

Bilan

En présentant les nouveaux ministres belges de la santé aux différents niveaux de pouvoir, un bi-hebdomadaire réservé au corps médical¹ affirmait péremptoirement qu' "il n'est pas excessif de dire qu'elle (la santé ndlr) fut le cadet des soucis de la ministre-présidente Laurette Onkelinx, qui l'avait aussi parmi ses compétences".

On nous permettra d'être un peu plus nuancé.

Il importe d'abord de rappeler que les compétences de la Communauté française en la matière sont très limitées, et le budget disponible encore plus: 500 millions, à mettre en balance avec environ 500 milliards pour la santé 'fédérale'. Le rapport de 1 à 1000 se passe de commentaire.

Deuxième point, malgré le poids des autres secteurs sous sa responsabilité (éducation, petite enfance, aide à la jeunesse, audiovisuel), Laurette Onkelinx ne s'est pas contentée de gérer le secteur de l'éducation pour la santé comme ses prédécesseurs. Elle a eu le souci d'en renouveler les concepts et le fonctionnement en faisant voter un décret qui marqua le passage, en 1997, à une vision plus globale et participative de la santé, inspirée entre autres de la charte d'Ottawa et répondant au moins en partie aux aspirations des acteurs de terrain.

Nous ne reviendrons pas ici sur les détails de cette réforme, que nos lecteurs connaissent d'ailleurs fort bien, pour nous contenter d'en souligner rapidement trois points forts et deux lacunes.

Le premier programme quinquennal de promotion de la santé constitue une avancée majeure, car il propose un cadre de réflexion et d'action à moyen terme, tant au niveau des stratégies à privilégier que des publics et des problèmes de santé prioritaires. En outre, ce programme n'est pas figé, puisqu'une adaptation annuelle est prévue².

Le décret entend aussi mettre l'accent sur la décentralisation, en donnant plus de moyens aux centres locaux de promotion de la santé, en favorisant concrètement les partenariats avec les provinces, les communes, les professionnels de santé, le milieu associatif en général. Il est trop tôt pour dire si la sauce a pris ou non, mais le pari valait d'être tenté.

La prévention primaire des toxicomanies, la promotion de la santé par les IMS, la prévention du sida sont maintenant intégrées dans l'enveloppe budgétaire globale, et les programmes à subventionner doivent répondre aux mêmes exigences de qualité quelle que soit leur origine. Cela a fait grincer pas mal de dents, mais on ne peut nier la cohérence de cette démarche.

Moins convaincante par contre fut la décision de ne plus agréer comme services permanents qu'un très petit nombre d'anciens services aux éducateurs. Si cela a permis de 'liquider' des équipes qui n'avaient pas montré grand chose en une dizaine d'années, cela en a aussi mis en difficulté d'autres, qui avaient construit patiemment dans leur champ de compétence une expertise de haut vol parfois reconnue par des instances internationales. Ce fut une erreur de faire ainsi table rase de (presque) tout le passé.

Enfin, au rayon des frustrations, on peut aussi regretter que le Conseil supérieur de promotion de la santé, qui joue en permanence un rôle d'avis dans des domaines aussi variés que les orientations stratégiques, l'agrément des équipes, le subventionnement des programmes, des actions, des recherches, des récoltes de données, la politique de vaccination et la mise en place de campagnes médiatiques de promotion de la santé, n'ait d'autres moyens pour réaliser ses nombreuses tâches que la bonne volonté de ses membres et de quelques fonctionnaires chargés de faire tourner la machine sans être soulagés d'aucunes de leurs tâches habituelles.

En résumé, je ne peux que souhaiter à la nouvelle responsable de la santé de capitaliser sur les acquis du décret et d'en corriger les quelques défauts!

Christian De Bock, rédacteur en chef

¹ Maurice Einhorn et Geert Verrijken, *La santé se met au vert*, in *Le Journal du Médecin*, n° 1201, 23/07/99
² *Le premier plan annuel de promotion de la santé*, in *Education Santé*, n° 140, p 7 à 10.

Réalisation et diffusion: Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Secrétaire de rédaction: Christian De Bock

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Responsable des rubriques Acquisitions, Brèves, Documentation, Lu pour vous, Matériel et Vu pour vous: Maryse Van Audenhaege.

Documentation: Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

Comité de rédaction: Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Nathalie da Costa Maya, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Anne Fenaux, Anne Geraets, Christian Grégoir, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houlioux, Véronique Janzyk, Jean-Luc Noël, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Editeur responsable: Edouard Descampe, avenue du Val d'Or 79, 1150 Bruxelles.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure : Prepress Logistique ANMC.

Impression : Sofadi.

Tirage: 2.500 exemplaires.

Diffusion: 2.300 exemplaires.

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Documentation consultable sur rendez-vous pris au 02/237.48.53.

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél.:02/237.48.53. Fax: 02/282.42.49 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire). E-mail: education.sante@mc.be.

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



Education Santé



© LUC SELVAIS/PIPHOTO NEWS

Initiatives

Sécurité alimentaire

La crise de la dioxine et l'affaire Coca-Cola ont placé ce sujet d'habitude peu porteur au coeur de l'actualité pendant plusieurs semaines.

L'occasion était rêvée pour sonder l'opinion et rappeler quelques bons conseils en la matière, à l'abri de l'hystérie ambiante.

Les sondages

Une plate-forme composée de représentants des organisations de consommateurs, des pouvoirs publics, de l'industrie alimentaire et du secteur de la distribution a fait réaliser une enquête auprès de 600 Belges âgés de 15 ans et plus, avant et après la crise.

Le fait le plus significatif est que cette affaire n'a eu que peu de conséquences sur la

confiance du consommateur quant à la sûreté de son alimentation. Si, avant la crise, 89% d'entre eux déclaraient se fier à ce qu'ils mangent, ils sont toujours 82% aujourd'hui.

