



## Le programme de dépistage du cancer colorectal

# Le dépistage du cancer colorectal en Communauté française

## Présentation du programme

*Le cancer colorectal représente en Belgique environ 7.700 nouveaux cas par an; il s'agit du cancer digestif le plus fréquent.*

*Il arrive en troisième position chez l'homme après le poumon et la prostate et en deuxième position chez la femme après le cancer du sein.*

*Il reste associé à une mortalité élevée (40 à 50 % des personnes atteintes décèdent dans les 5 ans). Le nombre de nouveaux cas est faible avant 50 ans, pour augmenter ensuite de façon rapide.*

A l'initiative du Cabinet de la Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé de la Communauté française, un programme de dépistage du cancer colorectal est mis en place aujourd'hui par le Centre communautaire de référence et la Direction générale de la santé du Ministère de la Communauté française en partenariat avec :

- la Société scientifique de médecine générale;
- les structures universitaires de médecine générale;
- la Société royale belge de gastro-entérologie;
- le Groupe belge d'oncologie digestive;
- la Société belge d'endoscopie digestive;
- le SCPS Question Santé asbl;
- les mutualités;
- la Fondation Registre du cancer;
- la Fondation contre le cancer.

### Les origines du programme

Dans la *Déclaration de politique communautaire* pour les années 2004 à 2009, il est prévu d'améliorer la prévention et le dépistage du cancer. La mise en œuvre d'autres dépistages que celui du cancer du sein est projetée, notamment le dépistage du cancer du côlon pour la population âgée de 50 à 74 ans.

Le *Programme quinquennal de promotion de la santé* met également l'accent sur la prévention des cancers et leur dépistage.

Jusqu'ici, seul le dépistage du cancer du sein était proposé par la Communauté française. Le *Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé* (2005) réaffirmait l'import-



### Programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française

tance du dépistage systématique pour d'autres cancers et, plus particulièrement, pour le cancer colorectal. Le *Plan communautaire opérationnel 2008-2009* reprend le dépistage du cancer colorectal parmi les problématiques de santé prioritaires.

### Sa mise en place

Pour préparer et piloter un tel programme, un groupe de travail pluridisciplinaire a été mis sur pied à l'initiative de **Madame Catherine Fonck**.

Ce groupe de travail se réunit régulièrement depuis 2006. Une concertation large a permis d'aboutir à un consensus des gastro-entérologues et médecins généralistes sur la démarche de dépistage à adopter. Le groupe s'est appuyé sur l'expertise accumulée à l'étranger (plus spécifiquement en France).

### Ses modalités concrètes

**Le médecin généraliste est la pierre angulaire du programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française.**

Les personnes concernées<sup>1</sup> reçoivent une lettre personnalisée les invitant à se rendre chez leur médecin généraliste afin d'y recevoir toutes les informations utiles ainsi que le matériel pour réaliser le test de recherche

de sang occulte dans les selles.

**Toutes les personnes de 50 à 74 ans recevront une invitation au dépistage**, mais c'est au médecin généraliste d'informer les personnes qui le consulteront, de les orienter suivant le risque qu'elles présentent, de leur remettre le test Hemoccult et d'assurer le suivi de la prise en charge en cas de résultat positif.

**L'invitation est envoyée par le Centre de référence (CCR).** L'invitation parviendra durant le mois de l'anniversaire de la personne, l'année paire si le jour de naissance est impair ou l'année impaire si le jour de naissance est pair. Pour ceux qui ont fait le test une première fois, l'invitation suivante leur parviendra deux ans après la réalisation du test précédent.

**D'autres possibilités d'entrer dans le programme de dépistage existent...**

Le médecin peut proposer lui-même à ses patients âgés de 50 à 74 ans d'entrer dans le programme de dépistage, même si ceux-ci n'ont pas encore reçu l'invitation.

Toute personne de 50 à 74 ans peut entrer dans le programme de dépistage en allant consulter son médecin généraliste de sa propre initiative, même si elle n'a pas encore reçu l'invitation.

Le médecin dispose du matériel nécessaire pour assurer le dépistage auprès de sa patientèle ainsi que pour assurer le suivi des personnes à risque élevé ou très élevé.

### Objectifs du programme

#### Objectif de santé

L'objectif du dépistage de masse du cancer colorectal est de réduire la mortalité par un diagnostic précoce. En effet, la détection et l'exérèse des adénomes, qui sont les lésions précancéreuses les plus fréquentes, permettent d'éviter le développement de cancers. La détection suivie de l'exérèse de cancers débutants augmente les chances de survie.

La population-cible est la population ne présentant pas de symptômes, appartenant à la

<sup>1</sup> Du moins actuellement celles résidant en Wallonie. Des négociations sont en cours pour que la procédure soit identique pour les francophones de la Région bruxelloise et ce, dans les plus brefs délais.

tranche d'âge 50-74 ans et n'ayant pas d'antécédents personnels ou familiaux (c'est ce qu'on appelle la population à risque moyen).

### Objectifs éducatifs

Le public :

- connaîtra l'importance de la fréquence du cancer colorectal;
- connaîtra l'existence du dépistage du cancer colorectal proposé par la Communauté française;
- identifiera le médecin généraliste comme étant la personne de référence en la matière;
- sera apte à faire un choix éclairé face à l'offre du dépistage du cancer colorectal.

### Objectifs de communication

Nous en pointons deux :

- sensibiliser les personnes âgées de 50 à 74 ans au programme de dépistage du cancer colorectal;
- créer un climat favorable auprès du public et également auprès des professionnels de la santé concernés (principalement les médecins généralistes).

### Définition du public

Comme nous l'avons déjà vu, le programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française s'adresse aux personnes de 50 à 74 ans. Ces limites d'âge se basent sur les études épidémiologiques qui démontrent une nette augmentation de l'incidence de ce cancer après 50 ans. Le risque de le développer existe bien sûr aussi après 74 ans, mais les personnes qui n'ont pas développé la lésion à cet âge en souffriront seulement dans 5 à 10 ans, soit au-delà de 80 ans. Compte tenu de la courbe de survie actuelle, ces personnes auront pu décéder pour une autre cause. Le suivi des personnes de plus de 74 ans est dès lors du ressort du médecin généraliste dans le cadre d'une prise en charge individuelle. La population cible des hommes et des femmes de 50 à 74 ans est de ± 910.000 en Région wallonne auxquelles il faut ajouter les francophones de la Région de Bruxelles Capitale, ± 200.000.

### Les outils de communication

En tant que Service communautaire en promotion de la santé, agréé pour la communica-



© Euro RSCG Life

tion, le SCPS Question Santé asbl a été chargé de réaliser la campagne de communication du programme de dépistage du cancer colorectal pour l'ensemble de la Communauté française.

La communication s'adresse tant au grand public qu'aux professionnels concernés par la mise en place et l'accompagnement du programme : médecins généralistes, gastro-entérologues, acteurs de promotion de la santé...

Chaque outil d'information, de formation, de communication doit s'inscrire en cohérence avec l'ensemble du programme : cohérence sur le contenu, cohérence sur la forme pour que le message soit clair et compréhensible par les destinataires du message.

Voici en bref les différents niveaux et outils de communication.

L'accroche visuelle choisie est celle du logo « ruban bleu », représentation visuelle du dépistage du cancer de l'intestin, créée par le National Colorectal Cancer Roundtable (association américaine) et reconnue au niveau international. Le ruban bleu est utilisé notamment par nos voisins français.

Cette accroche est reprise dans l'ensemble du matériel d'information et de communication.

En voici un rapide aperçu :

- une brochure explicative 'Programme de dépistage du cancer colorectal' (28 pages) pour le médecin généraliste;
- un questionnaire médical;
- une enveloppe pré-adressée « port payé par le destinataire » à remettre au patient pour

renvoyer le test Hemocult et le questionnaire;

- le dépliant d'invitation 'Dépister le cancer de l'intestin, c'est possible!' joint au courrier de départ; dans une version adaptée, il sera aussi diffusé largement, entre autres par les mutualités;
- le dépliant informatif 'Un test simple à faire chez soi' pour le patient devant réaliser le test Hemocult II;
- un dépliant spécifique 'Pourquoi un dépistage par coloscopie?' pour le patient devant avoir un suivi spécifique (consultation gastro-entérologue avec coloscopie);
- le formulaire standardisé de prescription de la coloscopie : 3 feuilles autocopiantes à remettre au patient (un exemplaire destiné au gastro-entérologue, un au Centre de référence et un au médecin généraliste);
- les spots TV et radio;
- un site internet [www.cancerintestin.be](http://www.cancerintestin.be).

L'article 'Le protocole du programme de dépistage du cancer colorectal' dans la rubrique 'Stratégie' de ce même numéro, vous donne de plus amples informations sur l'organisation du programme.

Tout cela est bel et bien, direz-vous, mais il ne suffit pas de proposer au public un programme de dépistage pour qu'il y adhère automatiquement.

La deuxième partie de cet article vous présente une démarche d'estimation de l'acceptabilité du programme par le public concerné, réalisée quelques mois avant le démarrage du dépistage organisé.

## Que pensent les personnes concernées du dépistage ?

*Susciter l'intérêt du public pour le dépistage du cancer colorectal, l'informer à ce sujet, voilà un défi bien délicat à relever. Même si ce dépistage est une priorité en médecine préventive, il est loin de susciter a priori l'engouement du public et des médias.*

### Des interviews de groupe pour connaître l'avis du public

Le point de vue des professionnels, qu'ils soient gastro-entérologues ou médecins de santé publique, est clair et rationnel : il faut organiser un dépistage de masse sur base d'un test de recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans pour les personnes âgées de 50 à 74 ans.

Mais comment le public réagirait-il à cette proposition ? Comment tenir compte au mieux des réactions et attentes du public ?

Pour répondre à ces questions et préparer le programme de dépistage qui démarre ces jours-ci en Communauté française, le SCPS Question Santé a réalisé quatre interviews de groupe réunissant des hommes et des femmes de 50 à 74 ans. Au total, plus de 80 personnes ont pu s'exprimer lors de ces rencontres.

Voici les points forts de ces échanges et les perspectives qui ont pu en être dégagées.

#### Pour vous, quels sont les cancers les plus fréquents ?

*Les cancers du poumon et du sein !* Ce sont les plus présents dans l'esprit des participants. Cette prédominance est sans doute liée en partie aux campagnes en faveur de l'arrêt du tabagisme et pour le mammoth. Le cancer du côlon et du rectum (souvent cité comme le cancer de l'intestin par les participants) est moins présent dans l'esprit du public. Sa fréquence est sous-estimée. Peut-être y a-t-il un tabou car il touche un organe moins noble ?

#### Et quels sont les cancers les plus mortels ?

*Le poumon, l'intestin et le sein !* La perception des participants est proche de la réalité puisqu'ils situent le cancer colorectal en 2<sup>e</sup> position après le cancer du poumon et avant le cancer du sein.

Ces deux premières questions permettent de préciser un premier message utile pour la communication future vers le grand public : le cancer de l'intestin est un cancer très fréquent.

Si un dépistage du cancer de l'intestin vous était proposé gratuitement, le feriez-vous ?

Autant de personnes, autant de sensibilités différentes, bien évidemment...

Certaines adhèrent sans réticence :

*« Je suis partante pour le dépistage quand je vois la façon dont le cancer tue et fait souffrir; je veux en avoir le cœur net. »*

*« Je fais le dépistage parce que je suis une personne à risque. »*

*« Cela n'arrive pas qu'aux autres... Je le sais : mon frère est décédé d'un cancer de l'intestin, cela pourrait m'arriver aussi. »*

Quelques personnes refusent catégoriquement.

*« Au départ, non, pas de dépistage, c'est désagréable. »*

*« Je ne veux pas céder à la panique, on pourrait faire des dépistages sur tout, alors si je n'ai pas de risque, non ! »*

■  
**« Je suis partante pour le dépistage quand je vois la façon dont le cancer tue et fait souffrir; je veux en avoir le cœur net. »**  
■

D'autres hésitent, veulent des informations, des garanties.

*« J'irais mais j'ai besoin d'informations claires et puis, si l'examen ne pose pas trop de problème. »*

*« J'attends des renseignements, qu'on me dise vous avez des risques. »*

*« J'en parlerais à mon médecin traitant. »*

**On va éventuellement dépister quelque chose qui ne vous fait pas souffrir pour le moment.**

**Selon vous, qu'est-ce qui va vous convaincre ?**

Les réponses des participants illustrent les facteurs psychosociaux influençant les choix de comportements de santé décrits dans la littérature : la peur d'avoir quelque chose, le sentiment de risque d'être atteint par la maladie, des signaux d'alerte, des antécédents familiaux, la fréquence de la maladie, le fait de ne pouvoir la détecter personnellement ou trop tard, l'efficacité du traitement, si c'est guérissable ou non...

Quelles sont les sources d'information auxquelles vous vous référez ? Qui est le mieux placé pour vous le proposer ?

Il n'y a pas une seule source reconnue par tous les participants mais une multiplicité de canaux d'information qui se complètent, se renforcent.

*« Il faut une information de base : la radio, des journaux toutes-boîtes, dans les lieux publics, la salle d'attente du médecin, les documents de la mutualité, les pharmaciens, les médecins... »*

*« Nous sommes noyés d'informations et elles sont souvent alarmantes. Je chercherais une source fiable, je recueillerais les informations, je demanderais à mon médecin traitant. »*

*« Il faut que les gens sachent, il faut de l'information pour tous et que chacun choisisse. On est des adultes, on sait décider. Il y a quelque chose de dérangeant avec les messages prescriptifs. »*

**Si vous receviez personnellement une invitation à vous rendre chez votre médecin traitant pour bénéficier du dépistage, comment accueilleriez-vous ce courrier ?**

Le fait de recevoir une invitation personnelle est un facteur renforçant.

*« Oui, c'est une bonne idée, cela m'incitera à faire la démarche. »*

*« Je la mets de côté, j'y réfléchis. Je vais chercher plus de renseignements avant de faire la démarche. »*

*« Si le médecin a le test en stock dans son cabinet, j'en parle à l'occasion d'une consultation, je ne fais pas une consultation de plus pour cela. »*

Certaines personnes mettent ce type d'information à la poubelle mais une large majorité approuve sans réserve le procédé.

**Le test de dépistage consiste à faire soi-même un prélèvement de selles pour l'envoyer à un laboratoire. Comment réagissez-vous à cette proposition ?**

La réaction des participants est largement favorable. De façon quasi unanime, ils trouvent ce test facile, discret...

