité physique suffisante. La Belgique se situe ainsi dans le top 4 des pays européens les plus sédentaires, en compagnie du Portugal, de la Grèce et de l'Italie.

Conclusion : trop sédentaires

D'un point de vue général, on peut définir la population belge comme étant trop sédentaire. Nous pouvons donc supposer qu'au moins la moitié de la population ne pratique pas une activité physique qui soit suffisante pour avoir un effet bénéfique sur la santé. Le risque de maladies chroniques pour ces personnes est bien plus grand. Au regard de la santé publique, une des priorités consiste dès lors à inciter les gens à bouger régulièrement.

En outre, le Belge obtient des scores médiocres par rapport aux autres nations européennes. La Belgique compte parmi les pays les plus sédentaires, même si l'on interprète la notion d'« activité physique » au sens large. L'inactivité augmente avec l'âge. Les femmes et les jeunes filles sont moins actives que leurs homologues masculins. Les personnes ayant un niveau d'éducation bas font moins d'exercices physiques que celles dont le niveau d'éducation est plus élevé. Il y a aussi un pourcentage non négligeable de jeunes en Belgique qui ne pratiquent pas une activité physique suffisante. On remarque la plus forte baisse durant l'adolescence. De même, il est tout à fait probable que des jeunes inactifs adopteront dans leur vie d'adulte un mode de vie sédentaire (ils sont inactifs et le resteront).

La sédentarité de nombreux Belges est un problème significatif de santé publique. Un changement de comportement dans ce domaine ne sera toutefois pas facile à réaliser. Or, il est important de formuler des objectifs en la matière. Il serait surtout utile de se concentrer sur une activité physique modérée quotidienne (ex. prendre les escaliers, aller travailler à pied, à vélo ou de tout autre manière « active »...) plutôt que sur des activités intensives de loisirs.

Quels sont les bienfaits d'une activité physique suffisante sur la santé ?

Bienfaits pour la santé physique

Des synthèses des publications produites sur les bénéfices de l'activité physique, comme celles réalisées dans le Surgeon General (U.S. Department of Health and Human Services,



Photo © Fotolia

1998) et celle du Comité scientifique de Kino-Québec (Ministère de la santé et des services sociaux), permettent d'argumenter sur les bénéfices de l'activité physique.

Mortalité - Diverses études longitudinales à grande échelle montrent qu'une activité physique régulière réduit le risque de décès prématuré en ce sens que le taux de mortalité des personnes actives est inférieur à celui des personnes sédentaires^{3 4}.

Maladies cardiovasculaires - Dans son rapport sur l'activité physique, le Surgeon General des États-Unis a recensé 7 études traitant de la relation entre la quantité d'activité physique pratiquée et le risque total de souffrir de maladies cardiovasculaires et 36 études portant particulièrement sur les maladies coronariennes. Globalement, ces travaux démontrent qu'il existe une relation inverse entre le niveau habituel d'activité physique et l'incidence des maladies cardiovasculaires et, plus précisément, les maladies coronariennes. Un recensement détaillé de ces études révèle que le risque de développer une maladie coronarienne est 1,8 fois plus élevé chez les sédentaires que chez les personnes les plus actives. La sédentarité est un élément déterminant dans l'éventail des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires.

Hypertension - La pratique régulière d'activités physiques retarde le développement d'une pression artérielle élevée. De plus, elle réduit la pression artérielle des personnes souffrant d'hypertension. À l'opposé, l'inactivité physique ou une faible condition physique augmente de 30 à 50 % le risque de développer une hypertension artérielle au cours des années. Une faible condition physique augmente également le risque de mourir de façon prématurée chez les hommes hypertendus.

Diabète - La pratique régulière d'activités physiques diminue le risque de développer un diabète non insulino-dépendant. L'activité physique aide à prévenir le diabète de deux façons : d'abord en augmentant la sensibilité à l'action de l'insuline dans le muscle squelettique, le tissu adipeux et le foie, puis en diminuant la sécrétion pancréatique d'insuline en réponse à un taux donné de glucose dans le sang.

L'activité physique d'une intensité faible ou modérée semble suffisante pour réduire le risque de développer la maladie, mais également pour accroître substantiellement l'action physiologique de l'insuline sur la glycémie. Le facteur le plus important semble être la régularité des séances d'activité physique. Du fait que les effets favorables d'une activité physique durent au plus 48 heures, il est recommandé de pratiquer une forme d'activité physique au moins tous les deux jours afin de maintenir une bonne sensibilité des tissus à l'action de l'insuline.

Obésité - L'obésité constitue un important problème de santé publique. Elle joue un rôle dans l'apparition du diabète et augmente les risques de souffrir de maladies cardiovasculaires, d'h-

3 U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health. A Report of the Surgeon General, Atlanta, Georgie, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1998.

4 Secrétariat au loisir et au sport, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé. Avis du Comité scientifique Kino-Québec, 1999.

pertension, de certains cancers et d'arthrose ou de mourir de façon prématurée.

L'activité physique apparaît comme un excellent moyen d'augmenter la dépense énergétique quotidienne et contribue, de ce fait, au maintien d'un poids stable. En conséquence, **les personnes actives ont moins tendance à prendre du poids et à devenir obèses avec les années.** Chez les personnes ayant un surplus pondéral, la perte de poids est proportionnelle à la quantité totale d'activité physique et au nombre de kilocalories dépensées. **La fréquence et la durée des séances, de même que la durée du programme d'activité physique, s'avèrent plus importantes que leur intensité.** De fait, il faut miser sur la constance et la régularité afin d'influer sur le poids de façon notable. Pour obtenir des pertes de poids importantes, il faut être prêt à persévérer et à modifier ses habitudes sur le plan de l'activité physique d'une façon permanente. De plus, on constate que le maintien d'une perte de poids importante chez les ex-obèses est plus facile si ceux-ci sont physiquement actifs.

Dyslipidémies et facteurs de coagulation - L'activité physique modifie favorablement le profil sanguin des lipides et des lipoprotéines. La pratique régulière d'une activité physique est associée à **de plus hauts niveaux plasmatiques de lipoprotéines de haute densité (HDL).** Les concentrations de ces lipoprotéines « protectrices » contre les maladies coronariennes augmentent généralement de 5 % à 10 % chez les personnes qui deviennent physiquement actives, des effets encore plus notables étant souvent observés chez celles qui, en plus, perdent du poids ^{5 6}.

Cancer - L'idée selon laquelle une activité physique régulière est profitable à la santé en général n'est pas neuve. On avance aussi depuis quelque temps, l'hypothèse d'une relation indirecte entre l'activité physique et le risque de cancer, étant donné le rôle important joué par la pratique d'une activité physique régulière dans la prévention de l'obésité.

Ce qui est relativement nouveau en revanche, c'est la prise de conscience que le niveau d'activité en lui-même est directement lié au risque de cancer. Les cancers du côlon et du sein nous offrent actuellement les meilleurs éléments de preuve à cet égard. Ces preuves sont un peu moins solides en ce qui concerne le cancer de l'endomètre. Concernant le cancer de la prostate et du poumon, en raison d'une recherche moins consistante dans ces domaines, les liens

avec ces cancers sont toujours qualifiés de « possibles ». (Source : American Institute for Cancer Research, www.aicr.org/activity).

Bienfaits pour la santé mentale

Les effets bénéfiques sur la santé mentale (dépression, anxiété, qualité de vie perçue) sont relativement peu développés pour des raisons d'incertitudes relatives à la variabilité de la « dose-réponse » (activité physique - bénéfices pour la santé mentale). Des effets bénéfiques de l'activité physique ont été enregistrés sur la réduction ou le traitement des symptômes dépressifs et d'anxiété comme sur l'amélioration générale de l'humeur. L'activité physique semble améliorer le bien-être psychologique de manière générale. Pour les personnes avec des problèmes de santé, l'activité physique semble améliorer aussi leur aptitude à réaliser des tâches de la vie courante ⁴. Concernant les effets de l'activité physique sur le bien-être psychologique, plusieurs études soulignent l'action favorable résultant d'exercices aérobiques d'intensité modérée durant 15 à 60 minutes par jour. Comme ces effets sur la santé mentale (amélioration de l'humeur, bien-être général, aptitude à accomplir des tâches de la vie quotidienne, qualité de vie) sont des bienfaits très universels auxquels aspirent la plupart d'entre nous, ils peuvent contribuer de manière considérable aux messages d'éducation à la santé.

Quels sont les risques et dangers d'une activité physique pour la santé ?

Le risque d'accidents s'accroît suivant le niveau de pratique, du non sportif au sportif avec pratique intense (plus de 500 heures par an) : douleurs intenses (tendinites...), traumatismes déclarés, arrêts de travail, hospitalisations. L'apparition de lésions sportives est proportionnelle à l'intensité, la fréquence et la durée de la pratique sportive. Les lésions et blessures surviennent principalement dans le cadre de la pratique intensive d'un sport de compétition. Une activité physique journalière comporte très peu de risques. Les avantages que représente une activité physique accrue pour l'individu et la santé publique compensent le risque – certes limité – de lésions susceptibles d'en découler. Il est bien entendu conseillé aux personnes qui sont restées longtemps inactives et qui veulent se lancer dans la pratique d'un sport, de consulter un médecin et de gravir progressivement les échelons en fonction de leur niveau.

Recommandations générales

Recommandations pour les adultes

Des progrès considérables sur le plan de la prévention de plusieurs maladies courantes et de la mortalité prématurée seraient enregistrés si

un pourcentage élevé de la population sédentaire ou peu active changeait son mode de vie afin d'y incorporer une activité physique modérée mais régulière. (Kino-Québec - Avis du Comité scientifique).

En 1995, l'American College of Sports Medicine et les Centers for Disease Control and Prevention ont publié des recommandations nationales en matière d'activité physique et de santé publique. Le Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation de l'American Heart Association a avalisé et soutenu ces recommandations. En 2007, une actualisation de ces recommandations a permis de clarifier les points relatifs aux types et à la quantité d'activité physique nécessaires aux adultes en bonne santé pour améliorer leur santé et l'entretenir.

Afin de promouvoir et entretenir leur état de santé, tous les adultes en bonne santé et âgés entre 18 et 65 ans doivent s'adonner à une activité physique aérobique (endurance) d'intensité modérée, d'une durée minimale de 30 minutes par jour, à raison de cinq jours par semaine, ou à une activité physique aérobique vigoureuse de minimum 20 minutes par jour, à raison de trois jours par semaine. Les deux types d'activité (modérée et vigoureuse) peuvent être combinés afin de satisfaire à cette recommandation.

Une activité aérobique modérée équivaut généralement à marcher d'un pas soutenu et donne lieu à une accélération notable du rythme cardiaque. Le minimum de 30 minutes d'activité par jour peut être atteint en accumulant des séances de 10 minutes (ou plus) chacune.

Un exemple d'activité physique vigoureuse est le jogging et engendre une respiration rapide et une hausse substantielle du rythme cardiaque. Chaque adulte devrait également pratiquer, au moins deux fois par semaine, des activités permettant d'entretenir ou d'accroître leur force musculaire et leur endurance.

Étant donné la relation dose-réponse entre activité physique et santé, les personnes qui souhaitent continuer à améliorer leur état de forme personnel, réduire le risque de maladies et invalidités chroniques ou prévenir la prise de poids néfaste, peuvent être avantagées en s'adonnant à des exercices supplémentaires qui les aideront à aller au-delà du niveau d'activité physique minimum recommandé.

La meilleure façon de « bouger » sainement ne se limite pas à la pratique d'un sport, mais consiste également à intégrer l'activité physique dans son quotidien, par exemple se rendre à vélo à l'école ou au bureau, aller à pied au supermarché, préférer les escaliers à l'ascenseur ou à l'escalator.

Recommandations pour les jeunes

En 1998, en Grande-Bretagne, la Health Education Authority (HEA) a émis des recommandations qui

5 4. Askell, W. L., I.-M. Lee, R. R. Pate, K. E. Powell, S. N. Blair, B. A. Franklin, C. A. Macera, G. W. Heath, P. D. Thompson, and A. Bauman. Physical Activity and Public Health : Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med. Sci. Sports Exerc., Vol. 39, No.8, pp. 1423-1434, 2007.

6 Geneste C et coll. Activités sportives et état de santé déclaré. Santé publique 1998.

Mémento

Un minimum de 30 minutes d'activité physique modérée 5 jours par semaine (mode de vie actif)

ou

Un minimum de 20 minutes d'activité physique aérobique intense, 3 jours par semaine (pratique sportive)

Consacrer **au moins 30 minutes** par jour à des activités physiques modérées. Cette durée doit être augmentée à **60 minutes si l'activité physique est de faible intensité** (marche lente) ou si elle est pratiquée irrégulièrement (moins de 5 jours par semaine).

Le temps actif total d'activité physique peut

être atteint en accumulant des périodes d'activité physique d'au moins 10 minutes. Toute augmentation de la dépense énergétique associée à l'activité physique est susceptible d'avoir des retombées favorables sur la santé.

Maintenir la **régularité** dans la pratique d'activités physiques tout au long de l'année. Les personnes sédentaires qui sont dans cet état depuis plusieurs années doivent **débuter lentement et augmenter progressivement** leur dépense énergétique quotidienne.

toutes les catégories d'âge à intégrer la pratique d'une activité physique dans leur quotidien.