Aveuglement ou bon sens ? On penche pour la deuxième hypothèse si on considère que d'une manière générale, les aliments n'ont jamais été aussi sûrs qu'en cette fin de millénaire, n'en déplaise à quelques esprits chagrins.

Il n'en est pas moins vrai que les sondages montrent que nos compatriotes ont tendance à sous-estimer les risques d'intoxication alimentaire. C'est très bien de s'inquiéter de la dioxine ou de la vache folle, mais il faut savoir que le défaut d'hygiène alimentaire à la maison ou de mauvaises habitudes alimentaires sont responsables de 100.000 fois plus

de problèmes que par exemple des résidus de pesticides ou des additifs!

D'où la pertinence de rappeler régulièrement quelques notions élémentaires.

Une histoire de date !

Si la plupart des consommateurs savent que les Salmonelles ne sont pas une destination de vacances, leurs connaissances dans ce domaine restent très limitées. La sécurité des denrées alimentaires ne s'obtient qu'au prix d'un véritable partage des responsabilités entre les intervenants de la chaîne de production. Une infection ou une intoxication alimentaire peut avoir de graves conséquences pour le consommateur; c'est d'autant plus préoccupant que les antibiotiques n'ont plus toujours l'efficacité escomptée.

La brochure " La sécurité dans mon assiette : c'est aussi une histoire de date ! " a été réalisée dans le cadre d'une campagne européenne. Elle est le fruit d'une collaboration de tous les intervenants ayant une part de responsabilité dans la qualité et la sécurité de nos aliments.

Le consommateur y trouvera informations et conseils pour acheter, transporter, conserver, préparer et consommer ses aliments en toute sécurité. Combien de temps peut-on conserver un produit alimentaire? Comment faut-il comprendre les indications figurant sur l'étiquette? Qui contrôle la qualité des denrées alimentaires? Quelles sont les causes des toxico-infections alimentaires? Autant de questions auxquelles cette brochure propose de répondre.

La brochure " La sécurité dans mon assiette : c'est aussi une histoire de date ! " (ainsi qu'un dépliant et une affiche sur le même thème) est disponible gratuitement notamment auprès du Centre de recherche et d'information des orga-

nisations de consommateurs (CRIOC), rue des Chevaliers 18, 1050 Bruxelles, tél. (02) 547 06 24, fax (02) 547 06 01, e-mail : crioc-oivo@oivo-crioc.org

Bien comprendre l'étiquetage nutritionnel

L'étiquetage des produits alimentaires prend une importance toujours plus grande. D'une part, parce que nous achetons de plus en plus souvent nos aliments préemballés et d'autre part, parce que la production industrielle des aliments a pris une importance telle qu'une communication écrite sur le produit est indispensable pour informer le consommateur de ce qu'il mange.

Depuis les années 70 déjà, une législation européenne reconnaît au consommateur le droit à l'information et définit ce qui doit se trouver sur l'étiquetage d'un produit alimentaire préemballé. La dénomination, la composition, le nom du fabricant ou du distributeur, la date de durabilité,... sont autant d'informations importantes.

Au début des années 90, la loi de base a été complétée par une réglementation relative à l'étiquetage nutritionnel.

Bien comprendre et interpréter un tel étiquetage n'est pas toujours chose facile.

Le Conseil national de la nutrition, une section du Conseil supérieur d'hygiène, et l'Inspection générale des denrées alimentaires ont réalisé, en collaboration avec le CRIOC, une brochure destinée à aider le grand public à sélectionner et à bien comprendre les informations nutritionnelles.

La brochure " Bien comprendre l'étiquetage nutritionnel " est disponible gratuitement sur demande écrite auprès de l'Inspection générale des denrées alimentaires, Quartier Esplanade (11^e étage) - CAE, boulevard Pachéco 19 boîte 5, 1010 Bruxelles, e-mail : igda@health.fgov.be

ou du Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs (CRIOC), rue des Chevaliers 18, 1050 Bruxelles, e-mail : crioc_oivo@skynet.be ■

Impact évalué par enquête

En décembre 1998, une enquête a été menée par un institut de sondage (Inra-MU) auprès d'un échantillon représentatif de la population nationale des personnes de plus de 65 ans. L'enquête visait plus spécifiquement l'évaluation de la campagne " pneumocoque ", mais de nombreuses questions approchaient de manière globale la vaccination des 65 ans et plus.

La campagne menée au nord du pays bénéficiait de moins de moyens audiovisuels (campagne "pneumocoque" sur TV1: couverture 67,7%; OTS 6,2; GRP 417,6. Campagne "grippe": couverture 48,1%; OTS 2,1; GRP 101,2). Pour le reste, la vzw Omtrent Gezondheid a organisé, de manière équivalente à la Communauté française, une conférence de presse et une diffusion de matériel informatif auprès des relais.

Premier enseignement, la campagne "pneumocoque" a eu une visibilité beaucoup plus importante en Communauté française: 64% des personnes interrogées à Bruxelles et dans le sud du pays ont entendu parler de conseils pour la vaccination contre le pneumocoque, contre seulement 20% dans le nord.

Promotion de la vaccination

Bilan des campagnes pneumocoque et influenza en 1998

Entre septembre et octobre 98, deux campagnes de promotion de la vaccination ont été diffusées sur les chaînes de radio et de télévision de la Communauté française, dans le cadre des espaces gratuits octroyés aux campagnes de promotion de la santé.

La première portait sur la promotion de la vaccination contre le pneumocoque et la seconde sur la vaccination contre la grippe.

Les promoteurs en étaient Question Santé, Provac et la Société scientifique de médecine générale.

Un bilan de cette campagne a été effectué tant au niveau quantitatif que qualitatif.