*« C'est pratique, on fait ça chez soi, à l'aise. Ce n'est pas agressif, ce n'est pas invasif. »*

*« On fait ça soi-même, on se sent plus impliqué, c'est une bonne formule. »*

La réalisation de ce test ne suscite que quelques rares réactions de rejet, de dégoût. Par contre, ce qui intéresse surtout les participants, c'est

d'avoir une information claire quant aux résultats du test : comment seront-ils informés des résultats, dans quel délai ?

**Si les résultats du test sont positifs, il faudra faire un examen complémentaire. la coloscopie. Qu'en pensez-vous ?**

Les avis sur ce sujet sont plus circonspects : la coloscopie est toujours perçue comme un examen délicat.

« En parler, ne pas en parler... Il y a une question de pudeur. Il y a comme une sorte de honte à faire une coloscopie, c'est un sujet encore tabou, c'est délicat. »

« Il y a la position lors de l'examen, cela met mal à l'aise. Mais je le ferais parce que je ne vais pas rester sans savoir si j'ai un vrai problème. »

« Je le fais si cela m'empêche d'avoir le cancer ou me donne de bonnes chances de guérir. »

Les personnes ayant déjà subi cet examen sont quant à elles plus rassurantes, elles le dédramatisent et le conseillent.

« Heureusement, maintenant, cela se fait sous sédation ! »

« Moi je prends deux – trois Amaretto ou Limoncello avant d'y aller... »

« Je le fais, mais je négocie avec le gastro-entérologue pour que cela soit indolore : une petite anesthésie, un Valium... »

### En conclusion

Ces rencontres ont permis de confirmer certaines données (par exemple les sources d'information les plus sollicitées par le public) mais elles ont aussi amené quelques surprises comme la sous-estimation de l'importance de la fréquence du cancer de l'intestin, l'accueil favorable des participants vis-à-vis du test de dépistage proposé et leur avis pondéré et nuancé sur la coloscopie.

Les professionnels, médecins généralistes et gastro-entérologues, étaient en effet inquiets sur l'acceptation par le public du dépistage proposé.

Tous ces éléments relevés lors des groupes focus ont permis de préciser les messages adressés au grand public :

- l'importance du cancer colorectal : vous savez que ce cancer existe mais il est plus fréquent que vous ne le pensez. On en parle peu, parlons-en !

- le risque - la protection : ce que vous ne savez pas, c'est qu'il est possible de le dépister.

- votre médecin traitant est votre interlocuteur, il vous conseillera.

- une visite chez votre médecin et vous faites le test chez vous, c'est simple et discret.

Les avis recueillis lors des interviews de groupe permettent également de s'adresser aux médecins pour réaffirmer leur place déterminante auprès de leurs patients en tant que conseillers en matière de prévention. Les médecins détiennent des informations et ont des compétences en matière de prévention; leurs patients attendent qu'ils s'impliquent activement dans ce domaine.

**Bernadette Taeymans**, SCPS-Question Santé asbl, avec l'appui de **Christian De Bock**

## Génération en Santé 2008-2012

Un programme Interreg IV qui mobilise neuf partenaires en France et en Belgique

Le programme franco-belge *Génération en Santé* est une initiative pluri-thématique, alliant observation et action, qui s'inscrit dans la continuité des programmes européens *Enquête sur la santé des jeunes* et *Vers des programmes transfrontaliers de santé*. Il mobilise trois provinces belges (Hainaut, Luxembourg et Namur) et trois régions françaises (Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais et Picardie).

*Génération en Santé* se focalise sur la promotion de la santé chez les jeunes et chez les seniors, sur la connaissance transfrontalière des problèmes de santé et sur le développement d'un pôle transfrontalier de compétences en santé publique. Une série d'objectifs opérationnels ont été fixés (voir encadré page suivante). *Génération en Santé*, ce sont aussi des partenaires associés et de très nombreux acteurs locaux (écoles, santé scolaire, associations, pouvoirs locaux, services aux personnes âgées...)

mobilisés au sein du programme. Le budget s'élève, pour quatre années, à 4.075.000 euros couverts à 46 % par le Fonds Feder de l'Union européenne. Les autorités nationales, régionales et provinciales (Belgique, France) prennent en charge les 54 % restants.

### La promotion de la santé chez les jeunes et les seniors

Coopérer dans la mise en place de programmes de promotion de la santé chez les jeunes et innover en promotion de la santé des seniors constituent deux priorités du programme.

Les enquêtes sur la santé des jeunes réalisées dans le cadre des programmes Interreg II et III ont identifié clairement des priorités communes dans les domaines de la promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière et de lutte contre les assuétudes, en particulier le tabac.

Les indicateurs récoltés montrent qu'en l'absence d'interventions majeures auprès des publics jeunes, la progression de problèmes de santé tels que l'obésité, le diabète, l'hypertension, les maladies ischémiques, les cancers, les problèmes ostéo-articulaires sera inéluctable. En complément aux efforts nationaux respectifs, la coopération transfrontalière va permettre une amélioration qualitative et quantitative des programmes. Sur base des expériences transfrontalières passées et des recommandations de bonne pratique, le projet stimulera la production commune d'outils d'éducation pour la santé et organisera l'accompagnement transfrontalier de projets d'écoles. Dans les localités proches de la frontière, la création d'activités et de programmes s'adressant plus particulièrement à l'extracolaire et faisant appel à des ressources transfrontalières est un troisième volet d'intervention.

En ce qui concerne les seniors, les recommandations conjointes de l'OMS/ONU (Madrid 2002) sur le vieillissement se base sur le principe du « Vieillir actif » en préconisant la participation des seniors, le développement de toutes les formes de sécurité et la promotion de la santé tant dans ses aspects préventifs que curatifs. Le projet « Healthy Ageing » de l'Union européenne identifie les thèmes prioritaires : la qualité du travail des travailleurs âgés; le développement du capital social; la santé mentale; l'environnement; la nutrition; l'activité physique; la prévention des accidents; la consommation et les abus (tabac, alcool); le mauvais usage des médicaments; les services de santé préventive.

Des initiatives en faveur de la santé et de la qualité de vie des seniors sont déjà développées aujourd'hui au sein des territoires : le programme « Bien vieillir » en Champagne-Ardenne, les ateliers « Equilibre » dans le Département des Ardennes, les ateliers « Intergénérationnels » sur la mémoire du territoire dans le Nord-Pas-de-Calais, une enquête sur la qualité de vie relative notamment à l'autonomie, la dénutrition, la dépression en Picardie, le support au maintien à domicile et des équipes spécialisées en santé

mentale en province de Namur, un répertoire social et un groupement « Senior et loisirs » en province de Luxembourg, les « Universités du temps disponible » en Hainaut.

Ces initiatives sont cependant mises en œuvre de façon isolée et principalement orientées vers l'accompagnement et la prise en charge plus que vers la prévention et la promotion de la santé. L'intérêt et l'efficacité de la promotion de la santé chez les seniors sont établis. Ce champ d'intervention innovant sera par conséquent prioritaire.

Le Forum scientifique et d'échanges de pratiques organisé en clôture du programme Interreg III « Santé des seniors » a aussi montré les demandes, les attentes et les besoins de professionnels en termes de soutien aux aidants naturels, de formation aux nouveaux métiers auprès des seniors, de travail en transfrontalier, de travail en réseau, de communication et de participation des seniors eux-mêmes. Rencontrer cette demande sera le deuxième axe prioritaire de cette action.

### La connaissance transfrontalière des problèmes de santé

Hormis les enquêtes sur la santé des jeunes, la collaboration transfrontalière s'est élargie,

en 2004, avec la réalisation d'un *Tableau de bord transfrontalier de la santé* (disponible sur le site [www.generationsensante.eu](http://www.generationsensante.eu)). Cet outil dresse des profils sanitaires comparatifs entre le Nord de la France et le Sud de la Belgique et positionne la zone éligible par rapport aux moyennes nationales. Ce diagnostic commun met en évidence des déficits de santé marqués par rapport aux niveaux nationaux. Les liens sont très étroits entre les problèmes de santé prévalents (maladies cardiovasculaires, cancers, accidents) et les conditions de vie et comportements des populations de la zone.

Les retombées de cette collaboration transfrontalière dans le champ de l'observation de la santé sont importantes : publications et communications scientifiques, large diffusion médiatique des résultats, sensibilisation de décideurs locaux et des associations, soutien à la mise en place de programmes jeunes en transfrontalier, signature d'une *Entente interrégionale de la lutte contre l'obésité...*

Cette expérience très positive de traitement transfrontalier de l'information de santé et de sa diffusion incite les opérateurs à poursuivre cette action en l'élargissant à toute la zone et en privilégiant une structuration

## Les objectifs opérationnels de Générations en Santé

- Poursuivre et développer des *Tableaux de bord transfrontaliers de la santé* par une mise à jour temporelle et une extension des territoires et des thèmes. Les Tableaux de bord sont destinés à soutenir l'action et les décisions dans tous les domaines de santé et en particulier ceux qui sont reconnus comme prioritaires.
- Réaliser des enquêtes, homogénéiser et pérenniser la collecte d'informations en soutien aux actions « Junior » et « Senior ».
- Diffuser de manière active des informations de santé produites au niveau local, régional voire national auprès du grand public, des décideurs de santé et des acteurs de santé au sens large, dans un langage adapté accessible au plus grand nombre (rapports, articles, émissions radio, web diffusion).
- Développer une dynamique transfrontalière locale de promotion de la santé, du bien-être et de la qualité de vie pour les enfants et les jeunes.
- Construire et implanter « Ecoles 21 » en créant un réseau transfrontalier des Ecoles 21 (programme à construire à partir du concept « Ecoles en santé » et de « l'Agenda 21 » du développement durable).
- Réaliser et diffuser des supports informationnels pour les jeunes, parents et professionnels en particulier sur les thèmes de l'alimentation équilibrée, de l'activité physique régulière et du tabagisme.
- Développer des services de proximité de promotion de la santé des seniors sur les zones frontalières.
- Identifier et faire connaître l'offre de formations pour promouvoir la santé des seniors, diffuser et implanter dans l'espace transfrontalier interrégional un modèle transfrontalier de formation à la prévention des chutes.
- Identifier, labelliser et promouvoir les outils de promotion de la santé et d'éducation pour la santé des seniors dans l'espace transfrontalier interrégional particulièrement ceux en lien avec les maladies chroniques et sur les thèmes de l'alimentation, de l'activité physique et du tabac.
- Etudier la faisabilité du développement d'un pôle transfrontalier de compétence en santé publique couvrant les zones éligibles et adjacentes.
- Assurer une gestion efficace de l'ensemble des actions du projet et l'assurance de qualité des processus et services.

pérenne des méthodes communes de collecte d'information.

### Un pôle transfrontalier de compétences en santé publique

En faisant appel aux réseaux de contacts de

chaque opérateur, il sera possible de structurer une offre de compétence en santé publique. Le projet proposera des modalités concrètes d'opérationnalisation de ce pôle transfrontalier de compétence conçu pour apporter un soutien efficace aux acteurs

locaux de la zone en utilisant de manière optimale les ressources et organisations existantes.

Pour plus d'informations, consultez le site [www.generationsensante.eu](http://www.generationsensante.eu).

Contact : [info@generationsensante.eu](mailto:info@generationsensante.eu)

## RÉFLEXIONS

# Retour sur la 2<sup>e</sup> journée liégeoise de promotion de la santé

Le 7 octobre dernier se déroulait la deuxième journée liégeoise de promotion de la santé, organisée par le Centre liégeois de promotion de la santé à l'occasion de son 10<sup>e</sup> anniversaire. Réalisée en collaboration avec l'École de Santé publique de l'Université de Liège, cette journée portait sur une problématique tout à la fois urgente, passionnante et complexe à appréhender, celle des inégalités sociales de santé.

S'appuyant sur un travail préparatoire intense, son objectif était de mettre en évidence des initiatives locales, d'offrir une tribune à des partenaires incontournables du combat pour la réduction des inégalités (autorités politiques, mutualités, CPAS), et bien entendu d'impliquer concrètement les participants dans des ateliers débouchant sur la réaffirmation du caractère collectif de la promotion de la santé et sur une série de recommandations aux décideurs liégeois.

*Éducation Santé a eu le plaisir de réaliser les actes de cet événement, disponibles mi-avril au CLPS, Bd de la Constitution 19, 4020 Liège. Tél.: 04 349 51 44. Fax : 04 349 51 30. Courriel : [promotion.sante@clps.be](mailto:promotion.sante@clps.be).*

*Internet : [www.clps.be](http://www.clps.be).*

Nous vous proposons de découvrir aujourd'hui l'intervention de **Martine Bantuelle**, présidente sortante du Conseil supérieur de promotion santé de la Communauté française, en début de journée. Nous publierons aussi prochainement celle de **Chantal Leva**, directrice du CLPS, et les conclusions du **Prof. Sébastien Brunet**, du Spiral (Spiral and Public Involvement in Risk Allocations Laboratory) de l'Université de Liège.

**CDB**

### Les inégalités sociales de santé, une priorité de la promotion de la santé

Avant tout, rappelons-nous deux choses : la promotion de la santé a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, dont nous venons de fêter les 30 ans; d'autre part, gardons aussi à l'esprit que si la santé augmente dans le monde, les écarts se creusent de plus en plus entre les groupes de populations, les régions et les pays.

En Belgique, un groupe de travail « inégalités en santé » constitué par la Fondation Roi Baudouin rappelait la répartition inéquitable de la santé parmi la population belge.

Deux exemples : selon la place que l'on occupe dans l'échelle sociale, l'âge moyen du décès est entre 3 et 5 ans plus précoce chez les personnes défavorisées. Celles qui ont un faible niveau de scolarité vivent en bonne santé en moyenne 18 à 25 années de moins que celles qui ont un haut niveau d'études. Et pourtant, le nombre de recours aux soins en hospitalisations et en contacts avec le médecin généraliste est en moyenne 2 fois plus élevé chez les personnes ayant le moins de revenus.

### Constats internationaux

Il apparaît que les inégalités de santé dépendent bien moins du système de soins que de la répartition des richesses et de la solidarité organisée par les États.

**Pierre Aiach** et **Didier Fassin** mettent en évidence le problème de la définition et de la qualification des inégalités sociales de santé

qui est essentielle pour les différencier des inégalités de santé longtemps considérées comme naturelles.