Les garçons et les hommes sont plus actifs que les filles et les femmes. À partir de 10 ans, les filles sont considérées comme un important groupe à risque. Il nous faut par conséquent accorder **une attention particulière aux filles et aux femmes**.

Le risque de sédentarité est plus grand chez les gens ayant un **niveau d'éducation peu élevé** et issus de milieux sociaux modestes. Ces groupes à risque doivent également être pris spécifiquement en compte dans le cadre des actions de promotion d'une activité physique. De plus, on suppose qu'il existe un lien entre un statut socio-économique (SSE) modeste, un degré d'urbanisation plus élevé et certaines régions spécifiques. Les projets régionaux jouent ici un rôle important.

mettaient l'accent sur la participation à une activité physique d'intensité modérée d'une heure par jour. Ces recommandations avaient pour but de prendre en considération les modes de vie des jeunes d'aujourd'hui et leurs habitudes en matière d'activité physique.

En Belgique, le groupe HEPA a repris cette directive, en conseillant également aux jeunes de bouger de manière plus intensive, deux fois par semaine, de façon à faire progresser ou entretenir leur niveau de condition physique.

Déterminants et stratégies générales d'intervention

Préalablement à la mise au point de toute intervention, il est important d'examiner quels sont les principaux déterminants de l'activité physique (voir tableau de synthèse). Dès que nous saurons pourquoi les gens sont physiquement (in)actifs, nous serons en mesure d'agir sur ces facteurs pour augmenter l'activité physique.

Facteurs démographiques et biologiques

Toutes les études montrent que l'activité physique diminue avec l'âge. On observe la plus forte baisse chez les adolescents.

Les interventions doivent être axées entre autres sur cette période qu'est **l'adolescence**. La plupart du temps, les jeunes enfants ont une activité physique suffisante. Nous savons aussi que les **jeunes enfants inactifs** conserveront fort probablement cette inactivité à l'âge adulte. Il est dès lors important de se concentrer sur ces enfants inactifs. D'un autre côté, nous ne devons pas partir du principe que tous les enfants et adolescents actifs deviendront automatiquement des adultes actifs. Les activités de promotion ne doivent donc pas se focaliser sur les seuls enfants et adolescents.

En effet, il est aussi nécessaire d'encourager un **style de vie actif** chez les adultes qui en ont besoin. En d'autres termes, il faut encourager

Facteurs individuels

Bon nombre d'études réalisées dans le passé ont démontré qu'il ne suffit pas d'« enseigner » aux gens la relation entre comportement et santé. Si on sait que pratiquer une activité physique est bon pour la santé, ce n'est pas pour autant qu'on va le faire.

Nous devons néanmoins être conscients du fait qu'une certaine **connaissance de base** s'impose. Il ressort de plusieurs études belges que la norme actuellement en vigueur en matière d'activité physique est peu connue dans notre pays. Une première stratégie pourrait dès lors consister à :

- **faire connaître à la population** ladite norme actuelle, notamment 30 minutes d'activité physique modérée chaque jour, ceci afin de dissiper un malentendu selon lequel seule une activité sportive intensive peut avoir un effet positif sur la santé physique et mentale ;

Déterminants	Stratégies générales d'intervention
Facteurs démographiques et biologiques	Actions vers
Âge	Enfants, adolescents, adultes, seniors
Sexe	Jeunes filles et femmes
Niveau de formation/statut socio-économique	Catégories socio-économiques défavorisées
Région/urbanisation	Zones géographiques prioritaires
Facteurs individuels	
Connaissances dans le domaine de la santé et de l'activité physique	Adaptation des messages sport/activité physique
Obstacles perçus (manque de temps, pas sportif, santé déficiente)	Gestion du temps (travail, loisirs), qualité de vie
Avantages perçus (plaisir, contact social, santé)	Accent sur les avantages et le plaisir
Efficacité personnelle	Mode de vie actif, objectifs réalisables
Facteurs sociaux et culturels	
Appui social de la part d'amis, collègues, conjoint(e), famille, staff, instructeur, décideurs locaux	Mobilisation de l'appui social. Recherche d'un compagnon pour la pratique d'un sport / d'une activité
Facteurs physiques environnementaux	
Accès aux équipements	Politique (sports et mobilité) de la ville et des régions (urbanisme, sécurisation des espaces)
Accessibilité à pied / à vélo	Promotion et information sur la mobilité lente (marche, vélo...)



Photo © Fotolia

- faire clairement comprendre que **toutes les formes d'activité physique** sont bonnes pour la santé (se promener, faire du vélo, prendre l'escalier, etc.) et qu'une intensification progressive des activités procure un effet bénéfique supplémentaire pour la santé.

La motivation (interne) de rester actif tout au long de sa vie est favorisée par le fait de sensibiliser les gens aux **bienfaits** qu'apporte l'activité physique (plaisir, contacts sociaux, meilleure santé) et d'éliminer la perception des **obstacles** qui rendent difficile la pratique d'une activité physique (accrue) comme par exemple le manque de temps, l'idée de penser qu'on n'est pas sportif, les problèmes de santé... Les gens doivent se dire qu'ils sont capables d'être physiquement actifs et qu'ils peuvent tenir le coup (« self-efficacy »).

En faisant la promotion d'un **mode de vie actif** qui intègre l'activité physique dans le quotidien de la personne, il sera plus facile pour cette dernière de trouver le temps pour s'adonner aux joies de l'activité physique. En outre, il ne faut pas nécessairement être très sportif, et les gens dont la santé est moins bonne ou les personnes plus âgées peuvent également pratiquer des activités tels que se promener, rouler à vélo, monter les escaliers, travailler dans le jardin... (éliminer les obstacles).

Il est important d'opter pour une activité que l'on aime faire, qui permet de rencontrer d'autres gens ou d'être avec des amis/la famille si on le désire, et de comprendre l'importance que représente l'activité physique pour sa santé à court et à moyen terme (insister sur les avantages).

Si les gens optent pour un mode de vie actif et choisissent des activités qu'ils aiment faire, ils persévéreront et seront confiants quant au fait qu'ils sont en mesure de rester actifs. Pour les jeunes, cela signifie par exemple qu'à côté du

sport de compétition dans les clubs actuels, il doit également être possible à chacun et chacune, à son niveau, de prendre part à une activité sportive de loisir.

Facteurs sociaux

Les facteurs sociaux jouent aussi un rôle important dans la pratique d'une activité sportive. Il y aura lieu de penser à

- améliorer le **soutien social** de l'activité physique : dans le cas des jeunes enfants, il faudra surtout encourager les parents. Il convient d'organiser des projets parents-enfants axés sur la pratique (« comment faire pour... »), en mettant l'accent sur la composante familiale. Dans le cas des enfants plus âgés, un rôle important est réservé aux amis, frères et sœurs, « petit(e)s ami(e)s », partenaires et collègues ;
- encourager la recherche d'un(e) partenaire pour **pratiquer ensemble une activité physique** ou un sport, étant donné qu'il est apparu que ce partenaire peut constituer un soutien social considérable.

Facteurs environnementaux

Les interventions individuelles doivent s'accompagner d'interventions orientées sur les changements d'environnement afin d'accroître les possibilités d'induire un changement de comportement réel.

La disponibilité et l'accessibilité de structures (sportives) aident à déterminer dans quelle mesure jeunes et adultes s'adonneront à une activité sportive (piscine, hall sportif...). La présence d'espaces ouverts, plaines, culs-de-sac, prairies... ont également un impact non négligeable sur l'activité physique des enfants et adolescents.

Dans le contexte scolaire et professionnel, l'environnement est un facteur déterminant de l'ac-

tivité physique : des structures sont-elles prévues ? Les écoles doivent veiller à dispenser suffisamment d'heures d'éducation physique, de préférence 3 à 4 heures par semaine. Ces cours d'éducation physique doivent être actifs et amusants pour les enfants, de sorte à les amener à adopter un mode de vie actif tout au long de leur vie.

Il convient donc d'organiser, autant que possible, des activités extra-scolaires dans le but de consolider un style de vie actif à partir du principe de l'apprentissage par la pratique (« learning by doing »), et de créer et concevoir les conditions dans et autour de l'école propices à toutes formes d'activités physiques amusantes et informelles destinées aux jeunes et basées sur les jeux avec ballons, rollers et vélos.

Des études récentes ont démontré l'importance des facteurs environnementaux dans la pratique d'une activité physique peu intensive ou modérée. Que ce soit pour se déplacer ou à titre récréatif, il est toujours plus facile de se promener ou de rouler à vélo si l'environnement s'y prête (« walkability »).

Les personnes qui vivent dans des quartiers à forte densité de population, à proximité de transports en commun, et qui peuvent faire leurs courses au magasin du coin... auront plus l'occasion d'opter pour la marche à pied ou le vélo comme mode de déplacement que les personnes vivant éloignées de ce type d'infrastructure. D'autres facteurs qui déterminent le choix de la marche à pied ou du vélo comme moyen de transport sont la mise à disposition de trottoirs et pistes cyclables, sûrs, attrayants et où la circulation n'est pas trop dense.

Les mesures prises par les autorités locales en matière d'urbanisme occupent une place cruciale dans la lutte contre la sédentarité ; il importe notamment de veiller à ce que les terrains de sport soient situés à proximité des zones résidentielles, de s'assurer que les routes soient sûres, que les rues soient accessibles aux piétons, que les espaces verts et autres soient ouverts au public et propres... Dans le cadre de l'évolution vers une plus grande individualisation des activités sportives de loisir, une promenade revigorante, la pratique du jogging de façon modérée, du patin (roller), du vélo, etc., dépendent de plus en plus du respect de ces conditions d'environnement et de la qualité des lieux, si l'on veut faire en sorte que la pratique d'une activité physique « au coin de la rue » puisse conserver tout son attrait.

D'un point de vue général, nous pouvons conclure que les interventions environnementales sont nécessaires si nous voulons que la population adopte un style de vie plus actif sur le plan physique. Les responsables de la gestion de nos environnements quotidiens (écoles, lieux de travail, espaces publics, environnement urbain...) ont par conséquent un rôle très important à jouer dans le

changement de comportement physique de la population belge. Leurs projets doivent tenir compte des éventuels obstacles et opportunités rencontrés par quiconque souhaite être physiquement plus actif en journée. Dans le cas contraire, le changement des attitudes au niveau individuel n'aura que peu ou pas d'impact et les initiatives consenties en termes d'éducation pour la santé et de promotion afin d'atteindre ce but seront perçues comme peu cohérentes.

Ilse De Bourdeaudhuij (Universiteit van Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Department of Movement and Sport Sciences), **Pierre Bizel** (Province de Hainaut, Observatoire de la santé du Hainaut, secteur Education Santé)
Texte reproduit avec l'aimable autorisation du Service public fédéral santé publique, qui gère le Plan national nutrition santé.
Site : www.monplannutrition.be

Principales références

U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health. A Report of the Surgeon General, Atlanta, Georgie, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1998.

Secrétariat au loisir et au sport, Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé. Avis du Comité scientifique Kino-Quebec, 1999.

Eurodiet. Nutrition & Diet for Healthy Lifestyles in Europe : the EURODIET Evidence. Public Health Nutrition Vol 4. 2(A) and 2(B), 2001.

Organisation mondiale de la santé, Rapport sur la santé dans le monde, Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève, 2002.



Photo © Fotolia

World Health Organisation, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO Expert consultation. WHO Technical Report Series N° 916. WHO Geneva, 2003.

OPPERT J.M., SIMON Ch., RIVIERE D., GUEZENEC Ch Y., Activité physique et santé, Arguments scientifiques, pistes pratiques, Ministère de la santé et des solidarités, Société Française de Nutrition, Plan National Nutrition Santé, France, 2004.

HASKELL, W. L., I.-M. LEE, R. R. PATE, K. E. POWELL, S. N. BLAIR, B. A. FRANKLIN, C. A. MACERA, G. W. HEATH, P. D. THOMPSON, and A. BAUMAN. Physical Activity and Public Health : Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med. Sci. Sports Exerc., Vol. 39, No. 8, pp. 1423-1434, 2007.

Dix ans d'observation des comportements alimentaires des jeunes en Hainaut

Un peu d'histoire

En 1997, grâce au programme européen Interreg II, une enquête transfrontalière sur la santé des jeunes était réalisée dans la province du Hainaut et le département de l'Aisne. Cette enquête a permis de mettre en évidence l'importance du problème de l'excès de poids dans la population des 10-16 ans grâce à des mesures effectuées dans des conditions standardisées. L'enquête a aussi montré la présence non négligeable d'autres facteurs de risque pour les mala-

dies cardio-vasculaires et d'autres maladies chroniques, facteurs tant comportementaux (sédentarité, alimentation, consommation d'alcool ou tabac) que biologiques (cholestérol) ou biométriques (hypertension artérielle).

Enfin, il est apparu de façon non équivoque que les inégalités de santé mesurées pour ces différents facteurs s'installent très tôt. Dans le décours de cette enquête, une collaboration fructueuse a été mise en place entre l'Observatoire de santé du Hainaut (OSH) et les centres de santé sco-

laire de l'ensemble des réseaux d'enseignement (centres PSE et PMS). Grâce à un réseau international pour la santé du cœur, les résultats du Hainaut de 1997 ont aussi pu être comparés à ceux de 3 autres régions outre le département de l'Aisne : le canton de Vaud (Suisse), le Québec et la région de Sousse (Tunisie).