Impact en termes d'audience

Une première évaluation provient des chiffres d'audience communiqués par les régies publicitaires. De ces chiffres, il ressort que la campagne "pneumocoque" a bénéficié d'espaces gratuits en radio et en TV pour un montant avoisinant les dix millions de francs, tandis que la campagne "grippe" a obtenu des espaces équivalents à environ six millions.

La différence vient du fait que la campagne "pneumocoque" a été diffusée en radio et en TV durant quatre semaines, alors que la campagne "grippe" a été diffusée uniquement en TV, et durant trois semaines.

Pour le spot " grippe ", la couverture (le pourcentage des personnes de plus de 65 ans qui ont vu le spot au moins une fois) est de 73,4% sur la RTBF et de 70,8% sur RTL-TVI. L'OTS (opportunity to see, nombre de fois que le public-cible a eu l'occasion de voir le spot) s'établit en moyenne à 3,7 sur la RTBF et à 3,9 sur RTL-TVI. Le GRP (impact), que l'on peut extrapoler en additionnant l'impact des deux chaînes, s'établit à 546,5, résultat que l'on peut considérer comme excellent puisque excédant largement le seuil de 300 communément admis.

Pour la campagne "pneumocoque", en télévision, la couverture est de 75,8% sur la RTBF et de 69,2% sur RTL-TVI. On obtient des chiffres d'OTS un peu meilleurs que pour la grippe, puisqu'ils sont de 4,5 sur la RTBF et de 4,0 sur RTL-TVI. Le GRP atteint 615,9. A cet impact s'ajoute celui obtenu par la campagne radiophonique (nous ne disposons que des chiffres émanant des chaînes de la RTBF): si la couverture est moins bonne (39,1%), l'OTH (opportunity to hear) atteint 8,7 et le GRP 341.

Les objectifs de la formation :

- identifier les problèmes de santé spécifiques à des individus ou des groupes multiculturels et/ou vivant une situation sociale ou culturelle précaire ;

- mettre en place des interventions de promotion de la santé adaptées aux groupes et aux individus en situation de précarité ;

- améliorer les communications entre ces populations et le personnel médico-social;
- promouvoir l'approche de la santé communautaire ;

- favoriser l'adoption d'attitudes d'accueil et d'écoute.

Les cours suivants seront développés : sociologie appliquée aux groupes sociaux à risque, psychologie appliquée, méthodologie de projet appliquée, éducation pour la santé, pédagogie d'adultes, actualisations médico-sociales, éléments de médecine préventive, éthique et déontologie.

Conditions d'admission : être titulaire soit d'un diplôme de l'enseignement universitaire ou supérieur de type court, social ou paramédical, soit du brevet d'infirmier(e) hospitalier(e) ou psychiatrique.

Durée de la formation : du 23 septembre 1999 au 15 juin 2000, soit 18 semaines, à raison d'un jour de cours par quinzaine, le jeudi de 9 à 17h10.

Renseignements : *secrétariat du CPSI, avenue Hippocrate 91, 1200 Bruxelles, tél. (02) 762 34 45, fax (02) 762 50 56.*

Dépendances Bruxelles

29 septembre 1999

Le Pélican asbl organise un exposé interactif sur les dépendances (alcool, drogues, médicaments, jeux de hasard, boulimie, conduites de dépendances affectives et psychologiques) et leurs approches (de 14 à 16h30).

Lieu : Le Pélican, rue du Président 55, 1050 Bruxelles (proximité métro Louise).

P.A.F. 150 F (réservation souhaitée).

Renseignements : *tél./fax (02) 502 08 61.*

Education Namur

20 au 24 octobre 1999

Salon Education, 6^e édition du Salon des outils pédagogiques et de l'équipement pour l'enseignement, avec différentes

zones thématiques, dont celles qui peuvent concerner le secteur de la promotion de la santé, le village pour l'équilibre et la santé de l'enfant ou le village du jeu pédagogique.

Lieu : Palais des expositions de Namur, hall I, avenue Sergent Vriethoff 2, 5000 Namur (de 10 à 18 heures).

Drogues Gand

26-27 octobre 1999

7^e Congrès national Gestion des drogues en 2000.

Thèmes des ateliers : politique intégrée au niveau local; prévention dans et autour des écoles; assistance aux usagers de drogues en prison; usage et sécurité routière; coopération verticale entre les différents niveaux de prévention; problématique de l'usage mineur; approche internationale du trafic de drogues; coopération entre les différents niveaux d'assistance au plan local.

Lieu : Flanders Expo à Gand.

Renseignements : *Oost-Vlaamse Politieacademie (OPAC), Sprenckstraat 5, 9042 Mendonk, tél. (09) 345 69 64, fax (09) 342 82 09.*

Animations Bruxelles

Les Femmes prévoyantes socialistes du Brabant organisent à la demande de groupes (associations, CPAS, écoles d'enseignement supérieur ou de promotion sociale, missions locales,...) des animations et formations pour adultes, sur des thèmes santé comme l'alimentation équilibrée, le sommeil, la dépression, les médicaments, le stress,...

Coût par animation : 2000 F.

Renseignements : *F.P.S. du Brabant, rue du Midi 118-120, 1000 Bruxelles, tél. Patricia Seront (02) 546 14 13 ou Liliane Leroy (02) 546 14 12.*

Publications

- Nouvelle édition du *Mémento de la santé mentale*, qui offre un aperçu des structures d'accueil et de soins appartenant au champ de la santé mentale à Bruxelles et en Wallonie.

Ce répertoire reprend des listes d'adresses de services hospitaliers psychiatriques, de lieux d'hébergement pour adultes, d'établissements pour enfants et

adolescents, de services ambulatoires, de lieux d'accueil pour toxicomanes,...

Les modifications intervenant très rapidement dans ce domaine, le *Mémento* ne présente qu'une partie de l'information gérée en permanence par Info Santé Mentale.