Selon eux, deux conditions sont nécessaires pour que l'on parle d'inégalités sociales de santé : la première est qu'elles portent sur un objet socialement valorisé, à savoir la vie par opposition à la mort, la santé et le bien-être par opposition à la maladie, au handicap, à la souffrance... La seconde est que cet objet socialement valorisé concerne des groupes sociaux hiérarchisés en classes sociales, catégories socioprofessionnelles, appartenance ethnique...

Il s'agit d'inégalités si ces disparités ont un effet sur la santé des groupes en question; dans le cas contraire, on parle de différence. Les inégalités sociales de santé sont le produit final des disparités structurelles en termes de ressources, de logement, d'alimentation, d'emploi et de travail, de scolarisation et de formation. Celles-ci caractérisent la solidarité sociale d'un pays ou d'un territoire.

À deux reprises, l'OMS a publié un document intitulé « Les faits ». Il s'agit d'un outil qui a pour objectif de faire en sorte que la politique menée à tous les échelons tienne compte des derniers résultats de la recherche, selon lesquels une société en bonne santé est créée grâce aux interventions d'un ensemble large de secteurs.

Que savons-nous aujourd'hui ?

Que pour améliorer la santé, il faut réduire les taux d'échec scolaire, l'insécurité et le chômage, et améliorer l'habitat. Les sociétés qui permettent à tous leurs citoyens de jouer un rôle utile dans la vie sociale, économique et

culturelle sont dans une meilleure situation sanitaire que celles qui se caractérisent par l'insécurité, l'exclusion et la pauvreté.

Qu'à l'école, sur le lieu de travail et ailleurs, la qualité de l'environnement social est souvent aussi importante pour la santé que l'environnement physique.

Les cadres favorisant un sentiment d'appartenance, de participation et de valorisation de l'individu sont plus propices à la santé que ceux dans lesquels on se sent exclu, ignoré et exploité.

Que l'existence de bonnes relations sociales peut réduire les réactions physiologiques au stress. Un soutien social peut accroître le taux de guérison de maladies diverses et favoriser le bon déroulement d'une grossesse chez les femmes vulnérables.

Que la réduction de la circulation routière diminue le nombre de décès et de traumatismes graves consécutifs aux accidents de la route et diminue la pollution liée aux gaz d'échappement. Par ailleurs, les banlieues accessibles uniquement aux voitures tendent à isoler les personnes non motorisées, en particulier les personnes âgées et les jeunes. Contrairement à l'utilisation de la voiture, qui isole les gens, la marche à pied, le vélo et les transports en commun stimulent les contacts sociaux.

Ces quelques exemples suffisent pour se rendre compte que mener une politique de santé pour tous aujourd'hui c'est prioritairement **agir sur les déterminants sociaux de la santé et engager tous les niveaux et les secteurs dans cette action.**

**Margaret Whitehead** a mis en évidence que les facteurs qui ont une influence sur les inégalités sociales de santé se situent à différents niveaux, allant du niveau individuel, du niveau de la communauté, du niveau des services et structures, au niveau macro-social, ayant de l'influence les uns sur les autres selon leur importance.

Il en découle une combinaison d'actions stratégiques de renforcement de ces quatre niveaux :

- renforcement des personnes par des interventions sur les modes de vie;
- renforcement de la communauté : cohésion horizontale et verticale;
- renforcement des conditions de vie et de

travail, de l'accès aux services et structures;

- renforcement des mesures économiques, sociales, culturelles et environnementales qui diminuent les inégalités.

Les conclusions d'une étude toute récente réalisée au Québec mettent en évidence que des interventions doivent se développer au niveau macro-social et être orientées vers les populations les plus démunies et qu'en fonction des inégalités observées entre les territoires, mais surtout à l'intérieur de ceux-ci, les interventions doivent être ciblées localement.

■  
**Les sociétés qui permettent à tous leurs citoyens de jouer un rôle utile dans la vie sociale, économique et culturelle sont dans une meilleure situation sanitaire que celles qui se caractérisent par l'insécurité, l'exclusion et la pauvreté.**  
■

## En Communauté française

Ces orientations sont rappelées dans le Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé de la Communauté française (2008-2009).

Il a pour finalité « *d'améliorer la qualité de vie et la santé des personnes en agissant sur les déterminants de la santé, en s'appuyant sur les structures et les acteurs de tous les secteurs concernés et en veillant à réduire les inégalités face à la santé en s'appuyant sur les stratégies de promotion de la santé* ».

Les auteurs du Plan rappellent que « *pour comprendre l'impact négatif de la précarité socio-économique, il convient de mieux cerner les conditions et situations de vie des personnes défavorisées* » et que « *les programmes de promotion de la santé tiennent compte des publics vulnérables ainsi que de la relation entre problèmes de santé et situations vécues par certains groupes de population* ».

Renforçant encore ce point de vue, le Conseil supérieur de promotion de la santé, dans son avis pour la rédaction du Programme quinquennal de promotion de la santé 2009-2013, recommande qu'il mette encore plus l'accent sur la réduction des inégalités face à la santé.

Il précise que ce choix implique :

- une large participation de la population aux programmes élaborés;
- la prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé en cause dans les problématiques de santé;
- une approche intersectorielle impliquant l'ensemble des acteurs (populations, professionnels, élus).

Il constate aussi que :

- certains programmes peuvent être générateurs d'inégalités face à la santé;
- le concept de participation peut être réduit à une responsabilité individuelle risquant de rompre les solidarités;
- les approches intersectorielles sont difficiles à initier faute d'identifier correctement et complètement les déterminants en cause et faute d'accords aux différents niveaux politiques de décision.

Le Conseil supérieur insiste aussi sur :

- la nécessité de veiller à ce que chaque programme de promotion de la santé contribue à réduire les inégalités face à la santé;
- le collectif et le communautaire plus que sur la responsabilisation individuelle;
- l'implication des acteurs de tous les secteurs afin que progressivement chaque initiative mise en place soit porteuse de santé dans une logique de développement durable.

L'initiative prise par le CLPS de Liège et ses partenaires d'organiser la Deuxième journée liégeoise de promotion de la santé le 7 octobre 2008, s'inscrit parfaitement dans cette voie, tant par la dynamique préparatoire à cette journée que par les perspectives qui en découleront. Notre meilleur souhait est celui de voir ces recommandations prises en compte dans l'élaboration des politiques.

**Martine Bantuelle**, Présidente du Conseil supérieur de promotion de la santé

## Bibliographie

- P. Aiach, D. Fassin, L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé, in Revue du Praticien, vol 54, n°20, Paris 2004
- OMS, Les faits, Les déterminants sociaux de la santé, deuxième édition, Copenhague, 2007
- Fondation Roi Baudouin, Inégalités en santé, recommandations politiques, Bruxelles, 2006



■ D. Deliège, Accès à la santé et aux soins, Journée du réseau wallon de lutte contre la

pauvreté, 2006

■ X.Leroy, I.Neirynck, Disparités régionales en

soins de santé chez les personnes âgées, étude interuniversitaire, UCL-SESA, 1992.

## Être jeune aujourd'hui

Par son parcours professionnel, **Bernard De Vos**, le Délégué général aux droits de l'enfant, a eu l'habitude de rencontrer des jeunes sur le terrain et, lorsqu'il parle de ces derniers, son discours est sans aucun doute nourri par son expérience.

Le 5 novembre 2008, après avoir évoqué longuement la question de l'alcool chez les jeunes Bruxellois tout au long de la journée<sup>1</sup>, en insistant sur le danger de stigmatiser tant le produit que le public, un commentaire de Bernard De Vos nous a semblé des plus utiles pour élargir la thématique.

Il nous livre, par ses constats et ses observations des jeunes, quelques éléments pour tenter de mieux comprendre leur vécu, tout simplement...

### La jeunesse : maudite de tous temps

« Les jeunes d'aujourd'hui ne sont plus ceux qu'on était à l'époque... »

Voir la génération qui nous suit comme pire que la nôtre ou que celle qui nous précède est un fait qui se retrouve tout au long de l'histoire. Cette tendance à externaliser nos difficultés d'adultes sur les jeunes donne à ces derniers un pouvoir considérable qui est en réalité insignifiant puisque, par définition, inexistant. Le seul pouvoir que détiennent les jeunes est celui d'être à l'image de la société qui les a fait naître. Or, le stigmate qu'on leur fait endosser nous empêche de voir l'incohérence qui réside au sein de la société actuelle, où le pouvoir des libertés individuelles n'a jamais été aussi élevé, alors que les liens sociaux n'ont jamais été aussi peu développés.

Les jeunes d'aujourd'hui se sentent ainsi coupables du mauvais fonctionnement d'une société dans laquelle l'insécurité grandissante



est pesante, puisque dépourvue d'attachements, dont on sait pourtant l'importance pour le développement de soi.

■  
**Ce qu'il manque aux jeunes in fine, c'est l'attachement, c'est-à-dire le sentiment d'être important dans le regard de quelqu'un.**  
■

Sans pour autant entamer une complainte de la société actuelle, il s'agit tout de même de tenir compte des réalités sociales pour identifier le malaise que les jeunes peuvent ressentir, évoluant dans une société où les repères sont absents.

Les rites d'initiation, par exemple, autrefois très marqués (le service militaire notamment, qui donnait l'occasion de goûter sa première cigarette ou son premier verre d'alcool), n'existent plus aujourd'hui, ces expériences se font maintenant seul. L'enfant, ce petit

« être en devenir », devient « être au moment de venir » : on naît individu et on devient très vite adulte. Pourtant, on sait combien la filiation est importante et combien l'enfant a besoin de l'adulte pour avancer...

La violence et la sexualité, banalisés et accentués par les médias, font également partie du quotidien des jeunes et reflètent, par conséquent, un contexte d'éducation difficile, inquiétant, et bien différent de celui d'antan.

### Face à l'incertitude... une plus grande solitude

Le jeune veut donc se construire, avancer... Mais comment le faire dans un monde si incertain qu'avancer n'est pas concevable et provoque colère et aversion, tant vis-à-vis des autres que de soi-même ?

Face à cette difficulté de trouver les moyens d'atteindre ses objectifs, il recourt à des méthodes lui permettant, selon lui, de survivre dans un milieu qu'il craint.

Mais ces stratégies, dont la consommation de produits psychotropes est un exemple, jouent sur les sensations et non sur les émotions.

Pourtant, les émotions sociales ont un rôle primordial, parce qu'elles permettent l'inhibition du passage à l'acte lorsque l'on parle de délinquance, ou parce que, plus largement, elles donnent la possibilité d'entrevoir une trajectoire.

C'est pourquoi il apparaît judicieux d'aider les jeunes à ressentir leurs émotions sociales et à mieux les gérer, plutôt que de les enfermer dans des lieux dépourvus de ces stimuli, nécessaires pour vivre en société. En effet, Bernard De Vos souligne qu'il ne peut y avoir de rappel à la loi sans émotions sociales, celles-ci étant génératrices du sentiment de culpabilité.

### Et Bruxelles dans tout ça ?

Bruxelles, capitale de l'Europe qui revendique sa multiculturalité, est en réalité une bien

<sup>1</sup> Voir 'L'alcool chez les jeunes à Bruxelles', par C. De Bock, Éducation Santé n° 240, p. 12. Internet : <http://www.educationsante.be/es/imprarticle.php?id=1069>

petite métropole qui ne parvient pas à jouer de ses spécificités.

Un clivage certain réside entre les jeunes « blancs » et les jeunes « noirs » et « beurs », au niveau scolaire en premier lieu (pas d'écoles 'mixtes' à Bruxelles), mais aussi au niveau des loisirs, où les activités culturelles sont très peu pratiquées parmi les jeunes « noirs » et « beurs ».

Outre l'insécurité principale que les jeunes ressentent à travers le (dys)fonctionnement de la société actuelle, les jeunes Bruxellois ont à faire face à une insécurité liée aux caractéristiques propres à leur ville. Ils doivent donc évoluer dans un milieu où la crainte de rencontrer l'autre, inconnu de par ses origines, ses codes culturels et même parfois la langue, est permanente.

Dès lors, il s'avère capital de prendre en considération cette réalité lorsque l'on conçoit des programmes de prévention à Bruxelles, au risque de renforcer les clivages existants si on ne le fait pas.

### Comment (ré) agir ?

Bernard De Vos retient quatre éléments principaux dont il importe de tenir compte, notamment lors de la mise en place de programmes de prévention et/ou d'éducation :

- **Favoriser la participation des jeunes.** Les

jeunes se sentant déjà exclus, il paraît primordial de les inclure dans le processus et de tenir compte de leurs avis.

- **Reconnaître les compétences des jeunes,** les chercher pour les utiliser ensuite.

- **Poser un regard positif sur les jeunes,** bien plus porteur et constructif qu'un regard pessimiste, qui s'avère stérile.

- **Prendre les jeunes au sérieux,** plutôt que de les prendre au mot. Si certains jeunes évoquent des besoins matériels, dits secondaires, plutôt que leurs besoins véritables (pensons aux jeunes de banlieue qui demandent à avoir des terrains de foot, qu'ils saccageront parfois eux-mêmes le lendemain), il s'agit de les aider avant tout à formuler leurs attentes et à construire leurs recommandations.

### Conclusion : l'attachement, vecteur des relations sociales

Ce qu'il manque aux jeunes *in fine*, c'est l'attachement, c'est-à-dire le sentiment d'être important dans le regard de quelqu'un. Au contraire du clivage bruxellois relevé ci-dessus, le manque d'attachement est un point commun à tous les jeunes d'aujourd'hui, qu'ils soient issus des quartiers populaires ou des banlieues riches.

Par conséquent, nous, adultes, devons tenir

compte de ce besoin primaire à chaque fois que l'on entre en relation avec un jeune en nous posant cette question fondamentale : « ce jeune est-il attaché ? »...

**Anne-Sophie Poncelet**, Univers santé, sur base des propos de **Bernard De Vos**, Délégué général aux droits de l'Enfant

### Trace

Les actes de la journée du 5 novembre 2008 'L'alcool chez les jeunes à Bruxelles : qu'en est-il et qu'en faisons-nous' sont sortis. Vous y trouverez un état des lieux très complet par **Martin de Duve**, la relation des quatre ateliers du jour, le discours du Ministre **Benoît Cerexhe**, les conclusions de **Bernard De Vos** bien sûr, et une large description d'outils de promotion de la santé en matière d'assuétudes.