Devant l'ampleur des phénomènes observés, l'OSH a souhaité poursuivre la surveillance épidémiologique. En collaboration avec une dizaine de centres de santé scolaire partenaires, un

réseau des centres de santé scolaire vigies a été mis sur pied. L'idée était de réaliser des enquêtes périodiques sur les comportements de santé, couplées à des mesures objectives lors des visites médicales obligatoires en 6^e primaire, 2^e secondaire et 4^e 5^e secondaire.

Un quota de 400 élèves par groupe d'âge est interrogé, pesé et mesuré. L'échantillon est représentatif de la population (sexe, filières scolaires, réseaux d'enseignement et arrondissements de scolarisation). La possibilité de coupler les mesures objectives aux déclarations sur les comportements en répétant l'opération tous les ans ou tous les deux ans est unique à ce jour en Communauté française.

A côté des données de surveillance épidémiologique, chaque enquête fait l'objet d'une recherche thématique dont les résultats sont destinés à alimenter les activités de promotion de la santé. Ainsi, des enquêtes dont le thème de recherche était les assuétudes, le bien-être, la vie affective, la santé buccodentaire, l'asthme et les allergies ont déjà été menées. Cette année, le thème de recherche porte sur la consommation d'alcool et les représentations liées à cette consommation.

Ce qui nous pousse à réaliser une surveillance continue de la santé

L'épidémie d'obésité et d'excès de poids est alarmante. L'excès de poids constitue en soi un facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires et pour d'autres types d'affections chroniques (diabète, cancer, affections ostéoarticulaires, estime de soi et dépression etc.)

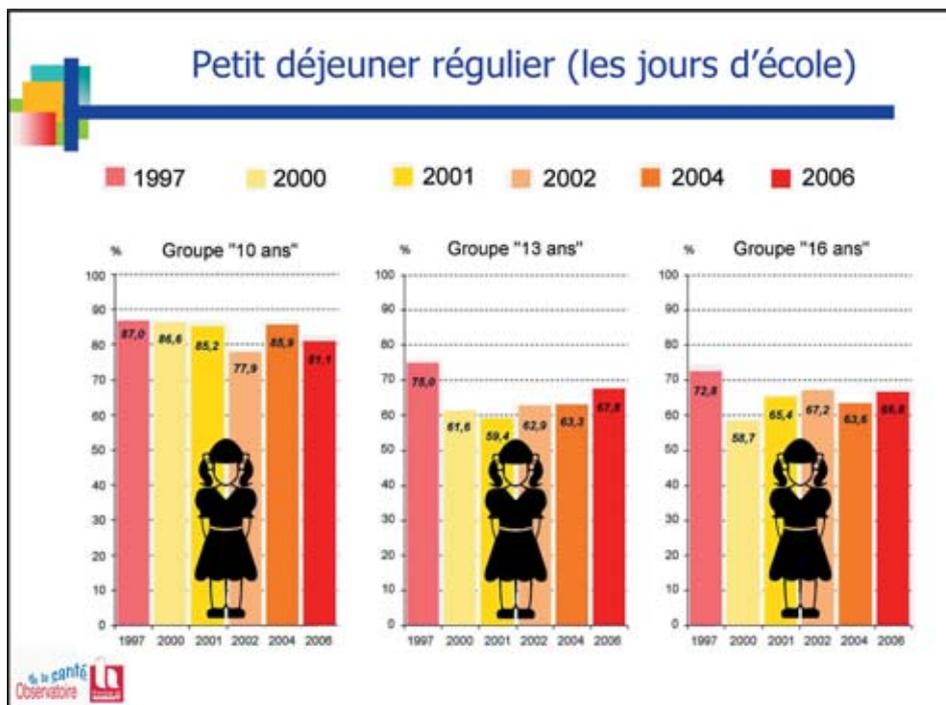
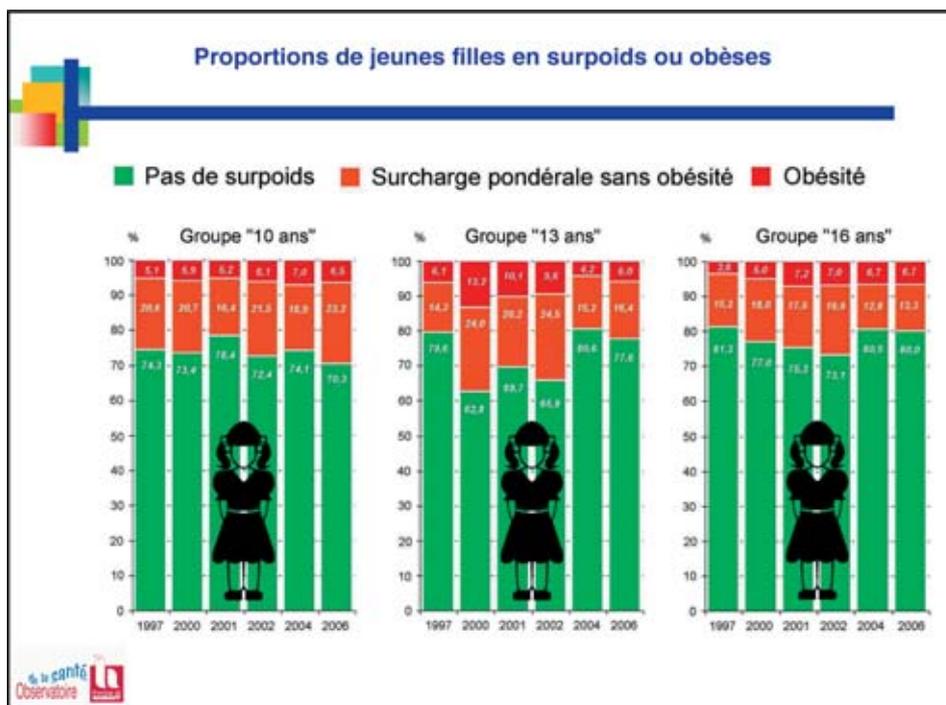
L'excès de poids est la pointe visible d'un iceberg. D'autres facteurs de risque comme l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie sont également présents dès le plus jeune âge. Et c'est aussi dès le plus jeune âge que les comportements défavorables à la santé (alimentation de mauvaise qualité, activité physique insuffisante, consommations excessives de produits comme le tabac, l'alcool ou les autres substances psycho-actives) commencent à produire leurs effets.

L'ensemble des facteurs de risque pour la santé ne sont pas distribués aléatoirement dans la population : il existe un gradient socio-économique défavorable. Les inégalités sociales de santé sont déjà présentes chez les enfants.

En luttant contre les inégalités sociales et en améliorant les comportements alimentaires, en augmentant la pratique de l'activité physique et en réduisant la consommation de produits nocifs, on agit sur les facteurs de risque de la plupart des maladies chroniques.

Les résultats

L'épidémie d'excès de poids semble se stabiliser peu à peu mais à un niveau qui reste inac-



ceptable. En effet, entre 1997 et 2006, on n'observe quasi pas d'augmentation de la proportion des jeunes touchés par ce fléau. Globalement, un quart des jeunes souffre d'excès de poids et parmi eux, environ un quart à un tiers présente une obésité franche.

Après une aggravation des comportements non favorables à la santé depuis 1997, on voit une stabilisation voire une amélioration progressive de la qualité de l'alimentation.

Cependant, 15 % des jeunes de 10 ans, 25 % des jeunes de 13 ans et près de 30 % des jeunes de 16 ans ne prennent toujours pas de petit déjeuner, compromettant par là même leurs

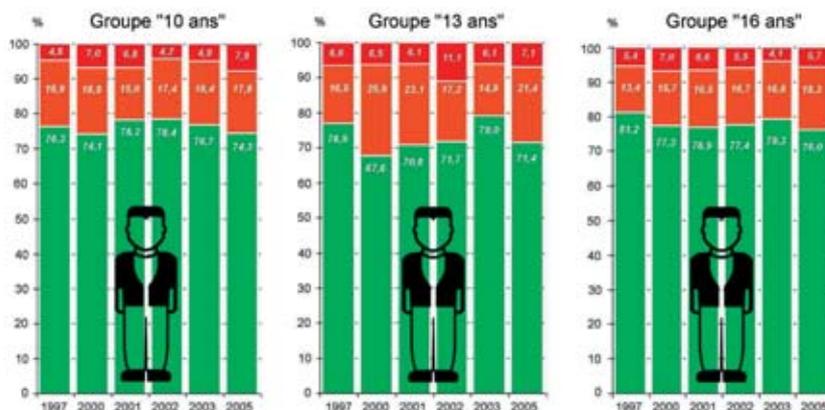
rythmes alimentaires pour toute la journée. Les jeunes qui ne prennent pas de petit déjeuner sont aussi plus nombreux que les autres à ne pas prendre de goûter et à consommer des produits sucrés et gras à toutes les pauses et ce, d'autant plus qu'ils peuvent s'approvisionner dans leur environnement immédiat.

La consommation de fruits et légumes, qui constitue un des indicateurs les plus valides de la qualité de l'alimentation, connaît un sursaut favorable. Toutefois en 2005, seuls 4 garçons sur 10 et 5 filles sur 10 déclaraient consommer des légumes au moins six fois par semaine. Pour les fruits, après un sursaut en 2004 peut-être

Proportions de jeunes garçons en surpoids ou obèses



■ Pas de surpoids ■ Surcharge pondérale sans obésité ■ Obésité

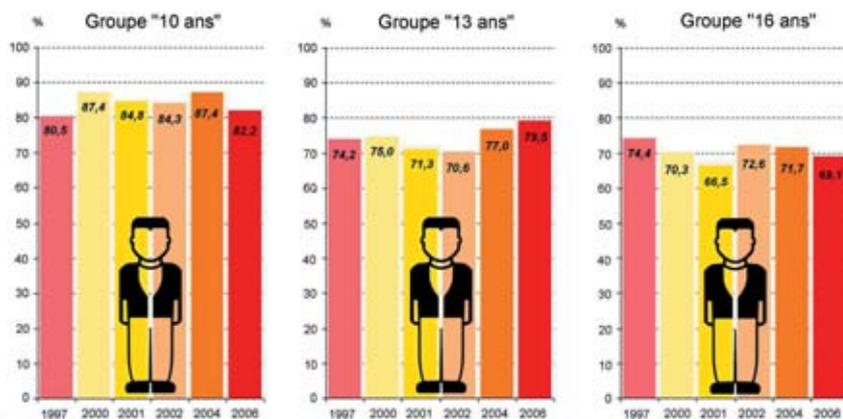


de la santé
Observatoire

Petit déjeuner régulier (les jours d'école)



■ 1997 ■ 2000 ■ 2001 ■ 2002 ■ 2004 ■ 2006



de la santé
Observatoire

en partie lié à une méthode d'enquête un peu différente, les chiffres sont encore moins favorables puisque seuls 3 garçons sur 10 et 4 filles sur 10 ont déclaré manger un fruit frais au moins six fois par semaine. Rappelons que les recommandations du PNNS sont de consommer chaque jour 5 portions de fruits et légumes, on est donc ici très loin du compte.

Parmi les jeunes qui prennent des sodas chaque jour, la moitié seulement déclare boire de l'eau chaque jour.

La sédentarité quant à elle continue à s'aggraver. Trois quarts des jeunes de 10 ans regardent la télévision au moins deux fois par jour (le matin et le soir, l'après quatre-heure et le soir...) sans compter les heures passées devant les consoles de jeux ou les GSM.

La consommation de tabac par contre a nettement diminué. Elle résulte d'un ensemble combiné d'efforts portant sur plusieurs tableaux : éducation à la santé bien sûr mais aussi législation sur le tabac et augmentation des prix. Cette approche multifactorielle a été essentielle dans les progrès observés.

Cette conjonction d'efforts n'existe pas encore vraiment dans le champ de l'alimentation où les jeunes sont soumis à des tentations énormes en totale contradiction avec les recommandations de santé publique.

Enfin, notons que par rapport à l'ensemble des symptômes observés et des comportements de santé défavorables, le gradient socio-économique défavorable persiste.

Luc Berghmans et Véronique Tellier,
Observatoire de la Santé du Hainaut
Adresse des auteurs : Observatoire de la Santé du Hainaut, rue St Antoine 1, 7021 Havré
Tél.: 065 87 96 00. Fax : 065 87 96 79.
Cet article a fait l'objet d'une présentation à l'occasion de la journée 'Manger et bouger à l'école' qui s'est tenue à Bruxelles le 30 janvier 2008.

Les recommandations au quotidien pour une alimentation saine des élèves

Pour tous

- Prendre un vrai petit déjeuner, avec le moins de sucre raffiné possible;
- Goûter pour éviter les fringales de 18h;
- Boire de l'eau : 5 moments d'hydratation par jour, par exemple avant de sortir en récréation;
- Eviter la consommation de calories vides (sans autre apport nutritif) surtout sous forme liquide;
- Consommer fruits et légumes;

- Consommer des fruits secs pour emporter des omégas 3;
- Apprendre le respect de la différence : les quolibets et remarques sont les plus grands facteurs de risque de développer une vraie obésité ou des troubles du comportement alimentaire de type anorexie ou boulimie;
- Stimuler les partenariats : écoles, parents, associations...