Ce répertoire est réalisé avec le soutien du Ministère de la Région wallonne.

Le *Mémento* est disponible au prix de 500F (port compris) par téléphone au (02) 538 94 76, par fax au (02) 534 38 64 ou par e-mail à julie.renson@advalvas.be.
Fondation Julie Renson, rue de Lombardie 35, 1060 Bruxelles.

- Première édition des *Services actifs en matière de toxicomanies à Bruxelles*. Comme pour beaucoup de grandes villes, la prévention des toxicomanies est un axe prioritaire de la politique de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale.

Ce document comprend un bref argumentaire sur les valeurs guidant les choix politiques de la COCOF, une présentation de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), du point focal belge du réseau REITOX, du décret du 27/5/95 relatif à l'agrément et au financement des services, et une description des quatorze équipes agréées et de cinq initiatives soutenues par la COCOF.

Brochure réalisée et éditée par Question Santé, et disponible par téléphone au (02) 542 83 16 et par fax au (02) 542 83 90.

Nouvelles adresses

Cabinet de la Ministre en charge de la promotion de la santé en Communauté française de Belgique:

Madame Nicole Maréchal, Ministre de la santé, rue de la Loi 38, 1040 Bruxelles.

Déménagement d'Education Santé

Education Santé (à partir du 15/11/99): chaussée de Haecht 579 bte 140, 1031 Bruxelles.

Demande d'emploi

Licenciée en anthropologie et études de développement, avec maîtrises en sciences sociales et en santé publique, ayant de l'expérience dans le domaine du sida et de l'adolescence en difficulté, recherche un emploi dans les domaines de l'éducation pour la santé.

Mademoiselle Siân Evans, rue du Bailli 93, 1050 Bruxelles, tél. (0477) 27 94 45.

De l'amour à la violence... Trois femmes parlent

Trois femmes témoignent de la violence conjugale, physique ou psychologique, qu'elles ont subie pendant des mois. Elles évoquent le double visage (privé et public) de leur compagnon, l'escalade dans les comportements agressifs, l'enfermement, la destruction des repères et de la confiance en soi, la difficulté de parler, la force d'en être sortie, etc.

Par leurs témoignages, ces femmes permettent de mieux comprendre comment l'amour et la violence ont pu se côtoyer douloureusement dans leur vie. Leur histoire et leur questionnement apportent des pistes de réflexion à toute personne concernée et permettent de prendre conscience du fait qu'il est possible de sortir du cycle de la violence.

Série Violence conjugale
Production: CECOM, 1995
Réalisation: Dominique Volckrick
Durée: 32', couleur
Référence Médiathèque: TN 8841

Grossesse en mauvais terme

Quand la violence brise le mythe de l'événement heureux

Un document de sensibilisation et de dépistage de la violence conjugale qui survient au moment de la grossesse, illustré

par des témoignages de femmes qui en ont été victimes. Leurs récits sont entrecoupés d'interventions de médecins, d'experts et de travailleurs sociaux qui évoquent les différentes phases de la violence et les difficultés d'en parler. Ensemble, ils tentent de dégager des pistes pour aborder certaines questions avec les victimes: comment recevoir les confidences et entamer un processus d'aide, à qui adresser ces femmes, etc.

L'accent est mis sur la nécessité de sensibiliser l'ensemble de la population à ce type de situation. Un film qui s'adresse plus particulièrement aux intervenants œuvrant en périnatalité.

Série Violence conjugale
Production: CECOM, 1995
Réalisation: Dominique Volckrick
Durée: 32', couleur
Référence Médiathèque: TN 8842

Les enfants témoins

Quand ça gronde dans ma famille

Des mères témoignent des effets de la violence conjugale sur leurs enfants. Les répercussions peuvent être importantes: problèmes de santé mentale, troubles du développement, isolement, tendances à reproduire les comportements violents, etc.

Un pédiatre et des intervenants auprès d'enfants témoins ou victimes apportent des conseils sur les moyens de dépister et de prévenir ce type de situation, la manière d'intervenir et les limites à ne pas dépasser.

Un programme destiné aux spécialistes de l'enfance qui s'interrogent sur les actions à poser et sur le rôle de prévention qu'ils doivent jouer. Une brochure d'accompagnement destinée aux enseignants du primaire peut être obtenue auprès du CECOM.

Série Violence conjugale
Production: CECOM, 1995
Réalisation: Dominique Volckrick et Pierre H. Tremblay
Durée: 28', couleur
Référence Médiathèque: TN 8843

Ces productions ont été inscrites récemment au catalogue-guide "Education pour la santé".

Pour d'autres renseignements, contacter la Médiathèque, Collections et actions thématiques, Place de l'Amitié 6, 1160 Bruxelles. Tél.: (02) 737 18 11 - Télécopie: (02) 737 18 88.

Internet: www.lamediatheque.be
Email: thematiques@lamediatheque.be ■

1 CECOM - Centre de Communication en Santé Mentale de l'Hôpital Rivière-Des-Prairies - 7070, boul. Perras - Montréal, Québec, Canada H1E 1A4 - Tél.: (514) 328-3503 - Télécopie: (514) 323.4163

Brèves

Cancer Bruxelles

De septembre 1999 à juin 2000

Ateliers de formation en prévention et dépistage du cancer destinés aux médecins généralistes. Informations théoriques et ateliers pratiques: réalisation de frottis de qualité, examen clinique des seins, lecture de clichés de mammographie pour reconnaître les examens de qualité et les anomalies qui nécessitent une mise au point.

Dates à retenir: les samedis 4 septembre, 16 octobre, 6 novembre, 4 décembre 1999, 29 janvier, 26 février, 25 mars, 29 avril, 20 mai et 24 juin 2000 (de 10 à 17 heures).