*Un document de 28 pages disponible sur simple demande à Univers santé, Place Galilée 6, 1348 Louvain-la-Neuve. Tél.: 010 47 28 28. Fax : 010 47 26 00. Courriel : univers-sante@uclouvain.be.*

## STRATÉGIE

# Le programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française

## Finalité du programme de dépistage du cancer colorectal

*Le cancer colorectal constitue, en Belgique, par ordre de fréquence, le 3<sup>e</sup> cancer touchant la population masculine et le 2<sup>e</sup> cancer touchant la population féminine. Le risque de développer un cancer colorectal commence à augmenter après l'âge de 40 ans et de façon plus importante après l'âge de 50 ans. Ce risque double approximativement à chaque décennie.*

Le taux de mortalité liée à ce cancer est élevé car le diagnostic et le traitement sont généra-



**Programme de dépistage  
du cancer colorectal  
en Communauté française**

lement réalisés à un stade avancé de la maladie.

De nombreuses études ont démontré que la mortalité liée à ce cancer peut être réduite grâce au dépistage d'individus asymptomatiques.

Les cancers colorectaux sont généralement précédés par des lésions bénignes dont l'exérèse peut éviter la survenue d'un cancer.

La recommandation du Conseil européen du

2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer (2003/878/CE) recommande par ailleurs aux États membres de mettre en place un programme de dépistage du cancer colorectal, par recherche de sang occulte dans les selles, pour les femmes et les hommes de 50 à 74 ans, afin de réduire la mortalité des suites d'un cancer colorectal.

### Objectifs du programme de dépistage du cancer colorectal

Organiser l'ensemble des activités du dépistage du cancer colorectal permettant de dépister toutes les personnes relevant de la compétence de la Communauté française, âgées de 50 à 74 ans.

Ces activités sont les suivantes :

1. Informer et former les médecins généralistes et les gastro-entérologues francophones inscrits sur le listing des dispensateurs de soin de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;
2. Assurer l'approvisionnement des médecins généralistes en kits de dépistage;
3. Organiser les invitations à participer au programme;
4. Réceptionner les tests FOBT réalisés par les personnes concernées et les lire;
5. Assurer la transmission des résultats;
6. Assurer le suivi des résultats;
7. Assurer la cohérence et la pertinence du programme de dépistage du cancer colorectal;
8. Assurer la concertation entre les différents acteurs du programme : Communauté française, médecins (généralistes et gastro-entérologues), Registre du Cancer, etc.;
9. Assurer la qualité du programme;
10. Organiser le traitement des informations et des résultats;
11. Analyser des données anonymisées à des fins statistiques et épidémiologiques, en vue de l'évaluation du programme.

### Fonctionnement du programme

Un Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal est mis en place au sein du Centre de référence pour le dépistage des cancers agréé par l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 11 juillet 2008 relatif au dépistage des cancers en Communauté française.

Mars 2009

### Lancement du programme de dépistage du cancer colorectal

Le cancer colorectal représente en Belgique quelque 7.700 nouveaux cas par an; il s'agit du cancer digestif le plus fréquent. Il arrive en troisième position chez l'homme après le cancer de la prostate et du poumon et en deuxième position chez la femme après le cancer du sein.

Il reste associé à une mortalité élevée (40 à 50 % des personnes atteintes décèdent dans les 5 ans). Le nombre de nouveaux cas est faible avant 50 ans pour augmenter ensuite de façon rapide.

L'objectif du dépistage de masse proposé en Communauté française est de réduire la mortalité par la détection précoce de lésions

cancéreuses. De plus, la détection suivie de l'exérèse des adénomes permet d'éviter le développement de cancers.

La population cible est la population appartenant à la tranche d'âge 50-74 ans. Le test de dépistage retenu en Communauté française est le test de recherche de sang occulte dans les selles (Hémocult II).

Les personnes présentant des symptômes ou ayant des antécédents personnels ou familiaux doivent quant à elles faire l'objet d'un suivi spécifique.

Les modalités d'organisation du dépistage sont précisées dans ce numéro.

Ce **Centre de gestion** du dépistage du cancer colorectal a pour missions :

- 1° l'organisation des invitations et réinvitations envoyées à la population concernée en vue de l'inviter à se rendre chez son médecin généraliste ainsi que la participation à l'élaboration de campagnes de sensibilisation de la population concernée en vue de l'inciter à se rendre chez son médecin généraliste;
- 2° la lecture des tests FOBT et la transmission des résultats;
- 3° le suivi des tests FOBT positifs et des demandes de coloscopie d'emblée;
- 4° l'établissement et la tenue à jour d'une base de données, dont la Communauté française est responsable;
- 5° l'approvisionnement et le réapprovisionnement des médecins généralistes en kits.

Le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal invite et/ou sensibilise la population concernée à se rendre chez son médecin généraliste.

Le médecin généraliste, après évaluation du risque, motive la personne concernée à réaliser un test de dépistage ou l'adresse à un gastro-entérologue en vue d'une coloscopie totale. Le **Centre de référence** va, quant à lui, entre autres :

- réaliser une analyse des données anonymisées reprises dans la base de données établie

et tenue à jour par le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal, afin notamment d'évaluer la qualité et l'efficacité du programme en Communauté française, en collaboration avec la Fondation du Registre du Cancer;

- soumettre des propositions en vue d'adapter le programme du cancer colorectal aux évolutions scientifiques et technologiques;
- superviser et évaluer le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal.

### Le déroulement détaillé du programme

#### Information et formation des médecins

En vue d'assurer le démarrage efficace du programme, informer et former les médecins généralistes et les gastro-entérologues, sur base d'un cédérom établi en consensus entre les différents acteurs du programme (information et formation organisées par le Centre de référence).

#### Fourniture de kits

Le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal fournit un kit 'médecin' aux médecins généralistes avant le démarrage des premières invitations.

Le médecin généraliste peut demander par voie électronique, par fax ou par téléphone

la livraison d'un nouveau kit qui lui sera envoyé par voie postale dans les meilleurs délais afin de réapprovisionner son stock.

Le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal évalue l'utilisation des kits par médecin généraliste.

### Invitations

Le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal envoie chaque mois les invitations, comprenant la lettre d'invitation, un questionnaire et le dépliant d'information, aux personnes âgées de 50 à 74 ans leur proposant de se rendre chez leur médecin afin de participer au programme.

Les invitations sont envoyées le mois anniversaire, au cours d'une année paire pour les personnes qui sont nées un jour impair et au cours d'une année impaire pour les personnes qui sont nées un jour pair.

Si une personne ne désire pas participer au programme, elle peut motiver son refus via le questionnaire et le renvoyer au Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal.

### Réinvitations

Le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal envoie une réinvitation aux personnes concernées, deux ans après la réalisation d'un test négatif ou 5 ans après une coloscopie négative.

Si une personne désire ne plus participer au programme, elle peut motiver son refus via le questionnaire et le renvoyer au Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal.

### Campagnes de sensibilisation

L'Administration organise, en collaboration avec le Centre de référence, des campagnes de sensibilisation à destination de la population et des médecins concernés.

### Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste motive sa patientèle éligible à participer au programme. La participation au programme de dépistage peut faire suite à la lettre d'invitation, à une démarche personnelle ou sur incitation du médecin généraliste au cours d'une consultation ordinaire.

Le médecin généraliste, après anamnèse, évalue le niveau de risque de développer un cancer colorectal.

Il complète, en ce qui le concerne, le questionnaire, dont les données reprises doivent comprendre au minimum :

- les coordonnées de la personne : n° NISS, nom, prénom, sexe, date de naissance, adresse complète, n° ou nom de la mutuelle,
- les coordonnées du médecin généraliste : nom, prénom, adresse complète,
- la date de consultation,
- les données d'anamnèse,
- la recommandation quant au type de dépistage.

En cas de risque moyen de développer un cancer colorectal, le médecin généraliste remet à la personne concernée le test FOBT à réaliser à domicile, le questionnaire qu'il a complété en ce qui le concerne, et une enveloppe pré-adressée au Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal et port payé par le destinataire. La personne renvoie au Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal le test FOBT réalisé à domicile (clairement identifié avec ses coordonnées au moyen d'une vignette de mutuelle ou d'étiquettes pré-imprimées sur le questionnaire) et le questionnaire au moyen de l'enveloppe pré-adressée et port payé par le destinataire.

En cas de risque élevé ou très élevé de dévelop-

■  
**La participation au programme de dépistage peut faire suite à la lettre d'invitation, à une démarche personnelle ou sur incitation du médecin généraliste au cours d'une consultation ordinaire.**  
■

per un cancer colorectal, le médecin généraliste oriente la personne vers un gastro-entérologue et lui remet un formulaire autocopiant de demande de coloscopie totale ainsi qu'une enveloppe pré-adressée au Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal et port payé par le destinataire.

Le médecin généraliste renvoie simultanément le questionnaire complété au Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal.

### Réception et encodage des données

Les données relatives à la personne concer-

née sont encodées par le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal dans une base de données sécurisée qui lui est propre. Ladite base de données est sous la responsabilité de la Communauté française.

La personne doit prendre connaissance de la brochure qui explique le programme de dépistage du cancer colorectal et marquer son accord pour l'enregistrement, le suivi et le traitement de ses données personnelles dans ce cadre.

La base de données mentionne clairement si la personne autorise le traitement ultérieur de ses données personnelles dans le cadre du programme.

En cas de refus, le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal limite le traitement des données personnelles à celles qui sont exigées pour l'application des réglementations, notamment en matière de facturation, et pour l'enregistrement du résultat des lectures et la transmission des résultats au médecin généraliste relevant.

Les données saisies comportent au moins les données minimum reprises sur le support accompagnant le test FOBT ou la demande de coloscopie d'emblée.

La personne a le droit de prendre connaissance des données enregistrées qui la concernent et de faire corriger toute donnée inexacte.

Si les données sont illisibles ou incomplètes ou si le test FOBT ne peut pas être interprété en raison de sa mauvaise qualité, le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal avertit le médecin généraliste et l'invite, le cas échéant, à faire recommencer le test FOBT.

### Lecture des tests FOBT

Le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal procède à la lecture des tests FOBT qu'il reçoit et encode les résultats dans sa base de données.

### Résultats

Suite à la lecture des tests FOBT, tous les résultats sont transmis au médecin généraliste par le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal. Pour chaque résultat des tests FOBT, un arbre décisionnel définit l'attitude à adopter.

### Transmission des résultats positifs

En cas de test positif, le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal informe aussitôt le médecin généraliste qui annonce le

résultat du test positif à la personne concernée et l'invite à poursuivre la mise au point. La personne concernée reçoit également un courrier du Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal, 5 jours après l'envoi du courrier à son médecin généraliste, l'invitant à prendre contact avec son médecin.

### Coloscopie totale

En cas de test positif ou pour une personne présentant un risque élevé ou très élevé de cancer colorectal, une coloscopie totale doit être effectuée par un gastro-entérologue. Le gastro-entérologue communique les résultats de la coloscopie au Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal via un protocole standardisé.

Le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal enregistre les résultats de cette coloscopie dans sa base de données.

Si dans les deux mois qui suivent la date de demande de la coloscopie, aucun résultat n'est parvenu au Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal, le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal envoie un rappel au médecin généraliste.

### Facturation des prestations relatives à la lecture des tests FOBT

Le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal met en place les procédures nécessaires pour obtenir le remboursement des lectures des tests FOBT auprès de l'INAMI selon la nomenclature en vigueur.

### Analyse des données - évaluation

Le Centre de référence assure une analyse à des fins statistiques et épidémiologiques des données anonymisées en vue de l'évaluation du programme.

### Informations aux médecins

Au moins une fois par an, les données d'évaluation du programme sont transmises par le Centre de référence aux médecins généralistes et gastro-entérologues au travers d'un site web qui leur est consacré.

### Comité de pilotage

Le déroulement détaillé du programme pourra être adapté par l'Administration sur avis du comité de pilotage mis en place dans



© Euro RSCG Life

le cadre de ce programme auprès du Centre de référence. Ce comité de pilotage insistera sur les objectifs relatifs à l'assurance de la qualité, aux coûts et à l'efficacité du programme.

### Assurance de qualité et suivi/évaluation

1. Le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal doit répondre à des critères de qualité de fonctionnement. Ces critères doivent être constamment suivis et évalués par le comité de pilotage.
2. Le suivi/évaluation du programme s'appuie sur certains indicateurs recommandés par le comité de pilotage. De nouveaux indicateurs d'évaluation pourront être proposés. Ils seront en adéquation avec les indicateurs définis dans les 'European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening', lesquels sont élaborés par les experts européens et sont en voie de finalisation.

Ces indicateurs sont par exemple :

- couverture;
- âge au moment des tests (prélèvements);
- qualité des prélèvements;
- délai de transmission des prélèvements (consultation - réception des prélèvements);
- délai entre la réception des prélèvements et la transmission du résultat;
- taux de prélèvements non géables;
- délai entre la transmission du résultat positif et la réception du résultat de la coloscopie;

- taux de tests positifs;
  - taux de 'perdus de vue';
  - spécificité;
  - sensibilité;
  - taux de coloscopies complètes;
  - taux de biopsies;
  - taux de complications;
  - délai de rendez-vous pour une coloscopie;
  - durée de la coloscopie;
  - taux de détection et stades des adénomes et des cancers, etc.
3. L'assurance de qualité au niveau du Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal.

Le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal s'engage à assurer un niveau de qualité maximum à tous les échelons. Ceci inclut notamment l'adoption de **procédures** pour les différentes étapes du processus, la formation continue du personnel et la disposition d'arbres décisionnels.