Pour les plus jeunes

- Mettre en lien l'offre alimentaire à l'école

et le contenu de l'éducation nutritionnelle : eau de distribution disponible facilement, pas de vente ou de distribution de produits gras et/ou sucrés;

- Lutter contre la sédentarité : garderies actives.

Pour les aînés

- Insister sur le petit déjeuner;
- Repérer les jeunes qui sautent des repas, qui sont en souffrance avec leur poids;
- Se rappeler que bière et alcool sont des grands pourvoyeurs de calories.

Les inégalités socio-économiques de santé

A l'occasion du 3^e Colloque international des programmes locaux et régionaux de santé, qui s'est tenu à Mons en avril dernier, Michel Roland, médecin généraliste à la Maison Médicale Santé Plurielle (Saint-Gilles à Bruxelles), a montré les relations qui existent entre les inégalités socio-économiques et l'état de santé des individus, tout en apportant des éléments d'explication susceptibles de nous donner des pistes de réflexion.

Se situant dans le domaine des soins curatifs et individuels, avec une approche relationnelle importante du patient, le D^r Michel Roland témoigne aussi d'une volonté d'approche collective en politique de la santé. « Mon exposé est un exemple de ce genre d'approche car il part des individus et de leurs maladies prises l'une après l'autre, explique le généraliste. Si on s'élève au-dessus des cas individuels et que l'on se place d'un point de vue collectif et de santé publique, on se rend compte que ce n'est pas un hasard si Monsieur X souffre de telle maladie et Madame Y de telle autre dans les conditions socio-économiques belges actuelles. Cela signifie qu'il existe des déterminants non-médicaux de la santé. »

Parmi ces déterminants, les inégalités sociales entraînent des inégalités de santé. « Les plus défavorisés seront toujours les plus malades et mourront plus vite. Aussi retrouve-t-on certaines maladies parmi les populations défavorisées, comme par exemple la tuberculose qui connaît une nette recrudescence parmi les populations immunodéprimées ou paupérisées. »

Et pourtant, souligne Michel Roland, « la population des pays industrialisés n'a jamais été en aussi 'bonne santé': les maladies infectieuses qui, il y a 100 ans étaient une cause majeure de mortalité, sont aujourd'hui sous contrôle. A l'exception du sida et de l'apparition d'affections nouvelles tel le SARS (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère), ou de la persistance d'affections anciennes, comme la tuberculose, les maladies infectieuses ne sont plus considérées chez nous comme dangereuses en terme de santé publique. »

Dans le même sens, l'accroissement de l'espérance de vie au cours de la dernière décennie s'est confirmé dans tous les pays européens. « Mais les différentes classes sociales ne bénéficient pas, dans une même mesure, des avancées globales en matière de santé et d'espérance de vie », analyse Michel Roland. En effet, les personnes issues des classes socio-économiques élevées – possédant un diplôme d'études supérieures, ayant un revenu élevé et vivant dans des quartiers prospères – vivent plus longtemps et sont en meilleure santé que les personnes

appartenant aux classes socio-économiques basses. « Les inégalités socio-économiques de santé ne se résument cependant pas à une simple différence entre la classe la plus haute et la classe la plus basse. Il a effectivement été démontré que l'état de santé connaît une gradation : à chaque fois qu'un individu gravit un échelon de l'échelle sociale, il réduit son risque de maladie et de mort prématurée. »

Mortalité, espérance de vie et risques de décès

La différence de mortalité selon la profession, les revenus ou le niveau d'éducation constitue un phénomène général dans les pays industrialisés. « Quels que soient le pays, les méthodes ou les outils de recherche utilisés, il est prouvé que les personnes issues d'une strate sociale moins privilégiée ont une espérance de vie moindre que celles issues des strates plus privilégiées. »

En Belgique également les risques de décès, des hommes comme des femmes, dépendent de leur niveau d'éducation, de leur statut professionnel et de la qualité de leur logement. Ainsi, relève Michel Roland, « l'espérance de vie d'un homme de 25 ans sans diplôme est inférieure de 5,5 années à celle d'un homme du même âge titulaire d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type long. A l'âge de 45 ans, la différence entre ces deux catégories a un peu diminué à 4,4 ans. Parmi les femmes de 25 ans, l'espérance de vie de celles qui ne possèdent pas de diplôme est inférieure de 3,5 ans par rapport aux femmes diplômées. A 45 ans, cette différence est encore de 3,1 ans. »

En ce qui concerne le risque de décès, le fossé socio-économique se réduit progressivement au fil des classes d'âge. Cela montre que la différence de risque de décès entre les classes socio-économiques hautes et basses se réduit au fur et à mesure que l'âge des individus augmente. « Ceci dit, une différence existera toujours. A titre d'exemple, les hommes belges qui louaient un logement entre 1991 et 1995 présentaient un risque de décès plus élevé que ceux du même âge qui étaient propriétaires de leur logement. Ce risque accru de mortalité pour les personnes de statut socio-économique faible, mesuré par la location/propriété du logement diminue au fil des âges, mais reste présent dans toutes les catégories d'âge. »

La mortalité spécifique

Si les inégalités sociales en matière d'espérance de vie se retrouvent dans tous les pays d'Europe, les causes de mortalité dues à ces inégalités ne sont pas identiques dans notre continent. « En Belgique, les inégalités socio-économiques en matière de mortalité spécifique sont constatées

pour les maladies sur lesquelles la prévention a un impact important. Il s'agit notamment de la cirrhose du foie, du cancer de l'intestin, du suicide et des accidents. Par exemple, les cirrhoses du foie sont 2,13 fois plus diagnostiquées dans les quartiers socio-économiquement défavorisés que dans les quartiers plus aisés. »

A noter également que les maladies ischémiques¹, responsables de 2,7 millions de décès par an dans les pays industrialisés, apportent un tribut important aux inégalités socio-économiques en matière d'espérance de vie et de mortalité en Europe. « En Belgique, les hommes et les femmes d'âge moyen et ayant un faible niveau d'éducation courent respectivement 1,41 et 1,84 fois plus de risques de mourir d'une maladie ischémique que ceux ayant un niveau d'éducation plus élevé. »

Inégalités sociales dans le déroulement des maladies

Les inégalités socio-économiques se retrouvent également dans les chances de survie selon les types de maladies. On constate ainsi que les chances de survie après un cancer, une maladie cardiaque ou une infection VIH sont meilleures parmi les personnes qui se trouvent en haut de l'échelle sociale. « Cette différence peut, d'une part, s'expliquer par le fait que le diagnostic des maladies est posé plus tôt dans la population des classes socio-économiques aisées. D'autre part, les campagnes de prévention ne touchent pas de la même manière les différentes classes sociales : bien qu'elles s'adressent à toutes les classes de la population, elles atteignent souvent uniquement les classes les plus élevées. A cet égard, la campagne de dépistage du cancer du sein constitue un bel exemple : ce sont principalement les femmes issues des classes socio-économiques privilégiées qui réagissent aux lettres de convocation pourtant envoyées à toutes les femmes de la classe d'âge concernée (50-69 ans) en Belgique. A titre d'exemple, à l'occasion de la campagne en faveur du mammoth, le pourcentage de dépistage a augmenté de 39% chez les femmes ayant un emploi contre seulement 23% chez les femmes au chômage. »

Enfin, l'utilisation des soins de santé curatifs joue également un rôle dans les inégalités sociales de santé. « L'accès aux services de soins

¹ Ce terme désigne toutes les affections du cœur déterminées par des lésions ou un fonctionnement inefficace du muscle cardiaque, consécutives à un arrêt ou à une réduction relative de l'irrigation sanguine et généralement liées à l'athérosclérose. Ce terme s'applique aussi bien à l'angine de poitrine et à l'infarctus aigu du myocarde qu'à la maladie ischémique chronique et à la mort subite.

de santé en général et aux services spécialisés comme la chirurgie de pontage coronarien et l'angiographie en particulier comporte beaucoup plus de barrières pour les patients ayant un statut socio-économique faible que pour ceux ayant un statut élevé. »

Inégalités sociales dans l'apparition de la maladie

Les hommes âgés de 25 ans ont en moyenne une espérance de vie en bonne santé de 37,5 ans. Chez les hommes ayant un faible niveau d'éducation, l'espérance de vie en bonne santé est de 28,1 ans tandis que pour ceux possédant un diplôme de l'enseignement supérieur de type long, elle est de 45,9 ans, soit une différence énorme de 17,8 ans. Cette différence est encore plus importante, de l'ordre de 24,7 années pour les femmes âgées de 25 ans.

Les inégalités socio-économiques de santé se manifestent donc, non seulement, en termes d'années à vivre, mais également et encore plus en termes d'années à vivre en bonne santé.

La plupart des affections sont plus fréquentes parmi les classes socio-économiques faibles : maladies coronariennes, cancers liés au tabagisme, problèmes de santé psychique, diabètes de type 1, affections dentaires, lombalgies, etc. « En Belgique, l'Enquête nationale de santé par interview révèle que les personnes de faible statut socio-économique disent souffrir de plus de maladies chroniques, avoir plus de difficultés liées à un handicap de longue durée et plus de risques de handicap de courte durée. Elles ont une image moins positive de leur état de santé actuel et de leur état de santé psychique que les personnes ayant un statut socio-économique supérieur. A titre d'exemple, 60,2% des personnes issues du groupe socio-économique faible se considèrent en bonne ou en très bonne santé, alors que cette proportion est de 86,5% dans le groupe ayant le niveau d'éducation le plus élevé. De même, les personnes d'un statut inférieur rapportent en moyenne 1,71 maladie chronique contre 0,98 maladie rapportée par les personnes ayant un statut plus élevé. »

Les différences socio-économiques en terme de morbidité se manifestent aussi dès le plus jeune âge. En 1995, les enfants ayant leurs deux parents chômeurs couraient un risque 1,58 fois supérieur de naître avec un petit poids par rapport aux enfants dont au moins un des parents travaillait. Cette première catégorie d'enfants courait également 1,4 fois plus de risque de naissance prématurée. Ces deux risques s'élevaient respectivement à 1,64 et 1,33 pour les mères non mariées par rapport aux mères mariées.

Modèles explicatifs

« De nombreuses théories existent quant aux mécanismes qui sous-tendent la relation entre les inégalités sociales et les différences de statuts socio-



Photo © Isopix

économiques, poursuit Michel Roland. La compréhension de ces mécanismes représente une plus-value importante d'un point de vue pratique, notamment pour le développement d'une stratégie efficace de promotion de la santé. Deux types d'explication des différences en matière de santé, de morbidité et de mortalité peuvent être distingués : le modèle basé sur les mécanismes de mobilité sociale sélective et le modèle explicatif de la cause sociale. »

La mobilité sociale sélective

Selon ce modèle, les inégalités socio-économiques de santé naissent par une sélection en matière de santé au cours de la mobilité sociale. Cela signifie qu'elles sont liées au fait de monter ou de descendre d'une classe sur l'échelle sociale. La mobilité sociale peut se produire entre deux générations ou au sein d'une même génération. Elle peut être directe ou indirecte. Dans le cas de la **sélection directe**, la mobilité sociale est la conséquence directe d'un bon ou d'un mauvais état de santé. Les personnes souffrant d'un état de santé moins bon descendent sur l'échelle sociale tandis que celles en meilleure santé ont une mobilité sociale ascendante. Cela a pour effet une concentration de personnes présentant plus de problèmes de santé dans les catégories socio-économiques les plus faibles et, par conséquent, un risque de décès plus élevé dans ces catégories.

Dans le modèle de la **sélection indirecte**, les facteurs qui causent la mobilité sociale descendante ou ascendante influencent également l'état de santé à long terme d'un individu. Ces facteurs sont donc la cause de la mobilité sociale descendante et de la morbidité à un âge plus avancé. « Par exemple, l'attitude d'une personne face à l'avenir peut influencer sa décision de s'investir ou non dans une formation professionnelle et, par là, concourir à une mobilité sociale descendante ou ascen-

dante. De même, une attitude favorable face à l'avenir peut influencer le comportement en matière de santé (pratique de l'exercice physique, régime alimentaire, consommation de tabac ou d'alcool), ce qui se répercutera sur la santé, la morbidité et la mortalité. L'état de santé et le statut socio-économique peuvent donc être reliés via certains facteurs communautaires (déterminants) comme, par exemple, une certaine perception face à l'avenir. »

Les causalités sociales

Selon ce modèle, la situation socio-économique d'un individu influence son état de santé. Cette influence ne s'exerce pas directement mais par l'intermédiaire de divers facteurs.

Deux angles d'approche peuvent être distingués. Le premier se concentre sur les conditions de vie et est souvent appelé « facteur structurel ». Le second étudie l'influence du savoir, des attitudes, des valeurs, des comportements et du style de vie sur la santé : il est habituellement dénommé « facteur culturel ».

Comportements associés à la santé et style de vie : un choix individuel ?