Un atelier couvre l'ensemble de la formation (accréditation: UFC à préciser).

8 médecins maximum par atelier.

Responsable: Professeur Anne Vandembroucke.

Adresse: Ecole de santé publique, Clos Chapelle aux champs 30 (rez-de-chaussée, local C-021), 1200 Bruxelles

Renseignements et inscriptions: Unité de prévention et dépistage du cancer, E.S.P./3051, Clos Chapelle aux champs 30, 1200 Bruxelles, Madame Coppens, tél. (02) 764 33 36, fax (02) 764 33 48, e-mail: vandembroucke@mbig.ucl.ac.be

Drogues Maastricht

15 au 17 septembre 1999

2e Conférence européenne sur les jeunes et les drogues.

Renseignements: Trimbo Institute for Mental Health, P.O.Box 725, 3500 AS Utrecht, Nederland, tél. +31 30 2971136, fax +31 30 2971111, e-mail: touch@trimbos.nl

Formation Bruxelles

De septembre 1999 à juin 2000

Le Centre de perfectionnement en soins infirmiers de l'Association catholique de nursing organise, dans le cadre de l'enseignement de promotion sociale, une formation consacrée à la "Promotion de la santé dans les populations socialement défavorisées et/ou multiculturelles et dans les groupes à risque". Cette formation s'adresse à tous les professionnels de santé, médecins, infirmier(e)s, kinésithérapeutes, assistants sociaux...

Parmi les francophones ayant entendu ces conseils, la source mentionnée était pour 66% la télévision (53% citait un spot, 13% une émission), 20% la radio, 25% le médecin, 11% l'entourage ou la famille, 10% la presse écrite, etc.

Sur le plan des connaissances ("selon vous, contre quelles maladies est-il important que l'on soit vacciné à 60 ans et plus"), on constate une notoriété certaine de la grippe (69%), équivalente au nord et au sud du pays. En ce qui concerne le pneumocoque, dont le vaccin a été introduit récemment (en 1996), il est cité par 19% à Bruxelles et dans le sud, contre seulement 4% au nord. Le tétanos, qui n'a pas fait l'objet d'une campagne de communication spécifique, est mentionné par 11% des francophones et 4% des néerlandophones.

Les réponses aux questions visant à tester les connaissances obtiennent généralement de meilleurs scores en Communauté française.

Les messages les plus souvent cités, lorsqu'on interroge les personnes sur ce qu'elles ont retenu du spot "pneumocoque" sont:

- la vaccination est recommandée à 60 ans et plus (35%);
- le pneumocoque occasionne des complications graves chez les plus de 60 ans (13%);
- la vaccination est recommandée à tous (11%);
- un message sur la pneumonie (9%);

- la vaccination est un moyen simple et efficace de se protéger (8%);
- le pneumocoque tue plus que les accidents de la route (2%).

En Communauté française, 14% des personnes interrogées disent s'être fait vacciner contre le pneumocoque durant l'automne 98, contre 6% en Communauté flamande. 11% disent avoir déjà été vaccinées au cours des deux années précédentes. Ces taux de vaccination sont confirmés par les chiffres de délivrance de vaccins au cours des années 98 et 99. Pour la grippe, ces chiffres atteignent 49% en Communauté française et 46% en Communauté flamande. Le tétanos bénéficie de l'effet recruteur de la campagne puisque 15% des francophones disent avoir été vaccinés durant l'automne.

Les raisons invoquées pour la non vaccination sont:

- ne se sent pas concerné (34%);
- compte sur ses défenses personnelles (5%);
- n'a jamais eu de problèmes avec le pneumocoque (5%);
- craint des effets secondaires (4%);
- le vaccin n'est pas naturel (3%);
- utilise un autre moyen de prévention (1%);
- autres (26%).

Un francophone sur cinq dit avoir l'intention de se faire vacciner à l'avenir contre le pneumocoque, contre 11% des néerlandophones.

Conclusions et perspectives

Les campagnes de promotion des vaccinations anti-pneumocoque et anti-influenza ont obtenu de bons résultats en termes de visibilité et de compréhension des messages. Sur base des enquêtes successives menées auprès du public concerné, on peut estimer que la couverture vaccinale contre la grippe, après une croissance nette, s'est stabilisée depuis 2 ans ($\pm 50\%$) et que la couverture contre le pneumocoque atteint ± 20 à 25%.

Les réticences à la vaccination reposent toujours pour $\pm 50\%$ des non vaccinés sur une non perception du problème et un sentiment de non vulnérabilité.

A l'avenir, une approche médiatique globale de la vaccination, intégrant les différents vaccins conseillés aux plus de 60 ans, sera privilégiée: le but est d'amener progressivement les personnes de 60 ans et plus à prendre un contact annuel, à l'automne, avec leur médecin pour faire avec lui un bilan de leurs vaccinations.

La campagne de l'automne 1999 se déclinera en télévision, en radio, en affiches et reposera sur le partenariat en place depuis plusieurs années avec les professionnels de la santé (médecins généralistes, pharmaciens, services de soins à domicile, CPAS, institutions culturelles s'adressant spécifiquement aux plus de 60 ans).

Dr Patrick Trefois, Question Santé ■

Médicaments et sécurité routière

Certains médicaments influencent la conduite automobile: les spécialistes s'entendent désormais sur ce point. Pour chacun d'entre nous, une discussion avec le médecin doit permettre d'évaluer les risques, en tenant compte du contexte et de l'histoire médicale qui est la nôtre. Il ne s'agit pas de diaboliser le médicament mais de conformer la décision de prendre le volant au traitement suivi.

L'asbl Drive Mut, l'Institut belge pour la sécurité routière et les Mutualités socialistes ont organisé au mois de mai un colloque "Médicaments et sécurité routière" à l'intention des professionnels de santé.