### Glossaire

- 1° Administration : la Direction générale de la Santé du Ministère de la Communauté française.
- 2° Centre de référence : le Centre de référence agréé en Communauté française pour le dépistage des cancers qui coordonne le programme en Communauté française conformément à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 11 juillet 2008 relatif au dépistage

- des cancers en Communauté française.
- 3° Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal : le centre chargé de la mise en œuvre du programme cancer colorectal.
  - 4° Coloscopie d'emblée : examen endoscopique de l'ensemble du cadre colique. Il est indiqué en cas de risque élevé ou de risque très élevé de cancer colorectal.
  - 5° Décret : le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française.
  - 6° Invitation : lettre envoyée par le Centre de lecture aux personnes âgées de 50 à 74 ans qui n'ont jamais fait de test de dépistage afin de les inviter à profiter d'un test de dépistage du cancer colorectal dans le cadre du Programme.
  - 7° Kits : les kits fournis aux médecins généralistes se composent d'une brochure qui leur est destinée, de kits patients pour la filière 'risque moyen' et de kits patients pour la filière 'risque élevé ou très élevé'.
  - 8° Lettre de résultat : lettre de résultat du test FOBT transmise au médecin généraliste par le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal.
  - 9° Médecin généraliste : médecin généraliste francophone inscrit sur le listing des dispensateurs de soin de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.
  - 10° Questionnaire : document annexé à l'invitation ou remis par le médecin généraliste à la personne qui désire participer au programme. Il permet de déterminer le niveau de risque.
  - 11° Réinvitation : lettre envoyée aux personnes par le Centre de gestion de dépistage du cancer colorectal deux ans après un test négatif ou 5 ans après une coloscopie négative, si ces personnes sont toujours éligibles.
  - 12° Test FOBT : test de recherche de sang occulte dans les selles (« Fecal occult blood test »); il s'agit d'un test dont l'analyse provoque une réaction peroxydasique de l'hémoglobine vis-à-vis d'un réactif au gaiac. La personne doit recueillir deux échantillons sur une même selle sur plusieurs selles successives. Ce test ne nécessite pas de régime alimentaire particulier.

- 13° Test positif : dès que la réaction est positive sur au moins un échantillon parmi ceux utilisés pour un test complet, le test est considéré comme positif; tout test FOBT positif nécessite une mise au point complémentaire consistant en une coloscopie totale.
- 14° Risque moyen : personne asymptomatique qui présente un risque moyen de développer un cancer colorectal. Ce risque est évalué à 3,5 %.
- 15° Risque élevé : personne qui présente des antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal ou qui a des antécédents de polypes adénomateux ou qui a souffert d'une maladie inflammatoire du colon, de la maladie de Crohn, d'une rectocolite ulcéro-hémorragique.
- 16° Risque très élevé : toute personne souffrant d'une maladie de Lynch (cancer colorectal héréditaire non polyposique : HNPCC) ou d'une polypose héréditaire.

*Information fournie par l'Administration de la Santé de la Communauté française*

## MATÉRIEL

# Manger bon, local et de saison

Écolo a concocté avec l'aide de chefs seize recettes, quatre par saison, présentées dans un appétissant livret. Ces recettes, croustillantes et faciles à réaliser, sont préparées avec des produits locaux, frais et de saison et sont réalisées pour 2 à 3 € par repas et par personne. Qu'on se rassure, le goût et la qualité n'en sont pas moins au rendez-vous. Diminuer son empreinte écologique en se faisant plaisir, oui, c'est possible !

### Bon pour la santé, le portefeuille et l'environnement

L'idée de ce livret est de suggérer au grand public des idées de recettes où l'on privilégie des produits frais, locaux et de saison (et pourquoi pas des produits issus de l'agriculture biologique), mais aussi d'encourager à

diminuer la consommation de viande ou la préférer biologique. Et pour cause, on estime que la production d'un seul kilo de viande nécessite 10 kilos de céréales et qu'elle produit 80 fois plus de CO<sub>2</sub> que la production d'un kilo de blé. Au rythme où nous consommons de la viande, faites le calcul.

Ces différentes recettes permettent également de faire attention à son budget puisqu'il s'agit de manger pour 2 ou 3 euros par personne. À une époque où le pouvoir d'achat se restreint fortement et où les prix des denrées alimentaires augmentent, Écolo a pensé aux ménages confrontés à des choix de consommation difficiles.

Les recettes (entrées, plats et/ou desserts) proposées dans ce livre ont été élaborées par huit chefs et créateurs belges ! Faciles à faire,

il y en a pour tous les goûts et de toutes les couleurs, de la « lasagne végétale » au printemps à la « soupe de lentilles au chorizo » en automne. Faisons des tartes et des quiches tout l'hiver, avec de bons légumes ! Le plaisir et la qualité à table seront au rendez-vous...

Un calendrier de fruits et légumes est également repris dans le carnet, permettant à chacun de choisir ses menus en connaissance de cause, selon les fruits et légumes de la saison.

### Vivre mieux, c'est manger sainement

Inutile de le répéter : se nourrir est un acte vital pour chacun d'entre nous. Une alimentation saine et équilibrée est la caution d'une bonne santé.

Écolo veut davantage insister sur le fait que le choix des produits alimentaires, de leur provenance et de leur mode de production ont une grande importance sur les ressources naturelles et l'environnement, mais aussi sur le modèle agricole de la planète.

Certains aliments parcourent parfois des milliers de kilomètres avant de se retrouver dans notre assiette. Bon nombre de fruits et légumes n'ont, en fait, jamais vu les rayons du soleil, étant produits sous serres. C'est ainsi que, toute l'année, nous mangeons des tomates... sans goût!

### Qu'est ce que l'empreinte écologique ?

Cette initiative écologique a pour but faire prendre conscience au public que l'important pour l'avenir, c'est de réduire son empreinte écologique : celle-ci vise à traduire de manière facilement compréhensible l'impact d'activités humaines sur les écosystèmes et la planète. Plus précisément, l'empreinte écologique quantifie pour un individu ou une population la surface bioproductive nécessaire pour produire les principales ressources consommées



par cette population et pour absorber ses déchets. Chacun comprend donc aisément que plus cette « empreinte » est large, plus on s'éloigne de l'idéal de soutenabilité et durabilité du développement. Ce livret de recettes est l'exemple que réduire son empreinte écologique est possible, tout en se faisant plaisir. Chacun peut donc agir chez soi, pour son bien-être et celui de la planète (et tant qu'à faire en privilégiant des produits de nos agriculteurs et producteurs).

Préférer les produits locaux permet de diminuer le besoin de transport, qui est une source croissante de gaz à effet de serre et de pollution atmosphérique. Choisir des produits « bio », c'est encore mieux et cela rend l'agriculture moins dépendante des pesticides et freine l'appauvrissement des sols et la destruction de la biodiversité. Enfin, les régimes alimentaires riches en viande sont en partie responsables de l'intensification de la production agricole. Réduire sa consommation de viande contribue donc à réduire la pression sur les terres.

### Le petit livre vert

Le carnet de recettes 'Manger de saison, bon et pas cher' connaît d'ores et déjà une double vie : il figure en effet aussi sur le site [www.ecolo.be/recettes](http://www.ecolo.be/recettes) où il est également disponible sous format pdf. Le site sera régulièrement alimenté par les gastronomes qui souhaitent jouer le jeu du « bon », accessible à tous.

Écolo, av. de Marlagne 52, 5000 Namur.  
Tél.: 081 24 23 11. Courriel : [info@ecolo.be](mailto:info@ecolo.be).

## Les faces cachées du sucre

### Une BD éducative non commerciale

ESpace Santé lance un tout nouvel outil, une bande dessinée sur le fonctionnement du sucre dans le corps.

L'histoire se déroule dans une cité imaginaire. Rien ne va plus ! Nikkos Glycos informe son patron qu'il y a un problème de sucre. Il contacte Géraldine Laplume. Cette journaliste sera chargée de décrire ce qui se passe lorsqu'il y a trop peu de sucre puis quand il y en a trop. Ensemble, ils vont découvrir le fonctionnement du sucre et du glucose dans cette cité qui ressemble au corps.

Ainsi commencent les aventures de Nikkos et Géraldine, les protagonistes de « La face cachée du sucre ».

Cette aventure se situe dans une cité qui navigue dans l'espace. Une cité imaginaire, en mouvement, où vivent des habitants qui travaillent dans



des usines... Et cette cité fonctionne comme notre corps ! Imaginez une pompe générale qui bat

comme le cœur, un réseau de décision qui ressemble au cerveau, un tapis roulant qui recycle des aliments comme notre système digestif... Dans cette cité, comment utilise-t-on le sucre ? À quoi sert-il ? À quoi ressemble-t-il ? C'est cette histoire qu'on vous invite à découvrir...

### Les besoins du corps en sucre

Le sucre, particulièrement le glucose, est au centre de notre vie. Il permet le fonctionnement du système nerveux et est la source rapide d'énergie et de chaleur que nous utilisons tout le temps.

À partir des aliments ou de nos propres tissus, nous utilisons des molécules pour produire de l'énergie et de la chaleur en les combinant à l'oxygène. Cette production d'énergie est nécessaire pour permettre à nos organes de fonctionner.

## Plus qu'une bande dessinée

Cet album de 100 pages s'adresse aux 12-15 ans et est diffusé dans un contexte scolaire. Son format 15/21 cm est pratique et agréable. Il est complété d'un lexique précis et de jeux amusants pour en apprendre encore plus.

*En route pour une folle aventure sucrée ?*

*Vous êtes enseignant(e), vous travaillez dans le domaine de la santé, vous voulez recevoir cette bande dessinée ? Contactez Espace Santé, rue de l'Université 1, 4000 Liège.*

*Tél.: 04 223 01 50.*

*Courriel : [espace.sante@espacesante.be](mailto:espace.sante@espacesante.be).*

*Plus d'infos sur [www.espacesante.be](http://www.espacesante.be).*

## Une 'information' discutable du secteur sucrier

Le CRIOC réagit vigoureusement à un dépliant d'information vantant les qualités du sucre, au titre alléchant de 'Le sucre c'est tellement plus !'. On peut y lire entre autres que le sucre est bon pour le cerveau et ne rend pas les enfants hyperkinétiques, qu'il ne fait pas grossir, qu'il n'est pas à l'origine de l'anorexie ou de la boulimie, qu'il n'existe pas de recommandations restrictives pour la consommation de sucre. La conclusion principale de cette campagne est claire et simple : mangez du sucre et sans modération !

Si l'idée est de rétablir la vérité sur des idées préconçues sur le sucre, ce document semble aller plus loin en faisant la promotion d'une consommation immodérée de celui-ci, allant à l'encontre de la promotion d'une alimentation saine et équilibrée.

L'émetteur du message est Subel, une organisation peu connue du grand public qui n'est autre que l'association des producteurs de sucre belges. Pourtant, on ne trouve nulle part dans ce document une mention claire de l'identité

de son auteur. Nous y retrouvons bien le logo de Subel, mais encore faut-il que le consommateur sache qu'il s'agit de l'industrie du sucre... Quelle crédibilité doit-on donner à de tels messages noyés dans un tel conflit d'intérêt ?

## Règlementation

Un règlement européen<sup>3</sup> datant de 2006 prévoit la création de listes positives d'allégations et les conditions d'utilisation pour celles-ci. Ces listes des différents États membres serviront à la création d'une liste communautaire positive et évolutive, attendue au plus tard pour le 31 janvier 2010.

D'autres allégations que celles présentes sur cette liste seront désormais interdites et leur apposition sur un produit alimentaire ne sera permise que sous certaines conditions (allégations concernant la perte de poids, allégations indiquant qu'il est préjudiciable pour la santé de ne pas consommer un certain type d'aliment, allégations faisant référence à un médecin ou professionnel de la santé,...).

La matière est donc régie aujourd'hui au niveau européen par l'EFSA, l'autorité européenne de sécurité alimentaire. Cette dernière, lors de la remise de ses huit premiers avis scientifiques à la Commission, a constaté que sept allégations n'étaient pas fondées. Rien ne permettait d'établir un quelconque bénéfice pour la santé en lien avec la consommation des produits concernés.

Voilà qui en dit long sur la confiance que l'on peut accorder à de tels messages.

En outre, le règlement européen impose que toute campagne publicitaire incluant une allégation de santé doit contenir certaines

informations obligatoires (importance d'une alimentation et d'un mode de vie sains, quantité de la denrée et mode de consommation assurant le bénéfice allégué, risques pour la santé en cas de consommation excessive).

Avant cette échéance de 2010, la matière est toujours réglementée en Belgique par l'arrêté royal du 17 avril 1980 concernant la publicité pour les denrées alimentaires et par loi du 14 juillet 1991 sur l'information et la protection du consommateur.

## Indépendance de l'information

Toute allégation de santé doit évidemment pouvoir être prouvée scientifiquement, à défaut de quoi nous serions confrontés à une publicité trompeuse.

Le CRIOC est d'avis que de tels messages doivent être uniquement du ressort d'organismes indépendants des intérêts marchands. C'est le seul moyen d'éviter une confusion dans l'esprit du consommateur et de lui assurer une information basée sur un message objectif émanant de spécialistes compétents et indépendants, préalable indispensable à une campagne d'information utile.

Pour informer de manière indépendante le consommateur, qui ne sait souvent à quel saint se vouer, le CRIOC propose, sur son site [www.lebienmanger.be](http://www.lebienmanger.be) une large information relative aux allégations, à l'étiquetage nutritionnel, aux ingrédients, basée sur les avis d'experts nutritionnistes et consommateurs.

Signalons enfin que le CRIOC a déposé plainte auprès du SPF Santé publique à l'encontre de la communication de Subel, plainte qui a reçu de la Ministre compétente une suite favorable.

*D'après un communiqué du CRIOC*

<sup>3</sup> Règlement (CE) n° 1924/2006 concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant sur les denrées alimentaires

# Chicha, agréable à fumer... dangereux pour la santé

La consommation de la chicha s'est considérablement développée en Europe ces dernières années. Des bars à chicha ont fleuri un peu partout en Belgique. Se retrouver entre amis autour d'un narguilé est une habitude

que l'on retrouve chez de plus en plus de jeunes. Cet engouement est souvent entouré d'une fausse croyance selon laquelle cet usage serait moins nocif que la cigarette. Cette nouvelle manière de consommer le

tabac – « nouvelle » arme des cigarettiers – synonyme pour beaucoup de convivialité et de dépaysement, suscite de vives inquiétudes auprès des acteurs de la santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est, d'ailleurs,



saisie de ce problème qui touche aujourd'hui tous les pays. Elle conclut que l'usage du narguilé constitue un risque sanitaire sérieux aussi bien pour le fumeur que pour les personnes exposées à la fumée.

Dans le cadre de la campagne européenne Help « Pour une vie sans tabac », le Service Prévention Tabac du Fares vient de publier un dépliant informatif destiné aux jeunes, intitulé « Chicha, agréable à fumer... dangereux pour la santé ».

### Rêve d'Orient

La chicha est une pipe orientale à long tuyau flexible dans laquelle la fumée passe par un vase rempli d'eau. La prise d'une chicha se fait en 45 à 60 minutes au cours de laquelle le consommateur inhale une quantité importante de fumée (entre 40 et 90 litres).

Selon une enquête conduite à Paris en 2008, 50 % des jeunes de 16 ans ont déjà essayé la chicha et ils sont 70 % à 18 ans.