Il est souvent supposé que le comportement et le style de vie d'un individu relèvent d'un choix personnel. Pourtant, précise le D^r Roland, « un comportement est aussi la résultante du contexte social dans lequel un individu a grandi et vit. Les différences de comportement ne peuvent donc pas être entièrement attribuées à un choix exercé librement mais trouvent leur origine dans le contexte social. Les habitudes alimentaires sont par exemple développées en majeure partie pendant l'enfance et l'adolescence. Ce qu'une personne mange ne dépend pas seulement de ses connaissances en matière de nourriture mais aussi de la nourriture disponible à la cantine ou de ses moyens financiers pour se procurer une nourriture saine. Il en

va de même pour l'abonnement à un club de sport qui suppose qu'il n'y ait pas d'empêchement financier ou culturel. »

Dans le même sens, les comportements qui semblent irrationnels ne sont parfois qu'un moyen permettant d'adoucir l'impact de l'environnement social. C'est par exemple le cas des personnes qui se réfugient dans l'alcool pour échapper aux problèmes quotidiens.

Michel Roland souligne encore un élément important concernant le fonctionnement et l'impact des campagnes de prévention : « Si ces campagnes tentent d'intervenir sur les connaissances, attitudes, valeurs et normes dans l'espoir de modifier les comportements, elles sont malgré tout souvent inadéquates parce qu'elles ne tiennent pas compte des conditions de vie des groupes socio-économiques les plus faibles. En conséquence, elles n'ont généralement que très peu d'influence sur ces groupes. »

Les services de soins de santé face aux inégalités socio-économiques

La recherche relative aux structures de soins de santé peut aussi bien être entreprise à travers les études qui traitent des comportements et du style de vie qu'à travers celles qui se concentrent sur les conditions de vie et les facteurs structurels. L'utilisation des services de santé présuppose toujours un certain comportement mais

dépend aussi de facteurs structurels comme l'accessibilité et la qualité des services proposés.

« De nombreuses recherches ont démontré que le statut socio-économique est lié à l'utilisation différentielle des services de soins, explique Michel Roland. En règle générale, les personnes ayant un faible statut socio-économique ont une utilisation quantitativement plus importante des services de santé. Mais si les besoins différentiels sont pris en compte, cette conclusion est moins univoque. En d'autres termes, si l'utilisation des services de soins de santé est comparée uniquement entre des individus ayant des besoins de soins comparables, la différence de l'utilisation quantitative des soins de santé en fonction de la position socio-économique n'est plus aussi marquée. Les études montrent souvent – mais pas toujours – qu'après un ajustement selon l'état de santé, les personnes de faible statut sont plus enclines à consulter un généraliste tandis que les personnes de statut élevé auront plus de contact avec les médecins spécialistes. »

En outre, même s'il n'y a pas de différence en termes quantitatifs, il peut y avoir des différences en termes de qualité des soins reçus. « Une étude fait ainsi apparaître que les médecins généralistes consacrent moins de temps à leurs patients issus des groupes socio-économiques faibles. »

De même, l'utilisation des services de santé préventive est généralement moindre dans les groupes de faible statut par rapport aux groupes

de statut socio-économique élevé. « Des chercheurs espagnols sont arrivés à la conclusion que les enfants des familles à revenus modestes ou avec un niveau d'instruction faible utilisent moins les services de santé préventifs malgré le fait que ces services soient gratuits. En Flandre, ce sont principalement les femmes ayant un haut niveau d'éducation qui bénéficient du dépistage des cancers de l'utérus. La participation aux actions de prévention du cancer du sein à Gand est faible dans les quartiers à problèmes caractérisés par un taux d'inactivité important et un haut pourcentage de bénéficiaires du CPAS. »

Des actions adaptées aux populations défavorisées

La vraie solution aux inégalités sociales de santé serait bien évidemment de les diminuer, tout simplement... « Cela exige un changement de société, ce qui relève de l'utopie », constate le D^r Roland.

Que faire alors ? « Quelles que soient les mesures prises, il faut toujours veiller à ce qu'elles s'appliquent de préférence aux populations défavorisées. Si tel n'est pas le cas, les mesures prises ne feront qu'augmenter les inégalités. Des actions spécifiques doivent donc être élaborées et appliquées de manière à toucher les personnes qui en ont le plus besoin. »

Colette Barbier

STRATÉGIE

Le Plan communautaire opérationnel (PCO) de promotion de la santé pour les années 2008-2009

Le Gouvernement de la Communauté française a arrêté le nouveau PCO le 13 juin dernier. Il remplace le précédent et produit ses effets depuis le 1^{er} janvier 2008.

Approche globale

Le Plan Communautaire Opérationnel (PCO) a pour base légale le décret du 17 juillet 2003 modifiant le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française.

Le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008, qui sert de cadre de référence au PCO, définit dix problématiques de santé prioritaires :

- prévention des assuétudes
- prévention des cancers
- prévention des maladies infectieuses (promotion de la vaccination, prévention du sida et des MST, lutte contre la tuberculose)

- prévention des traumatismes et promotion de la sécurité
- promotion de l'activité physique
- promotion de la santé bucco-dentaire
- promotion de la santé cardiovasculaire
- promotion du bien-être et de la santé mentale
- promotion de la santé de la petite enfance
- promotion d'un environnement sain.

La présente mise à jour du PCO précise des axes prioritaires au sein de ces thématiques. Ces choix sont essentiellement fondés sur l'incidence, la prévalence des problèmes de santé et leur vulnérabilité. Ils tiennent aussi compte des moyens limités dont la Communauté dispose pour déployer sa politique de santé.

Les voici :

- prévention des cancers
- programme de vaccination
- prévention du sida et des IST, éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)

- lutte contre la tuberculose
- prévention des traumatismes et promotion de la sécurité
- promotion de la santé cardiovasculaire
- stratégie en matière de santé environnementale
- dépistage néonatal de la surdité
- dépistage des maladies congénitales
- prévention des assuétudes.

Par ailleurs, plusieurs des problématiques prioritaires du Programme quinquennal 2004-2008 sont transversales et se retrouvent induites dans les thématiques priorisées par le pouvoir politique. C'est le cas de « la promotion de l'activité physique » qui joue un rôle dans la « promotion de la santé cardiovasculaire », de la « promotion du bien-être et de la santé mentale » et de la « la promotion d'un environnement sain », qui sont des conditions au développement de l'état de santé des individus et donc aussi à l'instauration

de programmes de prévention plus thématiques. La promotion de la santé de la petite enfance, outre les mesures particulières dans le PCO, est également induite dans les différents thèmes abordés puisque les enfants constituent un des publics cibles en promotion de la santé.

L'ONE, organisme de référence en Communauté française pour toutes les questions relatives à l'enfance et aux politiques de l'enfance sans préjudice d'autres dispositions légales et réglementaires, développe de nombreuses actions de promotion de la santé à l'intention des futures mères et futurs parents, des nouveau-nés et des jeunes enfants et de leurs parents. L'Office de la naissance et de l'enfance a pour missions de service public :

- l'accompagnement médico-social de l'enfant et de la future mère, dans et en relation avec son milieu familial et son environnement social;
- l'accueil de l'enfant en dehors du milieu familial.

Dans ce cadre, l'ONE met notamment en œuvre le soutien à la parentalité et la promotion de la santé. Les orientations et les modalités selon lesquelles l'ONE exerce ses missions ainsi que les moyens qui sont mis à sa disposition sont définis dans un contrat de gestion établi avec le Gouvernement de la Communauté française.

Réduction des inégalités devant la santé

Le PCO détermine des objectifs opérationnels pour des problématiques de santé prioritaires avec pour finalité d'améliorer la qualité de vie et la santé des personnes :

- en agissant sur les déterminants de la santé et en initiant un processus de santé communautaire. Les déterminants concernent les modes de vie, l'état de santé (système de soins) et l'environnement physique ou social (qui inclut les environnements administratif et institutionnel);
- en s'appuyant sur les structures et acteurs (intervenants directs ou partenaires) existants (démarche intersectorielle);
- en veillant à réduire les inégalités devant la santé et en s'appuyant sur les stratégies de promotion de la santé (participation communautaire, action sur le milieu de vie, développement des aptitudes personnelles et sociales, réorientation des services, concertation et action intersectorielles, information et formation continue).

De multiples études montrent que les personnes défavorisées (difficultés économiques, psychosociales...) sont davantage confrontées à la maladie que d'autres. Quelques très rares exceptions mises à part, les gradients sociaux de santé se retrouvent pour chaque problématique de santé, et sont visibles tant en termes de mortalité (dont par exemple l'espérance de vie) que de morbidité (santé physique mais aussi santé mentale et bien-être). Le rapport de la Fondation Roi

Baudouin publié en 2007 nous montre à quel point cette problématique reste d'actualité.

Pour comprendre l'impact négatif de la précarité socio-économique sur la santé, il est nécessaire de mieux cerner les conditions et situations de vie des personnes défavorisées. Elles sont souvent confrontées à de multiples difficultés (insalubrité des logements, pouvoir d'achat réduit, surendettement, problème d'insertion professionnelle, difficultés pour se chauffer, etc.) qui les amènent à vivre, voire à survivre, au jour le jour. Centrées sur les tracés du présent et les besoins de première nécessité, elles n'arrivent pas à se projeter positivement dans l'avenir, à penser à préserver leur capital santé ou tout simplement à être réceptives aux messages d'information en promotion de la santé. Confinées en marge de la société, elles accèdent moins aisément aux services de santé et de soins ainsi qu'à l'information et développent plus volontiers un mal-être (mauvaise estime de soi, déficit de confiance en soi, anxiété majeure quant à l'avenir de leurs enfants, etc.).

Il convient, dès lors, que les programmes de promotion de la santé tiennent compte de ces publics vulnérables. Outre ses interventions, le secteur de la promotion de la santé doit pouvoir également rendre compte de la relation entre les problèmes de santé et les situations vécues par certaines populations (problèmes socio-économiques, disqualifications sociales, discriminations sociales, culturelles, de genre, d'orientation sexuelle, privation de libertés...) qui participent à la détérioration de leur santé. Ces constats doivent aider l'ensemble des pouvoirs publics à prendre les décisions adéquates. La Communauté française a fait le choix de soutenir des programmes/projets visant au développement de la promotion de la santé et de ses 5 stratégies (Charte d'Ottawa).

Ces projets et programmes sont développés par différents types de structures et d'acteurs : services agréés en promotion de la santé y compris en médecine préventive, associations et institutions publiques et privées.

Par ailleurs, un grand nombre d'acteurs issus de secteurs très diversifiés (associations, communes, provinces...) agissent en promotion de la santé sans pour autant être financés par la Communauté française. Cette diversité et cette multiplicité témoignent de la transversalité et de la multisectorialité des interventions en promotion de la santé.

Principes d'action

Le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 détermine des principes d'action qui servent de base au plan communautaire opérationnel :

- adapter les stratégies pour faire face aux inégalités devant la santé;

- intégrer les stratégies de médecine préventive dans une approche de promotion de la santé;
- promouvoir la participation citoyenne, impliquer les populations concernées dans la conception, la réalisation et l'évaluation des actions qui les concernent;
- développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel;
- développer des procédures d'assurance de qualité;
- augmenter les compétences et les capacités d'action en promotion de la santé des relais et de la population par l'éducation permanente et la formation;
- articuler le champ de la promotion de la santé et les autres champs d'action politique.

Milieus de vie

Les milieux de vie sont les lieux où les projets de promotion de la santé peuvent s'ancrer et d'où ils peuvent émerger. C'est en effet là que les acteurs et les publics entrent en contact et en interaction dans un environnement qui se prête bien à une stratégie de promotion de la santé (l'écoute des attentes et besoins, l'échange de messages adaptés, l'appropriation des ressources, le développement de compétences individuelles et sociales et d'une participation citoyenne...).

Les milieux de vie sont également à mettre en lien direct avec la promotion d'un environnement sain. Les liens entre environnement et santé sont nombreux et il importe que l'on identifie les sources de problèmes éventuels afin d'y rendre attentifs les différents utilisateurs de ces milieux de vie et de prendre les mesures adéquates pour les pallier.

L'action dans ces milieux de vie, à l'échelon local, permet d'appuyer également les programmes de médecine préventive organisés au niveau communautaire (par exemple, le programme de dépistage du cancer du sein est décliné localement par des initiatives visant à une réflexion sur l'adaptation du message notamment).

Ces milieux de vie décrits dans le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 sont étroitement associés aux acteurs et constituent la base d'action de ce PCO.

Moyens

Certains principes sont communs à l'utilisation de l'ensemble des ressources :

- se baser sur les structures et acteurs existants et développer leurs compétences et parfois leurs moyens (en réponse à des besoins mis en évidence par une analyse de situation);
- collaborer avec les autres niveaux de pouvoir (sensibilisation, accords interministériels, partenariats...);

- combiner les ressources locales avec des dispositifs mis en place au niveau communautaire (notamment CLPS, SCPS, mandataires communaux...) afin de créer des synergies;
- encourager les partenariats public-privé dans un cadre balisé.

Pour le développement du PCO par problématique, nous renvoyons le lecteur au site de la Direction générale, où le document peut être téléchargé (www.sante.cfwb.be). Il pourra aussi consulter avec profit les nombreux articles publiés par Education Santé sur ce sujet entre juin 2007 et janvier 2008 (www.educationsante.be).