Cette journée d'études a permis pour la première fois en Belgique, de dresser un état de la question en réunissant autour

d'une même table des spécialistes belges et étrangers impliqués de près dans la problématique de la prise de médicaments par les conducteurs.

Lors du colloque, un praticien relevait que les benzodiazépines figurent parmi les principaux produits consommés en excès et impliqués dans de nombreux accidents. On cite un risque d'accident mortel multiplié par deux sous l'effet de ces produits. Une étude belge portant sur plus de 2000 conducteurs admis dans 5 grands hôpitaux suite à un accident de la route, a détecté la présence de benzodiazépines chez 8,5% d'entre eux. Sans mentionner la combinaison fréquente alcool-médicament.

Le public connaît bien les effets de l'alcool au volant, mais beaucoup moins les risques d'accidents que font courir certains médicaments. L'IBSR a sorti récemment un dé-

pliant "Certains médicaments peuvent influencer vos capacités de conduite. Le savez-vous?" qui permet de vérifier en un clin d'œil l'influence légère ou forte d'une série de médicaments sur la conduite. Cette information couvre aussi bien des spécialités sur prescription qu'en vente libre. Il s'agit probablement d'une première en Europe.

Ce dépliant (500.000 exemplaires) est distribué par les pharmaciens, les médecins et les mutualités.

Pour tous renseignements complémentaires: Drive Mut asbl, Martin Wauthy, Place St Jean 1-2, 1000 Bruxelles. Tél.: (02) 515.06.15. Fax: (02) 512.27.62. E-mail: martin.wauthy@mutsoc.be

IBSR, chée de Haecht 1405, 1130 Bruxelles. Tél.: (02) 244.15.11. Fax: (02) 216.43.42. E-mail: info@ibsr.be. Internet: www.ibsr.be. ■

Des clips santé à la télé

Sous l'impulsion de l'Observatoire de la santé du Hainaut, les télévisions régionales hennuyères (Antenne Centre, NO Télé, Télé MB et Télé-sambre) se sont associées pour diffuser une série de messages santé.

Pourquoi la télé ?

Le projet clips santé se situe dans le cadre de programmes communautaires de promotion de la santé. L'objectif de ces programmes est de diminuer les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires et des cancers dans la population hennuyère.

Le terme communautaire signifie ici que toute une communauté se mobilise pour un mieux-être de ses habitants. Par communauté, on entend les milieux politiques, socio-éducatifs, économiques, associatifs, de la santé, de la communication...

A cet égard, la mobilisation des médias de large diffusion apparaît comme indispensable, sans exclure bien entendu des ac-

tions moins visibles au bénéfice de publics ciblés.

Collaboration

Le groupe porteur est constitué des chaînes de télévision régionales, de Question Santé, de l'Observatoire de la santé du Hainaut et de Carolo Cardio Santé.

Les clips

Les messages ont été conçus dans le respect des principes suivants :

- éviter médicalisation, hygiénisme et inflexion moralisatrice ;
- être proche des préoccupations des gens ;
- les encourager à adopter des modes de vie favorables à la santé ;
- informer correctement sans effrayer ni culpabiliser ;
- aider les gens à se prendre en charge et à être solidaires les uns des autres ;

- agir aussi sur le cadre de vie des populations.

Information et perspectives pratiques constituent l'essentiel des clips.

La première partie présente sous forme de reportage ou de témoignage un comportement de la vie quotidienne, favorable à la santé ou pas.

La seconde partie développe information scientifique et conseil, et renvoie à des points de contact où le public peut trouver des informations complémentaires.

Les thèmes traités sont l'activité physique, les collations saines et les graisses, le tabagisme passif, l'exposition au soleil et le dépistage des cancers féminins.

Pour tout renseignement sur cette campagne ou pour obtenir une cassette reprenant les clips : Observatoire de la santé du Hainaut, Cellule communication rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré, tél. 065/87.96.00, fax 065/87.96.79, email : observatoire.sante.hainaut@skynet.be ■

trés d'un grand nombre d'exemples puisés dans l'histoire ancienne ou récente de la promotion de la santé.

Une réalisation de grande qualité, d'une lecture aussi vivante qu'instructive, qui plus est gratuite (sauf 80 F pour les frais d'envoi) grâce au soutien de la Communauté française.

BONTEMPS R., CHERBONNIER A., MOUCHET P., TREFOIS T., *Communication et promotion de la santé, aspects théoriques, méthodologiques et pratiques*, Question Santé, Bruxelles, 1998, 198 pages.

L'éducation pour la santé est-elle efficace ?

Nous nous posons tous cette question existentielle de temps en temps. Le Comité français d'éducation pour la santé apporte une réponse positive dans une plaquette d'une cinquantaine de pages ma foi bienvenue, et qui prouve en tout cas que ses auteurs ont bien intégré la dimension 'advocacy' de la charte d'Ottawa.

Destiné en effet aux décideurs et aux partenaires de la santé publique (les mauvaises langues diront que cela explique la brièveté du texte!), ce document combat l'idée reçue selon laquelle la contribution de l'éducation pour la santé à l'amélioration de la santé de la population serait par nature impropre à l'évaluation et par conséquent non évaluée.

Disponible chez l'éditeur, Question Santé, rue du viaduc 72, 1050 Bruxelles.

Si votre soif de connaissance n'est pas encore éteinte, vous pouvez aussi consulter les actes du séminaire "Du bon usage de la communication en éducation pour la santé", qui comprend de nombreuses pages intéressantes sur des sujets tels que l'effet de la communication publique sur les inégalités, la place des acteurs de terrain dans l'élaboration des stratégies de communication, ou encore l'articulation entre médias de masse et actions de proximité.

Il montre au contraire, à travers l'analyse de la littérature étrangère et d'exemples français, que l'éducation pour la santé, qu'elle soit 'nationale' ou de proximité, fait régulièrement l'objet d'évaluations rigoureuses et concluantes quant à son efficacité.