Au-delà de la convivialité procurée par cette pratique, il faut savoir que la quantité de nicotine inhalée au cours d'une séance représente

environ deux paquets de cigarettes. De même, la production de goudrons est 10 à 100 fois plus élevée qu'avec une cigarette. La combustion du tabac à faible température est responsable d'une importante production de monoxyde de carbone, gaz très toxique, indolore et invisible. Ce gaz remplace l'oxygène dans les cellules du sang et des muscles. Des métaux lourds comme le plomb se retrouvent également dans la fumée.

De plus, contrairement à ce que l'on pourrait croire, l'eau ne filtre pas les substances nocives; elle ne fait qu'humidifier et refroidir la fumée, ce qui diminue légèrement les effets irritants. Une question importante lorsqu'on parle de chicha concerne les risques du tabagisme passif. En effet, en Belgique, le narguilé est généralement fumé dans des lieux fermés, en privé ou dans des bars à chicha. Rappelons d'ailleurs au passage que la législation belge n'interdit toujours pas la consommation de tabac dans les bars et les cafés, contrairement à de nombreux autres pays européens. Les non-fumeurs sont ainsi exposés au tabagisme passif de la fumée de chicha. Les petites particules qui composent

la fumée peuvent provoquer des irritations oculaires, de la gorge et des bronches, mais aussi des maladies coronaires et pulmonaires.

Comme le mentionne le Service Prévention Tabac du Fares dans le dépliant, diverses structures d'aide existent pour accompagner le fumeur à réfléchir à sa consommation et pour l'aider dans sa gestion ou son sevrage. La liste des Centres d'Aide aux Fumeurs et des consultations de tabacologie est accessible sur le site [www.fares.be](http://www.fares.be). Le consommateur peut également contacter la ligne gratuite Tabac Stop au 0800 111 00. Un tabacologue y est accessible en semaine de 15 à 19 heures. Le dépliant « Chicha, agréable à fumer... dangereux pour la santé » est largement diffusé en Communauté française auprès de différentes associations dont les Centres locaux de promotion de la santé, la Fédito wallonne et la Fédito bruxelloise, etc.

*FARES, Service Prévention Tabac, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.*

*Tél.: 02 512 29 36. Fax : 02 512 32 73.*

*Courriel : [prevention.tabac@fares.be](mailto:prevention.tabac@fares.be)*

## OUTIL

### Tababox

#### Description de l'outil

Ce cédérom a pour but de permettre aux jeunes de situer la problématique du tabac dans le contexte sociétal, social et culturel, de prendre conscience des facteurs individuels et environnementaux favorisant l'entrée et le maintien dans le tabagisme (identifier la dépendance, soutenir les décisions d'arrêt du tabac...). Il présente :

- des fiches de **méthodologie** de projet;
- des fiches d'**information** sur différents thèmes liés au tabac;
- des fiches d'**animation** classées par thèmes (la prise de risques et les produits psycho-actifs; la cigarette comme rite de passage; l'image du fumeur dans les médias; les mesures de lutte contre le tabac et leurs possibles contournements; la représentation sociale du fumeur;



le tabac et l'environnement; les effets du tabagisme et la dépendance; séances d'aide à l'arrêt du tabac).

Cet outil s'adresse à tous les professionnels qui souhaitent réaliser des programmes de prévention du tabagisme auprès des jeunes, ou qui désirent animer des séances de prévention du tabagisme plus ponctuelles. Cet outil propose une large palette d'activités qui durent de 1h30 à 2h. Ce large choix permet à des animateurs non-expérimentés de monter des projets adaptés à leur niveau de compétence en sélectionnant des activités pertinentes par rapport aux objectifs poursuivis.

« Tababox » est disponible auprès du CRAES-CRIPS et est téléchargeable sur [www.craes-crips.org](http://www.craes-crips.org) dans la rubrique publication 2006. Accès en ligne sur <http://www.craes-crips.org/publications/2006/tababox/accueil.html>.

*Promoteur : CRAES-CRIPS, contact Lucie Pelosse, 9 quai Jean Moulin, 69001 Lyon, France.*

Tél.: +4 72 00 55 70. Fax : +4 72 00 07 53.  
Courriel : [lucie.pelosse@craes-crips.org](mailto:lucie.pelosse@craes-crips.org).  
Internet : <http://www.craes-crips.org>.

## L'avis de la Cellule d'experts de PIPSa

La cellule d'experts de l'Outilthèque-santé<sup>1</sup> gérée par le service Promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes, a octroyé la mention « coup de cœur » à cet outil (mai 2007).

### Appréciation globale

Au vu de sa qualité et de son accessibilité (télé-

<sup>1</sup> Pour une description de l'Outilthèque et du fonctionnement de la cellule d'experts, voir SPIECE C., La Cellule d'experts de l'Outilthèque-santé, paru dans Education Santé, n° 172, septembre 2002 (<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=339>). Lire aussi du même auteur Quels outils en promotion de la santé ?, Education Santé n° 210, mars 2006 (<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=731>). L'Outilthèque se trouve exclusivement sur le site <http://www.pipsa.org>.

chargement gratuit), ce dossier pédagogique virtuel constitue un « incontournable » de l'animateur/trice en éducation pour la santé sur le thème du tabac. Il fournit un ensemble articulé, cohérent, concentré et très complet, de pistes pédagogiques et méthodologiques pour aborder la problématique avec des jeunes. Malgré un parti-pris « contre » le tabac dans certaines informations, la diversité des thèmes, activités, approches pédagogiques permet une démarche pertinente pour le public.

L'aspect directement opérationnel renforce l'attractivité de l'outil : le chevronné y trouvera des pistes originales et des données actualisées tandis que le débutant se fera habilement accompagner et encadrer. Pensé et conçu à partir des préoccupations d'un animateur/trice (formulaire d'(auto-)évaluation compris!), il laisse toute liberté à celui-ci d'opérer ses choix en fonction de son public et de ses priorités. Cette sélection préalable est particulièrement nécessaire pour le travail avec les jeunes en

milieu précaire, vu le niveau de compréhension exigé par certaines informations.

La navigation en ligne et sur cédérom est aisée et claire, soutenue par un jeu de couleurs discret et efficace.

### Objectifs de l'outil :

- Prendre conscience des déterminants sociaux et culturels liés à la consommation de tabac.
- Prendre conscience des facteurs individuels et environnementaux impliqués dans le tabagisme.

### Public cible :

Jeunes du secondaire. Certaines activités semblent peu pertinentes pour les jeunes de milieux précaires.

### Réserves :

Le contenu légal (France) doit être adapté.

## DONNÉES

# Les ventes de tabac... ne font plus un tabac!

## Diminution de toutes les ventes officielles de tabac en 2008

**6,9 % en moins pour les cigares, 4,8 % pour les cigarettes. Même tendance pour le tabac à rouler : alors qu'il connaissait une augmentation générale de ses ventes depuis les années 90, une forte diminution s'observe en 2007 (-18,4 %) et en 2008 (-12,5 %) par rapport à l'année antérieure.**

Même si on ne peut nier l'existence de phénomènes d'externalisation (achat hors taxes, « cigarettes tombées du camion », contrebande, etc.), les statistiques de vente confirment les déclaratifs des consommateurs ! Cette évolution des ventes de tabac semble liée à l'entrée en vigueur de la nouvelle législation concernant la consommation de tabac au sein d'enceintes accessibles au public. Cette interdiction de fumer fait partie du Plan fédéral de lutte contre la consommation de tabac. D'après les observations statistiques,

cette loi semble inciter les fumeurs à fumer moins.

### La consommation de tabac : stabilisation et convergence

Le nombre de fumeurs réguliers connaît une diminution régulière depuis 1982. On assiste après la légère remontée du pourcentage de fumeurs réguliers constatée en 2006 à une stabilisation aux alentours de 20 %.

Le pourcentage de fumeurs réguliers est plus faible au nord (18 %) qu'au sud (22 %) du pays. Ce phénomène s'observe également entre sexes : le pourcentage de femmes qui fument (16 %) est inférieur au pourcentage de fumeurs chez les hommes (24 %).

Géographiquement, les provinces où l'on fume le plus sont wallonnes (Liège, Namur, Hainaut) et plus rarement flamandes (Flandre Orientale

et Limbourg). À l'inverse, le centre du pays (Bruxelles, les 2 provinces de Brabant) connaît un taux de fumeurs inférieur à la moyenne.

### La consommation de tabac : changement de tendance

La mise en place des mesures anti-tabac a sans doute modifié les habitudes.

Aujourd'hui, ce sont les groupes sociaux moyens qui fument le plus et les groupes sociaux inférieurs qui ont le plus arrêté de fumer en 2008 (diminution de 8 %), sans doute vu le prix des produits et la pression de la crise sur leur pouvoir d'achat.

Concernant les classes d'âge, les 65 ans et plus fument le moins alors que les 15-29 ans sont des consommateurs plus importants (34 %), même si 4 % ont arrêté de fumer.

La recrudescence des fumeurs dans certaines

classes d'âge (par exemple les 50-64 ans) montre que non seulement les actions prises pour lutter contre la consommation de tabac (communication, tarification, interdiction de vente, sevrage et information des consommateurs) doivent se poursuivre et être dirigées vers des groupes cibles mais encore que le processus de sevrage est complexe.

### L'intention d'arrêter de fumer

Plus de la moitié des fumeurs déclarent vouloir arrêter dans un avenir proche, mais seulement 21 % semblent réellement décidés (baisse de 5 % depuis 2007). De ce fait, les actions prises pour lutter contre la consommation de tabac doivent encore être consolidées.

Les fumeurs qui déclarent vouloir arrêter de fumer sont principalement localisés dans les communes rurales wallonnes, les villes wallonnes et à Bruxelles.

Le pourcentage de fumeurs qui déclarent vouloir arrêter de fumer dans les prochains mois est directement lié au pourcentage de fumeurs dans la province.

Les fumeurs âgés de 15-39 ans se déclarent avec les 50-64 ans plus nombreux à vouloir arrêter de fumer, au contraire des 40-49 ans qui sont les moins intéressés à arrêter ou, encore, les 65 ans et plus.

Les groupes sociaux moyens (63 %) et inférieurs (62 %) sont les plus décidés à arrêter de fumer mais sont aussi les personnes qui fument le plus.

(communiqué du CRIOC, 15 janvier 2009)



Photo © Fotolia

### Commentaire

La baisse significative des chiffres de vente relevée par le CRIOC est cohérente par rapport à sa dernière enquête sur la prévalence du tabagisme dans notre pays.

Ce qui est remarquable, c'est que ces résultats sont en totale contradiction avec ceux de la dernière enquête de la Fondation contre le cancer<sup>1</sup>.

En effet, selon cette dernière, le nombre des fumeurs quotidiens de plus de 15 ans a fortement augmenté l'an dernier, pour atteindre 30 % (34 % chez les hommes, 26 % chez les femmes). La différence est considérable.

L'enquête de la Fondation a eu lieu entre sep-

tembre et novembre en interview face à face, auprès d'un échantillon stratifié de 4.000 personnes (marge d'erreur de 1,3 %). Celle du CRIOC s'est déroulée d'octobre à décembre en interview face à face, auprès d'un échantillon aléatoire stratifié redressé de 3.000 personnes (marge d'erreur de 1,8 %).

Qu'en penser ? Une chose est certaine, une politique active et diversifiée de gestion du tabagisme a aujourd'hui comme hier toute sa raison d'être.

Et peut-être que les résultats de *l'Enquête de santé par interview* de l'Institut scientifique de santé publique mettront tout le monde d'accord. Ou pas !

CDB

<sup>1</sup> Voir 'Forte augmentation du nombre des fumeurs en 2008', Éducation Santé n° 241, janvier 2009.

## La promotion de la santé cardio-vasculaire

### Tableau de bord de la santé en Communauté française

**La promotion de la santé cardio-vasculaire est une des priorités définies par la Communauté française dans le Programme quinquennal de la promotion de la santé 2004-2008. Malgré une meilleure prise en charge, les maladies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux restent en effet la principale cause de mortalité en Belgique.**

Selon la Charte européenne pour la santé du cœur, les facteurs de risque de la pathologie cardio-vasculaire peuvent se répartir en trois catégories :

- les facteurs biologiques : hypertension, hyperglycémie, hypercholestérolémie, surpoids/obésité.
- les déterminants du style de vie (il s'agit des principaux facteurs de risque): tabagisme,

alimentation déséquilibrée, excès d'alcool, inactivité physique/sédentarité;

- les déterminants démographiques et socio-économiques parmi lesquels on retrouve des déterminants établis (âge, sexe, hérédité, ethnicité) et des déterminants modifiables (revenu, éducation, conditions de vie, conditions de travail).

« Une grande partie de ces facteurs et détermi-

nants peut faire l'objet de stratégies préventives et de promotion de la santé, observe Yves Coppieters, co-auteur du chapitre consacré à la promotion de la santé cardio-vasculaire dans le Tableau de bord de la santé en Communauté française<sup>1</sup>. En effet, ils sont souvent comportementaux et peuvent être modifiés à partir d'initiatives très différentes, ayant comme public cible les enfants à l'école, les travailleurs dans les entreprises, les familles ou encore le grand public. En créant un milieu de vie favorable à la santé, le risque de développer des maladies cardio-vasculaires est non seulement réduit, mais il est aussi possible d'avoir un impact sur l'incidence d'autres maladies chroniques importantes dans notre population. Le tabagisme est, par exemple, lié aux trois causes principales de mortalité : les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les pathologies pulmonaires obstructives.»

## La mortalité

Même si en Belgique, entre 1987 et 1997, le taux de mortalité cardio-vasculaire a diminué d'environ 20 %, les maladies cardio-vasculaires restent la principale cause de mortalité en Belgique ( $\pm$  40 000 décès par an) suivies de l'ensemble des cancers ( $\pm$  30 000 décès par an). Ainsi, le Tableau de bord rapporte :

- 27 % des décès d'hommes et 21 % des décès de femmes entre 45 et 64 ans;
- 36 % des décès d'hommes et 45 % des décès de femmes de plus de 65 ans;
- 25 % des hommes sont à haut risque cardio-vasculaire;
- 25 % des infarctus surviennent avant 55 ans;
- 1 infarctus sur 3 est mortel d'emblée.

En nombre absolu, la mortalité cardio-vasculaire s'est élevée en 1997 à 16 751 personnes en Wallonie et à Bruxelles, 7 209 hommes et 9 542 femmes<sup>2</sup>.