Evaluation

Afin de suivre l'évolution du Programme quinquennal de promotion de la santé et l'impact des projets, une surveillance doit progressivement être mise en place par la collaboration entre les acteurs de terrain, les CLPS, les SCPS, la DGS, les autres niveaux de pouvoir et la population. Chaque partie du programme doit contenir un aspect évaluation. Les indicateurs et outils nécessaires doivent être développés dans le cadre d'un plan d'évaluation plus élaboré et sur base des objectifs retenus dans les mois qui suivent l'adoption de ce PCO.

Un *Système d'information sanitaire* est en cours d'élaboration et devra répondre partiellement

à cet objectif de surveillance. Dans ce cadre, des initiatives conjointes sont en cours avec la Région wallonne.

Outre les données relatives à la mortalité et la morbidité, de nombreux autres types d'indicateurs existent ou sont à définir afin de donner une vision globale de la santé de la population. Ces indicateurs se situent à plusieurs niveaux : organisation centrale (Communautés, Régions, Fédéral), intermédiaire (CLPS, SCPS, programmes pluriannuels de promotion de la santé, services PSE...), population.

Ces indicateurs concernent l'évolution des comportements à risque (par exemple consommation de tabac, alcool, drogues), la perception de la santé, l'utilisation des services de santé et la satisfaction des usagers ainsi que d'autres déterminants de la santé. Ils peuvent aussi enregistrer l'évolution des pratiques professionnelles vers des standards de qualité reconnus en promotion de la santé et en médecine préventive. De plus des indicateurs de processus sont nécessaires pour suivre le niveau de réalisation effective des actions prévues dans le PCO.

Il est utile de préciser que 3 des problématiques du PCO ont déjà un certain nombre d'indicateurs :

- le programme de dépistage du cancer du sein a mis au point des indicateurs de réussite en termes de « détection », mais aussi pour éva-

luer la portée du programme et sa couverture (nombre de femmes convoquées et ayant suivi le dépistage, médecins participants, nombre d'unités agréées...);

- le programme de vaccination prévoit également de mesurer la disponibilité des vaccins, la couverture, etc.;
- la surveillance de la tuberculose donne des informations très précises tant sur la maladie que sur le dépistage.

Ces indicateurs sont à disposition de la Communauté française car ils émanent directement de projets subventionnés par la Communauté française (avec le soutien d'accords interministériels quand c'est nécessaire); dans le cas contraire, leur mise à disposition est à négocier avec les autres niveaux de pouvoir.

Par ailleurs, le troisième programme quinquennal de promotion de la santé devra aboutir d'ici la fin 2008 et sera l'occasion d'une nouvelle réflexion sur ces priorités et sur les modalités d'intervention spécifiques à la Communauté française.

Christian De Bock, d'après le texte du PCO 2008-2009

LOCALE

Charleroi - Thuin

Des médias locaux pour la santé, parlons-en!

Dans la société d'aujourd'hui, les différents médias sont devenus des sources incontournables et diversifiées d'information pour la population et pour les professionnels, qu'ils travaillent dans le secteur sanitaire ou ailleurs. Malheureusement, les informations diffusées – parfois erronées voire contradictoires – peuvent engendrer une certaine confusion auprès du public...

C'est ce constat qui a amené l'équipe du Centre local de promotion de la santé de Charleroi - Thuin, en collaboration avec des acteurs des secteurs culturel et associatif, à réfléchir à l'utilisation judicieuse de plusieurs supports d'information mais aussi à concevoir de nouveaux outils pertinents pour le développement d'une politique cohérente de promotion de la santé.

A ce constat général, est venue s'ajouter la volonté pour la même équipe de travailler au renforcement de l'approche intersectorielle de la santé par la concrétisation d'initiatives susceptibles d'aider les multiples acteurs – impliqués dans les associations et institutions sociales, éducatives, culturelles, économiques et environnementales – à mieux prendre conscience du rôle qu'ils ont à jouer dans la mise en place de démarches locales de promotion de la santé. Sur la base de cette large convergence d'intérêt(s), en coopération étroite avec de nombreux partenaires¹ et avec le soutien attentif de la Ville de Charleroi dans le cadre de la valorisation du label Ville Santé, un vaste programme d'activités a été élaboré, visant à diffuser d'une manière continue des informations scientifiquement valables et accessibles au grand public mais

aussi à multiplier les lieux où il est possible de réfléchir sur des questions liées à la santé des personnes.

Plus particulièrement, en multipliant les occasions de collaboration avec des personnes travaillant dans les médias ainsi qu'avec d'autres œuvrant dans le champ socio-culturel, les partenaires ont voulu mettre, encore et toujours, la santé et le bien-être au cœur des préoccupations de chacun en espérant renforcer progressivement la maîtrise de la population sur les différents facteurs qui déterminent sa santé.

Le catalogue « Education pour la santé » de la Médiathèque, un outil à faire connaître et à exploiter

Edité il y a quelques mois, cet ouvrage mérite d'être mieux connu et utilisé. Il répertorie un grand nombre de documents audiovisuels de qualité classés par thèmes et traitant de nom-

¹ Cinéma Le Parc, Médiathèque de Charleroi, TéléSambre, Belgique n°1, asbl Educa Santé, asbl Carolo Prévention Santé

breuses questions de santé. Destinés aux professionnels de la santé, aux pédagogues et, le plus souvent, au large public des enfants, des adolescents et des adultes, ces documents ne demandent qu'à être exploités, aussi souvent que possible...

En étroite collaboration avec les animateurs de la Médiathèque de Charleroi – dont les collègues souhaitent d'ailleurs multiplier de semblables initiatives dans les différentes implantations de l'institution aux quatre coins de la Wallonie et à Bruxelles – c'est à la concrétisation de cette idée que l'équipe du CLPS a, modestement, voulu contribuer.

D'une part, sur le temps de midi, entre 12 et 14 heures, des rencontres destinées aux professionnels de la santé ont été programmées pendant toute l'année 2008 pour leur permettre de mieux percevoir la diversité des supports audiovisuels disponibles tout en réfléchissant à leur utilisation pertinente dans leurs multiples démarches visant la promotion de la santé.

Quatre documents ont été retenus : une émission télévisée visant à expliquer aux adultes la tentative de suicide chez les jeunes, une autre émission faisant un tour d'horizon des produits « smart » et posant la question de leur nocivité à divers spécialistes, un documentaire traitant de la nutrition, de l'équilibre alimentaire, de l'obésité, du cholestérol et donnant quelques conseils diététiques, et enfin un autre film traitant des stratégies de communication de l'industrie du tabac vers les jeunes.

D'autre part, des rencontres ouvertes à la population ont été programmées des samedis après-midi. Les personnes présentes ont ainsi eu l'occasion de s'exprimer sur des problématiques vécues de près ou de loin et d'échanger leurs interrogations avec des professionnels invités pour leur compétence sur les thèmes abordés. Deux documents leur ont été proposés : un film abordant les difficultés relationnelles entre parents et adolescents, un autre film traitant de la douloureuse question du harcèlement psychologique au travail.

Les ciné-débats, des rendez-vous conviviaux à multiplier

Une collaboration fructueuse s'est progressivement dessinée entre les responsables du Cinéma « Le Parc » de Charleroi et l'équipe du CLPS de Charleroi-Thuin.

Tout au long de l'année, des films traitant de questions de santé ont été et continueront d'y être programmés. Les projections, le jeudi soir, sont suivies d'un débat avec le public qui bénéficie des témoignages, et des analyses d'un panel de personnes ressources : professionnels de la santé, réalisateurs, acteurs et usagers citoyens... A ce jour, trois projections très intéressantes ont récolté un joli succès : le film « La consultation »



réalisé par **Hélène de Crécy**, une cinéaste française qui, en présentant le face à face entre un médecin généraliste et ses patients, dresse un portrait sensible d'une société fragile, parfois drôle et pleine de contradictions; le long métrage « Des nouvelles d'ici-bas » du réalisateur français **François Royet** qui nous montre l'impressionnant travail quotidien de Jeannine, infirmière en santé publique qui sans relâche, obstinée, courageuse, tente de sortir la tête de l'eau des « gens de la rue » et s'efforce ainsi de redonner peu à peu une identité à ces laissés-pour-compte de la société; le documentaire « Elle s'appelle Sabine » réalisé par l'actrice française **Sandrine Bonnaire** qui nous livre, avec beaucoup de pudeur, le portrait sensible de sa sœur Sabine, autiste.

La réalisation et la diffusion de clips santé avec TéléSambre, « Les clips d'œil de Flo »

En coopération étroite avec une équipe de TéléSambre pour la production, la réalisation et la diffusion, avec aussi la collaboration de l'asbl Educa Santé et l'asbl Carolo Prévention Santé pour l'élaboration des scénarios, une trentaine de clips santé ont été imaginés, conçus et réalisés. Ce sont de courtes séquences mettant en scène une jeune femme d'une vingtaine d'années, qui abordent sur un ton décontracté et original, d'une manière non moralisatrice, différents thèmes de la vie quotidienne.

Pour donner un exemple, un de ces clips traite de l'arrêt du tabac en parlant de ce que cela peut apporter de positif : se sentir mieux, avoir plus d'argent disponible pour les loisirs, se sentir mieux dans sa peau, pouvoir reprendre une activité physique...

La diffusion de cette série sur l'antenne de TéléSambre – et vraisemblablement d'autres télévisions régionales de Wallonie et de Bruxelles – sera programmée dans les prochains mois...

Des billets hebdomadaires de vulgarisation dans Belgique n° 1 et sur le télétexte de TéléSambre

Depuis plusieurs années déjà, des « Infos santé » sont publiées chaque semaine dans le journal « toutes-boîtes » Belgique n° 1 et, en version plus courte, sur le télétexte de TéléSambre, la télévision régionale de Charleroi.

Ces « Infos santé », rédigées en collaboration avec l'asbl Educa Santé, touchent un large public. Elles incitent régulièrement les lecteurs à demander des compléments d'information voire à fréquenter le centre de documentation du CLPS. Le choix des thèmes est lié à l'actualité et aux saisons (par exemple, comment se protéger du soleil, se préparer aux sports d'hiver, se baigner sans risques...), à la prévention des maladies (allergie, diabète...), ou à l'hygiène de vie en général (une alimentation équilibrée, le sommeil...).

L'édition d'un disque de chansons sur des questions de santé

En 2007, la Médiathèque avait publié un CD intitulé « Des vertes et des bien mûres » regroupant une vingtaine de chansons sur le thème de l'environnement, écrites et chantées par des artistes de la Communauté Wallonie-Bruxelles. Le disque était accompagné d'une superbe brochure reprenant le texte original de chaque chanson, une présentation de chacun des artistes, une fiche pédagogique donnant, pour chaque chanson, des pistes d'exploitation variées pour une sensibilisation aux diverses questions liées à

l'environnement ainsi qu'un large inventaire de titres de chansons traitant de ces mêmes questions, à travers le répertoire francophone disponible à la Médiathèque.

Un projet semblable est actuellement en cours d'élaboration. Il associe la Médiathèque, l'asbl Educa Santé et le Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin. La sélection d'une vingtaine de chansons d'artistes de notre Communauté traitant de questions de santé servira de base à la préparation d'un CD accompagné d'une brochure pédagogique semblable à celle qui avait été réalisée sur l'environnement. Ces deux documents aborde-

ront des questions aussi diverses que l'alcoolisme, la drogue, le tabac, les traumatismes et les accidents, la dépression, le suicide, la contraception, la sexualité, le sida, la violence conjugale, l'anorexie... Leur parution est programmée pour le printemps prochain.

Claude Bonte, Chargé de projets au CLPS de Charleroi-Thuin

Pour plus d'information sur ce programme : claudio.bonte@clpsct.org
(ou téléphone : 071 33 02 29).

OUTIL

Clever Club

Description de l'outil

Clever Club est un outil de promotion de la santé pour les enfants en âge scolaire du degré primaire. C'est un outil pédagogique et préventif qui permet aux enfants de passer un moment agréable tout en s'amusant et en apprenant, au travers d'histoires et de jeux, à développer des habiletés relationnelles et affectives (estime de soi, identification des conflits et des capacités à les résoudre, collaboration et solidarité, affirmation de soi au sein d'un groupe, conscience que chacun est unique et qu'il possède des ressources qui lui sont propres).

L'outil propose des histoires sur CD ainsi que des suggestions d'animation qui permettront aux professionnels de développer et de discuter avec les enfants des thèmes traités dans les histoires enregistrées.

Clever Club est avant tout un projet de prévention positive, c'est-à-dire qui cherche davantage à donner envie, à motiver plutôt qu'à empêcher, interdire ou faire peur.

L'outil (réalisé en 2005) est toujours disponible au prix de 25 CHF auprès de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (SFA / ISPA),

Case postale 870, 1001 - Lausanne, Suisse.

Tél : 021 / 321 29 11. Fax : 021 / 321 29 40.

Courriel : info@sfa-ispa.ch. Commande en ligne sur <http://www.sfa-ispa.ch>

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 (mars 2007).