"Sur un plan général, c'est dans les domaines où de grands programmes de communication ont été mis en œuvre au cours des quinze dernières années (sida, tabac, alcool, accidents de la vie domestique, sécurité routière, vaccinations, hygiène bucco-dentaire) que les progrès en santé publique les plus considérables ont été réalisés. Ce n'est évidemment pas un hasard que ce soit aussi les secteurs où la

On retiendra en particulier un tableau qui montre que les budgets consacrés en France à quelques grands problèmes de santé sont inversement proportionnels au nombre de décès. En prenant par exemple le sida et le tabac, on retrouvera à coup sûr le même paradoxe en Belgique!

CHAUVIN F., BRIXI O., ROUSSILLE B., *Du bon usage de la communication en éducation pour la santé, Séminaires, Editions CFES, Vanves, 1998, 292 pages.* ■

promotion de la santé a le plus investi en mesures législatives et réglementaires (ceinture de sécurité, accessibilité des seringues, contrôle de la publicité, sécurité des produits...), en politique des prix (tabac, préservatifs...), en mise à disposition de produits (fluor, préservatifs, vaccins...) et aussi en actions de proximité dans les écoles, les entreprises ou les lieux de vie."

Convaincant, non ?

ROUSSILLE B., ARWIDSON P., *L'éducation pour la santé est-elle efficace ?* Dossiers techniques CFES, 1998, 48 pages.

CFES, 2 rue Auguste Comte, F-92170 Vanves Tél. : 1 41 33 33 33. Fax : 1 41 33 33 90. ■

Réflexions

Etude géographique et des tendances dans le temps des indicateurs sanitaires de "mortalité évitable"

Durant l'année 1998, une étude portant sur la mortalité évitable en Belgique a été menée par notre équipe de recherche à l'Université Libre de Bruxelles. Cet article décrit les principaux points du rapport remis en décembre 98 auprès des autorités politiques et administratives.

Quels étaient les buts principaux de l'étude?

- développer les indicateurs de mortalité évitable sur base des données de mortalité les plus récentes (1985-89 et 1990-93) et analyser les disparités géographiques au niveau des 43 arrondissements belges;
- tenir compte de l'âge au moment du décès en ce qui concerne les causes évitables (utilisation du concept d'années potentielles de vie perdues) et comparer l'évolution sur les 20 dernières années au sein des 43 arrondissements belges.

Développer les indicateurs de "mortalité évitable" et analyser les disparités géographiques

Introduction

La mortalité est une des rares informations exhaustives dont nous disposons dans le domaine de la santé. Bien que les taux de mortalité restent des indicateurs pertinents, leur utilisation opérationnelle fait de plus en plus la place à des indicateurs plus spécifiques. Partant de l'idée qu'un certain nombre de problèmes de santé ne devraient pas se produire ou devraient être limités en nombre ou en gravité lorsque la prévention ou/et la prise en charge sont optimales, une liste de maladies ou problèmes de santé "évitable" a été proposée il y a plus de 20 ans par Rutstein (1). Cette liste a été plusieurs fois

"revisitée" mais la philosophie est restée la même.

Les analyses de la mortalité évitable privilégient surtout les tendances au cours du temps et les variations géographiques : ainsi, les résultats des études convergent dans le constat d'une évolution dans le temps plus favorable et plus rapide des causes "évitable" comparées aux autres causes, ceci étant surtout vrai pour les causes sensibles aux soins médicaux alors que l'évolution est moins favorable, plus lente, pour les indicateurs sensibles aux interventions de prévention primaire.

Des différences géographiques importantes sont aussi constatées et font l'objet d'une représentation cartographique. Un projet européen sur la mortalité évitable auquel l'équipe de recherche du Professeur Lagasse a été associée depuis son origine en 1984, a notamment été développé et a donné lieu à la publication de

Vu pour vous

Santé mentale

La Médiathèque vous propose de découvrir deux séries de documents canadiens traitant de la santé mentale: "L'homme à la mère" et "Violence conjugale : prévention, dépistage et intervention". Ces 5 programmes, de la réalisatrice belge Dominique Volckrick, ont fait l'objet d'une sélection au "Festival international Ciné - Vidéo - Psy de Lorquin" (France).

Devenir papa

Neuf mois pour se préparer à la naissance, c'est le "bon timing". Une réflexion sur la paternité au travers des paroles de ces nouveaux pères, la manière dont ils ont vécu la grossesse et l'accouchement: le regard sur le corps de la femme, sur sa transformation, la différence dans l'attente selon que l'on porte l'enfant ou non, les

réactions lors de la naissance proprement dite, le premier contact avec le bébé. Leurs témoignages croisés se complètent ou se contredisent, mais indiquent une même profondeur de l'expérience et de l'implication dans l'attente de l'enfant. Série L'homme à la mère
Production: CECOM, 1991
Réalisation: Dominique Volckrick
Durée: 30', couleur
Référence Médiathèque: TN 3811

Les premiers pas de papa

Un bébé devrait venir avec un guide d'instruction. Les nouveaux pères racontent cette période si intense qui suit la naissance de leur enfant: l'appropriation du bébé, de soi-même en tant que papa, l'évolution

relationnelle du couple, l'investissement en tant que parents, la fatigue, la jalousie, la dépression "post-partum" de leur femme, la baisse de libido, etc. Mais aussi la découverte d'émotions nouvelles, d'intérêts insoupçonnés, et surtout de l'immense capacité d'amour pour cet enfant dont les sourires remplacent les nuits de sommeil. Leurs témoignages, vrais et sans complaisance, traduisent la richesse de cette expérience "universellement intime".