1 Voir 'Le tableau de bord de la santé en Communauté française', Éducation Santé n° 236, juillet 2008, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1039>

2 Et selon des données plus récentes, qui concernent la seule Wallonie (données provisoires relatives aux décès survenus en Wallonie, quel que soit le lieu de résidence de la personne décédée, non encore validées par la DG SIE): en 2004, on attribue aux maladies cardio-vasculaires 21 % des décès d'hommes et 16 % des décès de femmes entre 45 et 64 ans; 33 % des décès d'hommes et 38 % des décès de femmes de 65 ans et plus.

En nombre absolu, la mortalité cardio-vasculaire s'est élevée en 2004 à 11.490 personnes en Wallonie, 5.151 hommes et 6.318 femmes (pour 21 décès, le sexe n'est pas mentionné). Cela fait environ un tiers des décès, toutes causes confondues.

## La mortalité par infarctus

En Communauté française, les données issues du registre de Charleroi (sur plus de 20 ans de suivi) indiquent une diminution des taux d'événements fatals (mortalité coronarienne) chez les hommes et les femmes, entre 1983 et 2004. Les diminutions de la mortalité dans les pays d'Europe occidentale en général sont dues, pour deux tiers, à la diminution de l'incidence de la maladie et pour un tiers aux améliorations dans la prise en charge du patient. La proportion de décès à l'hôpital représente un peu plus d'un quart des décès enregistrés et ceux à domicile représentent la moitié du total des décès. Ce problème doit être pris en considération étant donné que ces décès représentent des morts rapides qui n'atteignent pas l'hôpital.

## La morbidité

### Incidence d'infarctus non fatals

Entre 1982 et 2004, l'incidence de l'infarctus a diminué de 30 %. Cette diminution est liée aux effets positifs des campagnes de prévention et, dans une moindre mesure, à une augmentation de la survie, due à une prise en charge du patient meilleure et plus rapide. D'autre part, le taux d'attaque total de l'infarctus du myocarde est supérieur à Charleroi (milieu urbain) par rapport à la province du Luxembourg (milieu rural), tant chez les hommes que chez les femmes. Ce sont les hommes de Charleroi qui se démarquent le plus.

### Incidence d'accidents cérébro-vasculaires et d'accidents ischémiques transitoires

Les accidents cérébro-vasculaires forment la deuxième cause de décès en Belgique, après l'infarctus. Chez les femmes, l'accident cérébro-vasculaire en est la cause principale. Le Réseau belge des médecins vigies, constitué de médecins généralistes représentatifs de tout le territoire belge, avait enregistré le taux d'accidents cérébro-vasculaires en 1984 et en 1988-1989. Il avait réalisé un nouvel enregistrement en 1998 et 1999 avec comme objectif d'étudier l'incidence de l'accident cérébro-vasculaire et de l'accident ischémique transitoire, ainsi que la mortalité durant l'année suivant l'événement et de comparer l'évolution de l'incidence entre 1984 et 1999. D'une part, ces enregistrements indiquent une diminution significative de l'in-

cidence des deux pathologies. D'autre part, en 1998 et 1999, l'incidence annuelle était estimée à 192/100 000 habitants chez les femmes et à 179/100 000 habitants chez les hommes pour l'accident cérébro-vasculaire, et respectivement à 103/100 000 et à 82/100 000 pour l'accident ischémique transitoire. L'incidence est directement liée à l'âge.

## Les facteurs de risque individuels

Comme dans beaucoup d'autres domaines, les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires – tabac, manque d'activité physique, obésité ou stress professionnel élevé – sont plus fréquents dans les groupes sociaux les moins favorisés. « Promouvoir en priorité la réduction des facteurs de risque parmi les groupes de personnes socialement défavorisées permettrait de réduire en partie les inégalités sociales de santé », rappelle Yves Coppieters.

Les facteurs socio-économiques sont des facteurs de risque importants des maladies cardio-vasculaires et influencent l'évolution de la maladie. L'effet du niveau socio-économique s'explique entre autres, pour les niveaux moins favorisés, par un mode de vie et des comportements spécifiques, un moindre accès aux systèmes de santé, à l'information relative à la santé et peut-être une faible compliance thérapeutique. Or, Yves Coppieters attire l'attention sur le manque d'informations croisées entre les déterminants de base (niveau socio-économique et éducation) et la maladie. « Il est nécessaire d'aller plus loin dans la compréhension et pour cela d'approfondir les connaissances, notamment au niveau socio-économique, afin d'agir en amont. Une information épidémiologique de base de type Tableau de bord de la santé doit être complétée par des analyses complémentaires sur les déterminants et les facteurs de risques des individus. Il s'agit avant tout de connaître, par exemple, les causes de l'obésité afin de traiter efficacement le problème.»

Les activités sportives et la sédentarité : 30 % des femmes et 19 % des hommes peuvent être considérés à risque par manque d'activité physique. On observe que la pratique du sport diminue avec l'âge. Par ailleurs, la proportion la plus importante de personnes qui pratiquent intensivement une activité physique se retrouve parmi les personnes ayant un niveau d'instruction supérieur.

Une comparaison entre régions montre que l'activité physique intense est plus importante en Wallonie et en Flandre qu'à Bruxelles. En ce qui concerne la proportion de personnes à risque à cause de leur sédentarité, c'est en Wallonie que la proportion est la plus élevée. Le **surpoids** : une relation très nette s'observe entre le niveau d'instruction et le problème de poids, la valeur moyenne de l'indice de masse corporelle étant la plus basse parmi les personnes qui ont un diplôme d'enseignement supérieur. Si les proportions de personnes en surpoids ou présentant une obésité augmentent avec l'âge (jusqu'à 75 ans), les enfants et les adolescents ne sont pas non plus épargnés. Ainsi, en Communauté française, 10 % des élèves sont en surcharge pondérale et 5 % d'entre eux souffrent d'obésité. Le **tabagisme** est sans doute le facteur de risque comportemental qui a le plus d'impact en termes de morbidité et de mortalité.

**L'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète** constituent des facteurs de risque importants dans l'apparition des troubles cardio-vasculaires. On observe également une augmentation de la prévalence de l'hypertension artérielle dans les trois régions belges. L'importance du rôle du médecin généraliste est soulignée dans la détection de ces facteurs de risque, dans leur prise en charge ainsi que dans le suivi. Cependant, bon nombre de ces facteurs sont méconnus des patients ou de leur médecin et ne sont pas suffisamment pris en charge. En s'attaquant à ces facteurs de risque, on améliorera non seulement la santé cardio-vasculaire, mais on réduira aussi la prévalence de maladies chroniques telles que le cancer, les maladies respiratoires et le diabète.

### Les facteurs environnementaux

**L'environnement physique** : différentes sources de pollution ont été retenues par l'American Heart Association et mises en relation avec l'incidence d'événements cardio-vasculaires. Les quelques toxines spécifiques pour lesquelles une relation a pu être établie avec l'incidence de maladies cardio-vasculaires sont la disulfure de carbone, la nitroglycérine et le monoxyde de carbone. D'autres facteurs de risque environnementaux d'ordre physique sont la fumée de cigarette (tabagisme passif) et les expositions à des températures extrêmes.

**L'environnement psychosocial** : il existe une relation entre le stress au travail et les maladies cardio-vasculaires, tout comme il existe une relation entre le stress au travail et différents facteurs de risque tels que l'hypertension, le diabète, le tabagisme ou l'obésité.

Dans l'étude interuniversitaire belge Belstress, portant sur les relations entre l'exposition au stress professionnel et la santé des travailleurs, une relation a été mise en évidence entre le support social au travail (mesuré par l'estime, le soutien des collègues et des supérieurs hiérarchiques) et l'incidence de l'infarctus : celle-ci était deux fois plus élevée chez les travailleurs percevant un faible support relationnel au travail que parmi leurs collègues percevant un support social élevé. Les études belges sur le stress au travail indiquent également que ce sont les femmes et les travailleurs moins qualifiés qui sont les plus exposés au stress et à ses conséquences négatives pour la santé.

### Politiques et stratégies

Le Plan Communautaire Opérationnel (PCO) définit comme objectif général la contribution à la prévention de la mortalité et des morbidités évitables dues aux maladies cardio-vasculaires. Les actions dont il est question visent à favoriser l'adoption d'une alimentation équilibrée, l'activité sportive et à prévenir le tabagisme. Elles tendent à susciter au maximum ces comportements tant dans la population générale que pour des groupes socioprofessionnels plus spécifiques.

En Communauté française et au niveau fédéral, il existe une série de nouvelles dispositions en matière de promotion de la santé cardio-vasculaire, de prévention et de prise en charge des patients. Ces initiatives s'inscrivent dans une politique plus large de travail sur la prévention des facteurs de risque. L'hétérogénéité des acteurs en charge de la prévention et de la promotion de la santé cardio-vasculaire rend toujours difficile l'émergence d'un référent institutionnel capable de coordonner les compétences et les projets liés aux pathologies cardio-vasculaires, en respect des lignes directrices tracées dans le PCO.

De plus, en raison de l'évolution rapide des recommandations en matière de dépistage de l'hypertension, de l'hypercholestérolémie et de

l'ensemble des stratégies préventives en matière cardio-vasculaire, il est impératif pour les décideurs dans le domaine de la santé publique, de disposer d'informations mises à jour de manière périodique en respect des recommandations scientifiques internationales.

Dans ce cadre, un cadastre des interventions dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé cardio-vasculaire a été élaboré. L'objectif de ce cadastre était de dresser un état des lieux des actions et des acteurs en prévention et promotion de la santé cardio-vasculaire en Communauté française. Ce travail a permis de recenser non seulement les acteurs mais aussi les domaines couverts par leurs interventions, ainsi que les actions et stratégies développées, les groupes cibles, les réseaux par zone géographique et type de prévention (primaire, secondaire ou tertiaire). À partir du cadastre, les résultats du recensement des projets de promotion et prévention cardio-vasculaire montrent clairement cette diversité tant en ce qui concerne les stratégies et les niveaux d'intervention que des acteurs. Cette diversité témoigne du dynamisme du secteur. Elle souligne aussi la nécessité de renforcer la cohérence et l'efficacité de toutes ces initiatives et actions. Le renforcement de la collaboration, le développement des complémentarités et la coordination de ces initiatives, dans une perspective systémique, doivent être considérés comme une priorité. Le système d'information sanitaire devra également se doter de moyens permettant, au-delà des indicateurs de mortalité, morbidité et facteurs de risque présentés dans le Tableau de bord, de documenter et d'évaluer ces stratégies et actions développées dans le cadre du PCO.

### Colette Barbier

GODIN I., De SMET P., FAVRESSE D., MOREAU N., PARENT F. (eds), *Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique, Service communautaire en promotion santé SIPES (ESP-ULB), Bruxelles, 2007.*

Il peut être téléchargé en PDF aux adresses suivantes : [www.sante.cfwb.be](http://www.sante.cfwb.be) (rubrique Publications et périodiques, Promotion de la santé et prévention) et [www.ulb.ac.be/esp/sipes](http://www.ulb.ac.be/esp/sipes) (onglet Publications).

## BRÈVES

### Alimentation

1<sup>er</sup> avril 2009

Une étude de l'Université de Gent le montrait encore récemment : non seulement nous mangeons trop, trop gras, trop sucré, trop salé, mais notre alimentation arrive à être en même temps de plus en plus carencée en nutriments essentiels. Le Plan national nutrition santé a décidé de réagir, et vient de relancer la célèbre 'Brigade M' (avec M pour huile de foie de Morue) pour mobiliser les jeunes écoliers sur cet élément indispensable à un bon équilibre nutritionnel. Il était temps de réhabiliter cette huile bourrée de vitamines A et D et d'Omega-3!

### Assuétudes

#### Bruxelles

A partir du 16 avril 2009

Formation de 4 jours destinée à tout professionnel encadrant des jeunes et concerné par la question des méfaits liés aux usages de drogue ou des comportements dépendants problématiques. Elle aura lieu de 9 à 16h30 les 16, 17 et 23 avril 2009 (la date du quatrième jour est déterminée avec les participants lors du troisième jour). L'objectif de la formation est d'offrir un éclairage global sur la question des consommations des jeunes vue sous l'angle de la prévention et de la promotion de la santé.

Partant de leurs représentations, les participants bénéficient ici d'un lieu de réflexion sur ces questions, les aidant à mieux comprendre les stratégies de prévention et leur impact sur les publics de jeunes avec lesquels ils sont en relation. Informations : Damien Kauffman, Coordinateur à Prospective Jeunesse. Tél.: 02 512 17 66. Courriel : [info@prospective-jeunesse.be](mailto:info@prospective-jeunesse.be). Site Internet : [www.prospective-jeunesse.be/formations](http://www.prospective-jeunesse.be/formations).

### Alcool - drogue

#### Bruxelles

14 mai 2009

Formation destinée aux personnes travaillant ou étant actives dans le milieu sportif afin de leur fournir des moyens concrets de prévenir les méfaits des usages de produits chez les jeunes (consommateurs ou non) qu'elles ont en charge. Elle aura lieu de 16 à 21h.

Informations : Damien Kauffman, Coordinateur à Prospective Jeunesse. Tél.: 02 512 17 66. Courriel : [info@prospective-jeunesse.be](mailto:info@prospective-jeunesse.be). Site Internet : [www.prospective-jeunesse.be/formations](http://www.prospective-jeunesse.be/formations).

### Alzheimer

Liège

28, 29 et 30 mai 2009

Congrès "Alzheimer sous la bonne étoile" organisé par la Ligue nationale Alzheimer Liga (LINAL) autour de 3 axes abordant des thèmes cruciaux :

- comment améliorer la qualité de vie au quotidien des personnes atteintes de démence et de leurs aidants ?
  - les aspects juridiques et éthiques dans la pathologie démentielle;
  - la collaboration européenne sur le thème de la démence, décisions politiques et recherches.
- La langue du congrès étant l'anglais, des traductions simultanées en français et en néerlandais sont prévues.

Deux sessions parallèles se tiendront en français :

- « Renforcer l'aide aux aidants » (vendredi 29 mai à 14h): Alzheimer Café, cercle de soins, France Alzheimer...
- « Le domicile au cœur de nouveaux réseaux » (samedi 30 mai à 14h): référent-démence, Télé-Accueil, projet Actiris...