Appréciation globale

L'outil présente huit histoires (audio) liées au quotidien des enfants, suivies d'activités courtes, utilisables par séquence, qui aident à mettre en place des codes de communication communs dans un groupe, indépendamment de l'âge des enfants. Des valeurs humanistes (quoique non formulées) fondent une démarche pédagogique constructive basée sur des valeurs fortes : solidarité, collaboration, respect, etc. Les histoires proposent des situations proches du vécu des enfants. Chaque thème abordé (estime de soi, conflits...) dispose de fiches d'exploitation/renforcement des apprentissages qui pourront être consolidés tout au long du cursus scolaire, en instaurant un climat serein dans la/les classe/s. L'outil nécessite des capacités de gestion de la parole dans les groupes (expression, écoute mutuelle, reformulation, synthèse...).

Le document est clair, structuré, opérationnel et facile d'utilisation. Le matériel est solide et agréable graphiquement. La structuration de l'outil est particulièrement adaptée au temps disponible à l'école et le lien avec la famille est proposé.

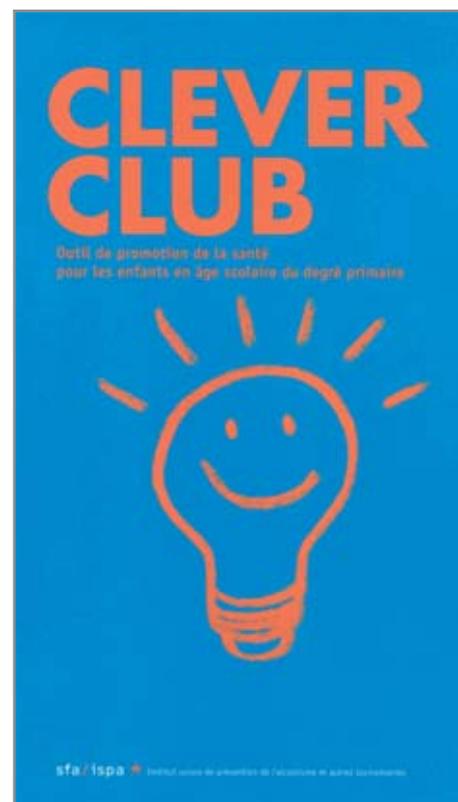
Objectifs de l'outil :

Construire les bases d'un « vivre ensemble » en groupe, apprendre à se connaître.

Construire des compétences psychosociales/relationnelles et affectives : estime de soi, affirmation de soi, résolution de conflits, collaboration.

Public cible

Scolaire : primaire et 1^{er} degré du secondaire.
Hors école : associations de quartier, écoles de devoir, etc. L'outil peut être utilisé dans des groupes hétérogènes.



Utilisation conseillée

Prévoir un moment de parole et d'évaluation après les activités.

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>.

Quand art et santé s'allient...

La publication « Art et Santé. Regards croisés » a été conçue par un groupe de travail du réseau Art et Santé, coordonné par Culture et Démocratie (voir encadré).

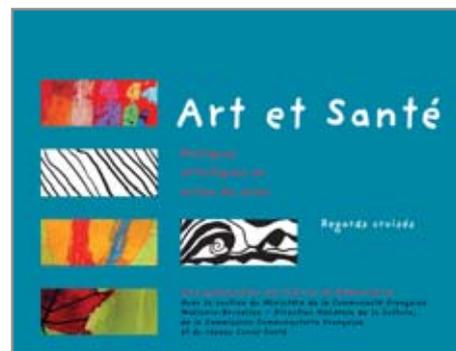
Elle est destinée aux acteurs culturels, aux intervenants en milieux de soins, aux artistes et aux représentants des pouvoirs publics. Son ambition est de soutenir leur travail et d'encourager de nouvelles initiatives.

Elle est le fruit d'un véritable partenariat entre les milieux de soins et artistique, basé sur la concertation, la collaboration et l'enrichissement mutuel, l'accueil, le respect des différences et des spécificités du travail de chacun. Le but

de cette publication est avant tout de soutenir cette dynamique.

On y retrouve une présentation des expériences de soignants et d'artistes, soulignant la variété de leurs univers et les réflexions qui les accompagnent.

Un chapitre est spécifiquement consacré à la philosophie et l'éthique du projet. Il présente l'argumentaire qui sous-tend ces démarches artistiques. Les membres d'Art et Santé insistent dans cette partie sur l'idée qu'une intervention artistique en milieu de soins n'a pas pour objectif de guérir mais qu'elle joue le même rôle qu'ailleurs, c'est-à-dire développer



la créativité et l'imaginaire, favoriser la rencontre... Sa particularité en milieu de soins est qu'elle rend ce dernier plus humain et favorise le bien-être des patients.

Enfin, la dernière partie de la brochure propose des pistes pour le développement des actions d'Art et Santé : l'information, la formation, des financements...

Une belle initiative mettant en évidence l'importance du réseau. A consulter!

Carole Feulien

Pour en savoir plus ou pour recevoir/télécharger la brochure :
Culture et Démocratie,
rue de la Concorde 60, 1050 Bruxelles.
Tél.: 02502 12 15. Fax : 02 512 69 11.
Courriel : cultureetdemocratie@scarlet.be.
Internet : www.cultureetdemocratie.be.

Culture et Démocratie en détails

Dans notre société, seule une minorité a réellement accès aux biens culturels classiques, et les autres modes d'expression résistent à une culture de masse où la recherche du profit l'emporte sur toute autre considération.

Dans ce cadre, l'asbl Culture et Démocratie, fondée en 1993, encourage l'accès et la participation de tous les publics à la vie culturelle et artistique.

En effet, en réunissant des partenaires de toutes les disciplines du monde artistique et intellectuel, en les reliant au monde socio-culturel et à la mouvance associative, Culture et Démocratie est avant tout un réseau. Sa capacité à rassembler ceux qui travaillent isolément à des projets parallèles, à jeter des ponts, est son atout principal.

Le réseau Art et Santé

Le réseau Art et Santé fédère tous les arts en milieu d'accueil, d'aide et de soins, pour et avec les personnes fragilisées en Communauté française. Toutes les disciplines artistiques et les diverses formes d'approche sont visées : l'animation ou le spectacle, la pratique d'une expression artistique, l'amélioration du cadre de vie.

Le réseau s'est fixé plusieurs objectifs :

- établir un état des lieux de la situation et des ressources existantes (réaliser et diffuser un répertoire);
- définir des attentes et des propositions favorisant la rencontre entre l'art et le patient où qu'il soit (hôpitaux, centres de soins...) et toute personne fragilisée (personnes âgées, handicapées...);
- déterminer un code de déontologie ¹;
- contribuer à la mise en place et à l'organisation de formations spécifiques pour les

artistes et le personnel soignant/accompagnant;

- favoriser les échanges d'expériences et les rencontres entre soignants et artistes (et autres personnes concernées);
- nouer des contacts avec des services de soins afin de les sensibiliser et de leur fournir des outils pour développer des projets culturels pour leurs publics;
- développer la réflexion et l'expertise sur des problématiques précises (grâce à des groupes de travail thématiques et des échanges d'expériences);
- diffuser l'information entre les membres du réseau et à l'extérieur (agenda des activités, site Internet, reportages...);
- créer les conditions nécessaires au développement structurel durable et professionnel des liens et actions Art et Santé, et permettre la reconnaissance du travail des artistes dans le secteur;
- faire le lien avec les pouvoirs publics et autres réseaux (en Flandre et à l'étranger);
- centraliser l'information concernant le financement des projets et imaginer des campagnes de collecte de fonds et des actions communes.

Le réseau Art et Santé est ouvert aux personnes et associations issues des milieux culturels, de soins et sociaux, et à toute personne concernée ou intéressée. Pour plus d'informations ou pour vous inscrire, n'hésitez pas à contacter Culture et Démocratie.

¹ Ce code intègre trois types de recommandations : des dispositions générales en lien avec la profession, les relations avec le bénéficiaire et ses proches, la collaboration avec les équipes soignantes et l'institution.

www.educationsante.be

Vous êtes près de 20.000 à visiter notre site internet chaque mois, et ce nombre ne fait qu'augmenter d'année en année. Merci à vous!

Pour rappel, nous y avons stocké en texte intégral plus de 1.000 articles paru dans la revue depuis le n° 155 de janvier 2001. Vous pouvez y trouver un article en cherchant par nom d'auteur, par numéro de parution, par rubrique, par mots présents dans le texte (un ou deux mots, ensemble ou s'excluant l'un l'autre). Simple et efficace...

Le contenu de la revue du mois en cours est mis en ligne vers le 20, et l'agenda est mis à jour toutes les semaines.

Cancer du sein

Bruxelles

10 octobre 2008

Journée d'information grand public 'Action sein 2008' organisée par la Fondation contre le cancer en collaboration avec Europa Donna Belgium et Vivre comme avant.

Ce sera l'occasion de faire le point sur des questions comme : qui risque le plus de développer un cancer du sein ? Un traitement préventif permet-il de réduire ce risque ? Comment utiliser au mieux l'échographie ou le PET scan ? Une chirurgie limitée est-elle toujours possible ? L'alimentation a-t-elle un rôle particulier pendant ou après un cancer du sein ?

Participation : 10 €.

Lieu : Auditorium Passage 44, bd du Jardin Botanique 44, 1000 Bruxelles.

Renseignements : Fondation contre le cancer, tél. 02 736 99 99, courriel : commu@cancer.be site www.cancer.be.

Promotion de la santé

Walferdange (Luxembourg)

15 octobre, 12 novembre et 10 décembre 2008

Cycle de conférences scientifiques 'Promotion de la santé : les facteurs de risque et de prévention', organisé par l'Université du Luxembourg - Unité de recherche INSIDE.

Au programme :

- mercredi 15 octobre 2008 à 18h30 : alimentation saine et précarité, par le **Prof. Serge Herberg**, INRA-CNAM Paris;
- mercredi 12 novembre 2008 à 18h30 : la santé des migrants, par le **D' Arnaud Veisse**, Comité médical des exilés et Elodie Stanojevich, INPES;
- mercredi 10 décembre 2008 à 18h30 : la santé au travail, par le **Prof. Nicole Rasle**, Université de Bordeaux.

Lieu : Campus Walferdange, salle Audimax. Entrée libre.

Renseignements : sophie.recchia@uni.lu

Douleur

Libramont

16 octobre 2008

Journée d'information sur le thème « Trouver son équilibre face à la douleur », organisée par la Mutualité chrétienne en collaboration avec Espace Solival, Altéo - mouvement de personnes malades, valides et handicapées, l'UCP - mouvement social des aînés, et Aide & Soins à domicile. L'après-midi sera tout public, avec une conférence sur « L'approche interdisciplinaire de la douleur chronique ». Le public pourra aussi participer à des ateliers de démonstrations et conseils pratiques, et visiter en permanence des stands d'information.

La soirée sera réservée aux professionnels de la santé avec diverses interventions de médecins algologues.

Lieu : Centre culturel de Libramont, avenue d'Houffalize 56c (face à la clinique).

Renseignements et inscriptions : Mutualité chrétienne de la Province du Luxembourg, service Infor Santé, fax 063 211 704 ou courriel : infor.sante.lux@mc.be

Outils

Bruxelles

17 octobre 2008

Cultures & Santé dévoile ses outils d'éducation permanente 'Etre acteur' et 'Développement durable' au Babel Café, rue d'Anderlecht 148, 1000 Bruxelles. Cela se passera de 10 à 13h30.

Inscription gratuite (nombre de places limité) au 02 558 88 11, courriel : centre_doc@cultures-promosante.be.

Santé pour tous ?

Bruxelles

18 octobre 2008

La plate-forme d'action santé et solidarité (voir *Education Santé* 236, page 8) célèbre les 30 ans d'Alma-Ata par une grande journée de rencontres et de mobilisation consacrée à la santé. Les thèmes : soins de santé primaires, accessibilité aux soins, coût des médicaments, conditions de travail du personnel soignant, commercialisation et privatisation des soins de santé, relations nord-sud. Cela se passera sur le campus de l'UCL à Woluwé-Saint-Lambert à partir de 9h.

Renseignements : <http://www.sante-solidarite.be>

Prévenons les escarres

Mont-Godinne

24 octobre 2008

L'apparition d'escarres est une source d'angoisse pour beaucoup d'entre nous (patient, famille, proches, personnel soignant...). Et malgré tous les outils d'information déjà créés, nous restons encore souvent sans réponse face à cette problématique, ignorant tout simplement ce que représente une escarre. Il devient alors difficile de définir les différents moyens de prévention à mettre sur pied pour éviter son apparition ou son aggravation.

La réponse la plus communément rencontrée est le placement d'un support anti-escarres (coussins et matelas). Et même si la prévention anti-escarres ne se limite pas à l'utilisation d'un tel support et qu'ils ne sont pas l'unique solution de prévention ni la réponse miracle, il n'en reste pas moins qu'ils font partie de la base de notre protocole de prévention.

Pour aborder ces questions et d'autres, Solival Wallonie Bruxelles organise une journée d'information sur le thème, qui aura lieu de 9 à 17 h à l'auditoire Heremans des Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne. Participation gratuite.

Renseignements sur le site www.solivalwb.be et au 070 221 220.

Promotion de la santé

Dakar (Sénégal)

26 au 31 octobre 2008

Première Université francophone de Dakar en promotion de la santé.

Cette initiative de l'ONG Action et Développement est inspirée et soutenue par l'Université d'été francophone en santé publique de Besançon.