Ce congrès aura lieu au Management Centre Europe (MCE), rue de l'Aqueduc 118, 1050 Bruxelles  
Informations complètes et inscription sur le site [www.alzheimer2009.eu](http://www.alzheimer2009.eu)

### Représentations

#### hommes-femmes

#### Bruxelles

Jusqu'à 31 mai 2009

'Garçon ou fille...un destin pour la vie ? Belgique 1830-2000 - Deux siècles de représentations stéréotypées sur les hommes et les femmes'; tel est le thème de cette exposition de près de 500 documents, photos et caricatures. « Les poupées, c'est pour les filles », « Faire carrière, une affaire d'homme », « Les femmes sont moins douées pour les sciences », « Un homme ne pleure pas »...

Dans toutes les couches de la société, des préjugés semblent enfermer dans un code précis la manière d'être des garçons et des filles, et dicter leurs comportements en tant qu'hommes et femmes. C'est l'histoire de ces idées reçues, le contexte de leur développement et le contraste qui existe souvent entre ces perceptions fantasmées et la réalité qui sont présentés dans cette exposition réalisée par le Centre d'Archives pour l'Histoire des Femmes. Un dossier pédagogique et des idées d'animation pour les groupes sont disponibles sur les sites

internet du Musée BELvue ([www.belvue.be](http://www.belvue.be)) et du Carhif ([www.avg-carhif.be](http://www.avg-carhif.be)).

Entrée : 8 € - Gratuit pour les écoles et les moins de 18 ans. Le ticket d'entrée donne également accès au musée BELvue (Place des Palais à Bruxelles).

### Ville santé

#### Bruxelles

20 000 euros à l'asbl « Bruxelles, Ville en Santé »

Sur proposition du Ministre bruxellois de la Recherche scientifique Benoît Cerexhe, le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale a marqué son accord quant à l'octroi d'un subside de 20 000 euros à l'asbl « Bruxelles, Ville en Santé ». Cette association a pour but de contribuer à l'amélioration de la santé de la population bruxelloise par la participation active de tous ses habitants à des projets concrets.

En 2009, le programme de l'asbl poursuit principalement comme objectifs de :

- développer le travail en réseau au sein du réseau européen de l'OMS mais aussi de renforcer les liens avec les autres réseaux et les autres programmes de l'OMS;
- promouvoir et soutenir la réalisation d'études comparatives sur des thèmes déterminés associant des groupes de villes intéressées;
- ou encore d'organiser des formations et informations sur la mise en œuvre des stratégies du programme européen de Villes-santé.

La construction d'un site web et d'un « Healthy Urban Plan » sont également à l'ordre du jour, conformément aux exigences de l'OMS.

Le site web permet de mettre en valeur le travail de l'association. Le plan de santé urbaine constitue, quant à lui, un document stratégique global de développement de la santé dont le but est d'atteindre le potentiel maximal de santé pour tous. D'après un communiqué du Cabinet du Ministre Benoît Cerexhe

### Publications

#### Sexe et seniors

La Mutualité socialiste a fêté la Saint Valentin à sa manière en publiant la brochure 'Seniors : le sexe, c'est bon pour la santé !', sous-titré non pas 'Tout ce que vous avez toujours voulu demander...' mais plus simplement 'Avancer en âge et vivre sa sexualité'. Les sujets abordés dans ce document grand public de 60 pages : vivre sa sexualité, le corps change, la vie change, dialoguer avec son partenaire, la sensualité et le pouvoir des mains, sortir du quotidien, entretenir la mécanique... Des questions

et leurs réponses, un lexique, des conseils coquins, des adresses utiles complètent cette publication qui a pour objectif d'aider les seniors à vivre pleinement une vie affective et sexuelle épanouie. Elle a reçu le soutien du Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances de la Région wallonne.



Disponible gratuitement dans les points de contact de la Mutualité socialiste, dans les centres de planning des Femmes prévoyantes socialistes, et au Département Communication de l'UNMS, rue St Jean 32-28, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 515 05 59. Courriel : unms@mutsoc.be.

## Inventaire groupes entraide 2009

Par la publication tous les ans de son « Inventaire des groupes d'entraide en Communauté française de Belgique », la Mutualité socialiste espère apporter un soutien aux groupes d'entraide (ou de self-help) dans leur travail quotidien d'information, de prévention, d'entraide et de solidarité, d'actions sociales et collectives... Elle entend ainsi favoriser l'engagement du citoyen dans la prise en charge de sa santé. L'objectif des groupes d'entraide est d'améliorer le soutien aux patients et à leur famille, principalement par le dialogue et le partage d'expériences de personnes réunies autour d'une même problématique de santé. Cet inventaire des groupes d'entraide répertorie une liste de 204 associations travaillant sur des thématiques aussi diverses que les acouphènes, les allergies, les insuffisances rénales, les maladies rares, les handicaps visuel, moteur ou auditif, le handicap mental, le deuil, le suicide... Ce répertoire, qui était au départ une simple plaquette, est devenu au fil des ans un outil de référence de plus

de 230 pages. Il est mis à jour sur base d'une enquête rigoureuse. Il permet aux professionnels de la santé, du monde social et politique ainsi qu'aux particuliers, de se faire une idée précise des activités des groupes et de les contacter aisément. Il est gratuit.

Service promotion santé UNMS, rue St-Jean 32-38, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 515 05 85. Fax : 02 515 06 11. Courriel : promotion.sante@mutsoc.be.

Vous pouvez aussi retrouver les informations sur les groupes d'entraide et un moteur de recherche sur le site <http://www.self-help.be>.

## Revue

### Cahiers Prospective Jeunesse

Le numéro 49 du 4<sup>e</sup> trimestre 2008 est consacré au dossier 'Parents usagers, enfants en danger ?'. Ces dernières années, le nombre de parents usagers faisant appel aux services d'aide a fortement augmenté. Cela coïncide précisément avec le développement d'initiatives spécifiques de soutien aux parents consommateurs. S'agit-il d'une évolution du public ou de celle du regard que les intervenants portent sur ces usagers dont ils découvrent qu'ils sont par ailleurs parents ? Telle est la question que ce dernier numéro des 'cahiers' se propose d'explorer, avec les contributions d'une dizaine de spécialistes très proches du terrain.

Dernier numéro ? Rassurez-vous, Prospective Jeunesse vous donne rendez-vous très prochainement avec une publication 'rajeunie' à l'occasion de la parution de son 50<sup>e</sup> numéro ! Les 'cahiers' paraissent 4 fois par an. Prix au numéro : 7€. Abonnement annuel (frais d'envoi compris) pour la Belgique à 24 € (institution), 20 € (individuel), 15 € (étudiant). Prospective Jeunesse, chaussée d'Ixelles 144, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 512 17 66. Fax : 02 513 24 02. Courriel : cahiers@prospective-jeunesse.be. Site : [www.prospective-jeunesse.be](http://www.prospective-jeunesse.be).

## Prescrire

Nombre d'articles, de livres, de congrès l'attestent : les firmes pharmaceutiques axent aujourd'hui leurs stratégies marketing à long terme sur les patients et leurs associations. Les firmes entendent jouer un rôle de plus en plus important dans l'"information" des patients sur les maladies, mais aussi sur leurs médicaments. Et elles souhaitent 'aider' les patients à bien suivre leurs traitements. Certaines firmes nouent aujourd'hui des partenariats avec des universités pour créer des métiers en lien avec l'hygiène de vie et l'éducation thérapeutique.

Elles envisageraient notamment de pouvoir reconverter ainsi certains de leurs visiteurs médicaux. Certaines associations de patients plus ou moins naïves se voient attribuer un rôle-clé dans la stratégie marketing des firmes, qui les mobilisent pour obtenir des pouvoirs publics une mise sur le marché plus rapide, la fixation accélérée d'un prix élevé pour leurs médicaments, ou encore un meilleur taux de remboursement.

Les patients et leurs associations ont intérêt à se demander quelle est la fiabilité des informations des firmes. Et quelle sera leur crédibilité sociale s'ils acceptent le financement de l'industrie. Les ambitions commerciales des firmes les conduisent à placer les patients au centre de leur stratégie commerciale. Dans son numéro de mars 2009, la revue indépendante Prescrire encourage les patients à ne pas se laisser faire... Prescrire, 83 Bd Voltaire, 75558 Paris Cedex 11. Abonnement annuel (12 numéros + divers autres services): 265 euros. Courriel abonnés hors France : [international@prescrire.org](mailto:international@prescrire.org). Site : [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org).

## Symbioses

### « Education à l'environnement : réveille l'artiste qui sommeille en vous ! »

Un nouveau dossier de Symbioses vient de paraître, rencontre entre deux leviers de changement : l'expression artistique et l'éducation à l'environnement. Là où l'environnement stimule la créativité des artistes, l'art éveille les consciences. Là où la création artistique touche au partage et à la participation, l'Education relative à l'Environnement (ErE) s'appuie sur la pédagogie active et l'approche participative. Là où créer fait appel à l'imaginaire et au rêve, éveiller à l'environnement passe par la créativité et l'expression. 24 pages de réflexions, de reportages et de projets concrets. Le tout enrichi d'outils, d'adresses et d'idées utiles pour aller plus loin. Symbioses est réalisé par le Réseau IDée. Il s'adresse aux enseignants, animateurs, parents, éco-conseillers, éducateurs... qui désirent mener des activités, des projets ou des événements d'éducation à l'environnement auprès des publics jeunes et moins jeunes. Trimestriel, 10 euros/an ou 3 euros/numéro. Pour le commander, s'abonner : [www.symbioses.be](http://www.symbioses.be), [info@symbioses.be](mailto:info@symbioses.be), 02 286 95 70. Il sera téléchargeable à partir de mai. Réseau IDée asbl (Information et Diffusion en éducation relative à l'environnement), rue Royale 266, 1210 Bruxelles. Tél.: +32 2 286 95 70. Fax : +32 2 286 95 79.

## Dossier. Médias et santé : développer l'esprit critique

■ Introduction, *Joëlle Kivits, Alain Douiller*

### Santé et médias : un duo mouvementé

- Le marché de l'information santé : une cacophonie organisée ?, *Joëlle Kivits*
- Pourquoi éduquer à l'information sur les questions de santé, *Alain Douiller*
- « Les médias ont un pouvoir normatif, mais les citoyens ne sont pas dupes », entretien avec *Lise Renaud et Monique Caron-Bouchard*

### Jeunes et médias mode d'emploi

- « L'éducation au regard est aussi indispensable à l'enfant que l'éducation au goût », entretien avec *Christian Gautelier*
- « La télévision a une place dans le développement de l'enfant », entretien avec *Christine Ceruti*
- « L'adolescent construit une relation fusionnelle via le portable et Internet », entretien avec *Monique Dagnaud*
- Quelle place pour le décryptage des messages médiatiques à l'école ?, *Elsa Santamaria*

### L'éducation des 8 - 25 ans : terrains d'action

- Décrypter les stéréotypes publicitaires à l'école, *Frank Pizon, Philippe Roussat, Maryse Brossat, Didier Jourdan*
- « L'École des papilles » pour résister aux publicités alimentaires, l'équipe d'ABC Diététique, *Isabelle Darnis, Amandine Verchère, Sébastien Goudin*
- Un concours sur les addictions en Vaucluse, *Sabine Gras*
- « Décode le monde ! » pour développer l'esprit critique, *Dorothee Bert*
- Face aux images, « En route pour la vie », *Nathalie Merle, Sylvaine Roustan*
- Jeunes en insertion : construire une pensée critique, *Sven Schaul*

Pour en savoir plus, *Elisabeth Piquet*



## Rubriques

### Qualité de vie

- « Tout objet de plaisir peut devenir une addiction », entretien avec *Michael Stora*
- Marmottant : à l'écoute des jeunes « accros » aux jeux vidéo, *Denis Dangaix*
- Le jeu pathologique : une addiction réelle, sans drogue, *Denis Dangaix*
- Changer les représentations de l'alcool et des soins, propos de *Philippe Batel*
- « Ancien dépendant, je suis devenu 'passeur' entre les soignants et les malades de l'alcool », propos de *Serge Nédélec*

### Aide à l'action

- La Réunion : un classeur pédagogique pour aider à manger équilibré, *Blandine Bouvet, Frédérique Madé, D'Rémi Foubert*
- Enquête sur l'alimentation des personnes précaires, *Christine César*

### International

- Guinée : des centres de santé pour informer les jeunes, *Alexandre Delamou*

### Qualité de vie

- Former les professionnels pour lutter contre les discriminations, *Eric Verdier*

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

Pour tout renseignement : *La Santé de l'Homme*, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 42 Bd de la Libération, F-93203 Saint-Denis cedex. Tél. 1 49 33 22 22. Fax 1 49 33 23 90. Internet : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Karin Rondia, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaeghe.

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

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

**Maquette et mise en page :** Muriel Logist.

**Impression :** Impaprint.

**Tirage :** 2.800 exemplaires.

**Diffusion :** 2.600 exemplaires.

**ISSN :** 0776 - 2623.

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

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

**Pour tous renseignements complémentaires :**

Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

## SOMMAIRE

### Initiatives

- Présentation du programme de dépistage du cancer colorectal  
par *Bernadette Taeymans* 2
- Interreg IV: Générations en santé 2008-2012 5

### Réflexions

- Les inégalités sociales de santé, une priorité de la promotion de la santé,  
par *Martine Bantuelle* 7
- Être jeune aujourd'hui,  
par *Anne-Sophie Poncelet*  
d'après les propos de *Bernard De Vos* 9

### Stratégie

- Le protocole du programme de dépistage du cancer colorectal 10

### Matériel

- Manger bon, local et de saison 14
- Les faces cachées du sucre 15
- Chicha, agréable à fumer... dangereux pour la santé 16

### Outil

- Tababox*, un cédérom destiné aux jeunes 17

### Données

- Les ventes de tabac... ne font plus un tabac! 18
- Le Tableau de bord de la santé cardiovasculaire, par *Colette Barbier* 19

### Brèves

22

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

**Abonnement :** gratuit pour la Belgique,

Pour l'étranger, nous contacter.

**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 :** Anne Trappeniers.

**Journalistes :** Colette Barbier, Carole Feulien, Gilles C Jourdan.

**Documentation :** Maryse Van Audenhaeghe (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaeghe@mc.be).

**Site internet :** Jacques Henkinbrant (design),

Maryse Van Audenhaeghe (animation).

**Contact abonnés :** Maryse Van Audenhaeghe (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaeghe@mc.be)

**Comité stratégique :** Gaëtan Absil, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Colette Barbier, Jean-Luc Collignon, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Fabienne

Internet : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)

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

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

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

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

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

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



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