Ce projet est organisé avec le soutien de plusieurs instituts universitaires africains ou européens et des organismes

nationaux et internationaux. Il contribue à accélérer le développement des relations Nord-Sud, basées sur une vraie réciprocité des expériences. Elle s'inscrit dans la dynamique d'amener les pays du sud à considérer l'intervention en santé publique sous l'angle de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé.

Le cours intègre une dimension africaine, et s'intéressera en particulier à des questions telles que le paludisme, le sida et la tuberculose.

Ses objectifs spécifiques sont d'harmoniser des savoirs et des savoir-faire autour du concept de promotion de la santé, et de promouvoir la création d'environnements favorables au développement de la promotion de la santé.

Les enseignements, forums et débats se structureront autour de trois modules : organisation du système de santé, méthodes pour l'intervention et l'évaluation, approches par population et par thèmes.

Renseignements et inscriptions :

Action et Développement (AcDev), 44 Cité Lobatt FALL, Pikine/Dakar, BP K 5049 Sénégal.

Courriel : univpromosantedkr@acdev-int.org. Internet : www.acdev-int.org et www.urcam.org/univete/index.htm

Tabac

Le GSARA signale que le vidéogramme 'Arme de destruction massive' et son livret pédagogique (voir www.educationsante.be/es/article.php?id=862), diffusés à près de 1500 exemplaires en 2006, sont à nouveau disponibles.

Le prix est de 8 euros + 2 euros de frais d'envoi pour les particuliers, les associations ne payant que les frais d'envoi.

GSARA asbl, rue du Marteau 26, 1210 Bruxelles.

Tél. : 02 218 58 85. Fax : 02 217 29 02.

Courriel : info@gsara.be. Internet : www.gsara.be.

Publications

Participation du patient

La Fondation Roi Baudouin vient d'éditer une plaquette intitulée 'Soins de santé et politique de santé : avec la participation du patient, c'est mieux'. Elle y propose 5 étapes concrètes pour renforcer les organisations de patients et développer et expérimenter avec elles de bonnes méthodes participatives :

- accroître la professionnalisation des organisations de patients;
- élaborer des formules concrètes de représentation des organisations au niveau macro-politique;
- impliquer les patients dans l'évaluation de la qualité des soins;
- favoriser une culture participative dans la formation des soignants;
- améliorer le dialogue entre organisations de patients et autres acteurs.

Parmi ces derniers, le document cite à peine les mutualités, qui estimeront sans doute que leur place au sein du dispositif de participation est franchement sous-estimée...

Cette publication est téléchargeable gratuitement sur le site www.kbs-frb.be.

Handicap

Dans le cadre de sa collection 'Education pour la santé', la Médiathèque publie régulièrement des mini-catalogues thématiques. Le dernier en date 'Handifférence – vivre autrement' est la mise à jour de 'Handicap – la main au chapeau' parue voici quelques années.

Depuis lors, la collection s'est enrichie de bon nombre de médias intéressants : le tout fait 84 titres, dont les fiches de présentation sont reproduites dans ce document.

Handifférence – Vivre autrement, une brochure de 160 pages disponible gratuitement dans tous les centres de prêt de la Médiathèque. Aussi téléchargeable à l'adresse www.lamediatheque.be/ext/thematiques/es/pub/pub_handiffere.html (document de 2018 Ko).

Promotion de la santé

L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé propose un numéro hors série de son trimestriel 'Promotion & Education', consacré au colloque francophone international 'Promotion de la santé et éducation pour la santé : état des connaissances et besoins de recherche', qui s'est tenu à Luxembourg les 8 et 9 février 2007.

On y trouve quatre grands chapitres :

- le cadre conceptuel et l'évaluation, avec une 'relecture' de la Charte d'Ottawa (Jean-Pierre Deschamps);
- des programmes au Nord (Luxembourg, Belgique, Québec, France) et au Sud (Algérie, Bénin, Sénégal);
- comparaisons internationales et besoins de recherche en santé mentale;
- les réseaux nationaux et internationaux.

Ce numéro est consultable et téléchargeable à l'adresse http://ped.sagepub.com/content/vol15/1_suppl/.

L'abonnement annuel à la revue coûte 51€ (individuel version papier) et 240 € (institutionnel, version papier et électronique).

UIPES, 42 Bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, France. Tél.: 33 1 48 13 71 20. Fax : 33 1 48 09 17 67. Courriel : jcadinu@iuhpe.org.

Alimentation et alcool

A l'initiative de l'ULB-PROMES, le RESOdoc coordonne une série de « Recueils documentaires ». Ils traitent des sujets pour lesquels les centres de documentation en éducation et promotion de la santé sont le plus souvent sollicités par leurs utilisateurs. Ils sont souvent réalisés en collaboration avec les centres de documentation partenaires du réseau WebDOCTES. Ils contiennent des informations récentes en langue française, d'origine belge de préférence, mais aussi européenne, concernant les thèmes actuels de la santé. Les deux dernières parutions traitent de la 'Promotion d'une alimentation saine' (recueil 17, décembre 2007, 137 pages) et de la 'Consommation d'alcool chez les jeunes et les étudiants' (recueil 18, mars 2008, 229 pages).

Les recueils peuvent être acquis moyennant une participation aux frais de reproduction de 13,20€ (frais de port inclus pour la Belgique) par recueil. Deux nouveaux recueils sont proposés chaque année en plus de la mise à jour d'un des recueils parus précédemment.

Renseignements et commandes : Karine Verstraeten, RESOdoc, RESO UCL, av. Mounier 50 Centre faculté - 1, 1200 Bruxelles.

Revues

Autogestion

Le dossier du nouveau numéro de *Santé conjuguee* est consacré à une vieille idée qui a peut-être encore de beaux jours devant elle, et qui dépasse les seuls modèles d'organisation managériale pour interroger notre société tout entière. Les travailleurs des maisons médicales, qui s'en nourrissent depuis plus de 30 ans, ont beaucoup à partager à son sujet...

Dans la même livraison, relevons aussi un article sur la difficile entrée des fumeurs dans un monde sans tabac, un autre sur la question du port du voile par les professionnelles des maisons médicales (une question tout à fait pertinente vu l'implantation géographique de nombre d'entre elles), et enfin une présentation par l'asbl Repères de son travail de formation.

Santé conjuguee, n°45, juillet 2008. 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). Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, boulevard du Midi 25 boîte 5, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 514 40 14.

Formation

Education relative à l'environnement

Le Réseau IDée publie l'Inventaire des formations 2008-2009 en éducation relative à l'environnement (ErE). Près de 100 formations, de quelques jours ou de plus d'une année, proposées par différents organismes, pour les jeunes et les adultes. Au menu : pédagogies et techniques d'animation en ErE, guide nature, éco-consommation, jardinage biologique, cuisine de plantes sauvages, éco-construction, conseil et gestion de l'environnement, communication...

Il est téléchargeable dès à présent sur www.reseau-idee.be

Si vous n'avez pas accès à internet, contactez le Réseau IDée asbl : vous recevrez gratuitement l'inventaire en format papier.

Tél : 02 286 95 70 - Fax : 02 286 95 79 - info@reseau-idee.be

Tribune

La publicité automobile plus propre ?

Action

FEBIAC, la Fédération belge de l'automobile et du cycle, et le Conseil de la publicité ont finalisé le nouveau Code de déontologie volontaire portant sur la publicité automobile, qui existe depuis une dizaine d'années. Ce Code adapté sera contrôlé par l'organe autodisciplinaire du Conseil de la publicité, à savoir le JEP (Jury d'éthique publicitaire). La mission du JEP est de vérifier la conformité des publicités diffusées dans les médias de masse (télévision, radio, cinéma, Internet, magazines, presse quotidienne et affichage) par rapport aux dispositions légales et éthiques applicables. Il peut notamment être saisi sur la base de plaintes de consommateurs.

Ces révisions et amendements reflètent la volonté de FEBIAC et du Conseil de la publicité/du JEP, de participer de manière proactive à la diffusion d'une information correcte aux consommateurs en ce qui concerne la consommation et les émissions de CO2 des nouvelles voitures.

La nouvelle disposition (article 5 du code, pour les détails voir www.febiac.be/public/presseleases.aspx?ID=627&lang=FR) définit les critères minimums auxquels doit satisfaire la mention obligatoire de la consommation et des émissions de CO2 des nouvelles voitures.

Les membres de FEBIAC ont été informés de ces nouvelles exigences, et ont procédé à l'adaptation de leurs campagnes publicitaires depuis le 1^{er} septembre 2008 de façon à ce qu'elles répondent aux nouvelles exigences. L'entrée en vigueur de ce nouveau Code permettra au JEP de traiter les plaintes en matière de lisibilité et visibilité des mentions CO2 et consommation de carburant. L'objectif est également de permettre aux annonceurs de régulariser leurs publicités sur la base du nouveau texte.

La mention de la consommation et des émissions de CO2 des voitures dans la publicité a été rendue obligatoire par l'annexe IV de l'Arrêté royal du 5 septembre 2001, mais sans normes concrètes en termes de lisibilité et de visibilité. L'article 5 du nouveau code définit ces normes de manière objective et quantifiable : en ce qui concerne les formats publicitaires les plus courants, une taille minimum a été imposée pour les caractères afin de garantir une bonne lisibilité et de faire ressortir clairement ces informations, importantes pour les consommateurs, dans le message publicitaire. Des directives ont également été émises pour les sites web.

Les normes environnementales concernant les automobiles sont de plus en plus strictes et l'offre en véhicules plus propres et plus économiques ne cesse de croître sur le mar-

[suite de la page 19]

ché belge, mais le succès de ces véhicules est principalement défini par le choix des consommateurs. En insistant davantage sur la consommation et le rejet de CO2 dans les imprimés publicitaires et sur les sites web, il est possible d'orienter ce choix dans la bonne direction.

FEBIAC compte néanmoins aussi – et surtout – sur une révision rapide de la fiscalité automobile selon des critères environnementaux (normes Euro et émissions de CO2), qui reste à ce jour le moyen le plus efficace de promouvoir les voitures propres et économiques et d'inciter les consommateurs à les adopter.

Réaction

Pour 'Friends of the Earth Europe', « *Le nouveau code publicitaire de la FEBIAC est un écran de fumée* ».

Leur représentant **Jeroen Verhoeven** affirme que « *La publicité pour les voitures joue un rôle*

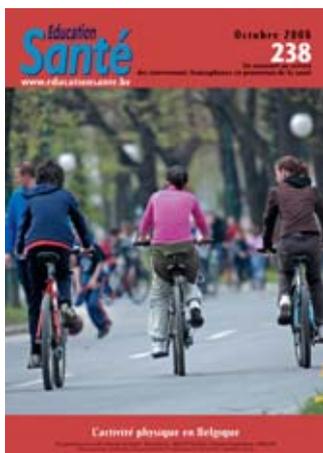
important dans l'information des consommateurs et l'orientation de leurs choix vers des voitures qui consomment moins de carburant et émettent moins de CO2. Depuis 2001 déjà, les constructeurs ont l'obligation légale de mentionner clairement les données relatives à la consommation et aux émissions de CO2 dans toutes les publicités pour les voitures.

Le fait que la FEBIAC ait attendu 7 ans pour appliquer cette loi montre combien les constructeurs automobiles rechignent à travailler à la réduction de la consommation des voitures.

Seule l'adoption d'une proposition de loi européenne obligeant les constructeurs automobiles à réduire la consommation et les émissions de leurs véhicules de 25% d'ici 2012, pourrait changer les mentalités et les inciter à véritablement utiliser la consommation réduite comme argument de vente ».

Education Santé a déjà abordé ce sujet, voir www.educationsante.be/es/article.php?id=969.

Avis aux impatientes



Vous pouvez prendre connaissance d'Education Santé une quinzaine de jours avant sa parution. Pour cela, il vous suffit d'envoyer votre adresse électronique à education.sante@mc.be.

Vous recevrez alors la revue avant le 25 du mois précédent la date de parution. Elle vous sera envoyée au format PDF.

Pour rappel, les articles sont mis en ligne sur www.educationsante.be vers le 20 du mois indiqué sur la couverture.

Merci de nous prévenir si vous souhaitez supprimer votre abonnement postal par la même occasion.

Sommaire

Initiatives

Recommandations pour l'activité physique en Belgique, par *Ilse De Bourdeaudhuij et Pierre Bizel* 2

Dix ans d'observation des comportements alimentaires des jeunes en Hainaut, par *Luc Berghmans et Véronique Tellier* 7

Les inégalités socio-économiques de santé, propos de *Michel Roland* recueillis par *Colette Barbier* 10

Stratégie

Le Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé pour 2008 et 2009, par *Christian De Bock* 12

Locale

Charleroi - Thuin - Des médias locaux pour la santé, parlons-en!, par *Claude Bonte* 14

Outil

Clever Club 16

Lu pour vous

Quand art et santé s'allient, par *Carole Feulien* 17

Brèves

18

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

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).

Collaboratrice : Carole Feulien.

Journalistes : Colette Barbier, Carole Feulien.

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

Site internet : Jacques Henkinbrant (design), Maryse Van Audenhaege (animation).

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.

Editeur responsable : Jean Hermesse, chassée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2.700 exemplaires.

Diffusion : 2.500 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 51. 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.