Série L'homme à la mère
Production: CECOM, 1991
Réalisation: Dominique Volckrick
Durée: 30', couleur
Référence Médiathèque: TN 3812

L'inventaire des groupes d'entraide à Bruxelles et en Wallonie

Alzheimer, épilepsie, psoriasis, syndrome de Gilles de la Tourette, ablation du larynx, aphasie, dysmélie, boulimie, hyperkinésie, inceste, solitude, deuils,...

Les groupes d'entraide sont des associations de personnes ayant des problèmes similaires et qui, par l'écoute, le soutien, l'entraide et l'action, tentent d'y remédier. La plupart se créent autour de problèmes identifiés (maladies, handicaps, suites d'opération,...) et qui ne trouvent pas de solution durable ni satisfaisante au sein des structures de soin et d'accompagnement traditionnelles.

Le désarroi d'une personne face à son handicap, sa maladie, son problème sera très souvent l'élément moteur qui la poussera vers un groupe d'entraide et de parole. Le besoin de s'exprimer, de s'informer, de se rassurer est primordial dans le processus de guérison ou dans celui d'accepter ce qui est devenu irrémédiable.

L'entraide permet de réduire l'isolement des gens et de leur offrir la possibilité de s'adapter à leur problème.

Le Service promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes édite depuis plusieurs années un ré-

HANDICAP MENTAL

Association des Parents d'Enfants Trisomiques 21 (Mongoliens) - (A.P.E.M.)



rue de la Maison Communale 4 - 4802 Heusy-Verviers

Tél: 087/22.88.44 - 087/22.88.53 - Fax: 087/22.30.22

Personnes contact (de 9h à 17h): Mmes Krins et Cerfontaine

Objectif: promouvoir tout ce qui concerne l'épanouissement des personnes atteintes de trisomie 21, tant au point de vue de leur éducation, de leur instruction que de leur développement.

Publication: "Le Journal de l'APEM" (trimestriel)

Antennes locales: il existe des antennes locales à Liège, en Hesbaye-Condroz, Charleroi, Ciney, dans le Brabant wallon et Luxembourg dont les coordonnées vous seront renseignées au numéro de téléphone ci-dessus.

pertoire de ces associations. Cette année encore, il offre un large éventail de groupes d'entraide établis à Bruxelles et en Wallonie.

Mis à jour (au 1er janvier 1999) sur base d'une enquête rigoureuse, ce document répertorie 182 associations permettant aisément aux professionnels de la santé, du social ainsi qu'aux particuliers, de les contacter.

Pour chaque groupe décrit, l'inventaire renseigne son adresse complète, les moments où on peut le joindre, le nom d'une personne de contact, ses objectifs, une

adresse e-mail ou celle d'un site internet ; enfin, une série de pictogrammes renseigne les utilisateurs du guide sur le terrain d'actions ou les services offerts par l'association : information, entraide mutuelle, action sociale et collective, réinsertion, soutien psychologique, activités de réadaptation, aide médicale, aide sociale, aide financière, aide matérielle.

Pour obtenir gratuitement l'inventaire des groupes d'entraide 1999 : Service promotion de la santé UNMS, rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles, tél. (02) 515 05 85, fax (02) 515 06 11. ■

plusieurs éditions d'un " atlas européen de la mortalité évitable " pour les années 1974-78, 1980-84 et 1985-89. Le groupe de recherche européen a défini des indicateurs de mortalité évitable basés sur les taux de mortalité de causes de décès mentionnés dans la liste de Rutstein. Ces taux ont été calculés pour des groupes d'âges limités afin d'augmenter la part évitable dans l'indicateur. Des comparaisons avec les pays de l'Est de l'Europe montrent d'une manière générale que les indicateurs de mortalité évitable sont plus défavorables dans ces pays que dans le reste de l'Europe (2). Cette situation est associée aux problèmes socio-économiques de ces pays au cours des 20 dernières années (3) mais l'efficacité du système sanitaire est également remise en cause à travers l'examen de quelques indicateurs de mortalité évitable comme la mortalité périnatale, la mortalité maternelle ou la mortalité par tuberculose (4).

Plusieurs études ont permis à un chercheur, Wersterling (5-7), de valider des indicateurs basés sur la notion de mortalité évitable comme mesure d'alerte, en particulier **concernant l'efficacité de la prévention primaire**, mais cette mesure d'alerte doit être nécessairement complétée par des enquêtes locales plus approfondies, cause de décès par cause de décès.

En Belgique, les publications officielles annuelles sur les statistiques de décès des Communautés flamande et française reprennent la mortalité évitable parmi les indicateurs sanitaires de routine, dans le premier cas depuis 1993 (8) et dans le second à partir des données de 1988 (9). Deux atlas, pour les périodes 1974-1978 et 1980-1984, permettent d'analyser la distribution géographique des indicateurs au niveau des 43 arrondissements belges (10;11).

Les indicateurs de mortalité évitable pour les périodes 1985-1989 et 1990-1993

Le rapport comprend 2 atlas : l'un portant sur la période 1985-1989 (12), et l'autre sur la période 1990-1993. Ce dernier est un atlas provisoire de la mortalité évitable; il porte sur la période 90-93, avec les données de mortalité les plus récentes dont nous disposons en Belgique à savoir 1993.

Les données de mortalité ont été obtenues auprès de l'institut national de statistiques, responsable des données défini-

tives de mortalités. Elles portent sur une période de 5 ans.

La sélection des causes de décès et des groupes d'âges concernés est donnée au tableau I.

Tableau I Indicateurs de mortalité évitable et groupe d'âge, par type d'indicateurs

Indicateurs sensibles aux soins médicaux	Groupe d'âges
Infections gastro-intestinales	0-14
Tuberculose	5-64
Cancer du sein	15-64
Cancer du col et du corps de l'utérus	15-54
Cancer du testicule	15-64
Maladie de Hodgkin	5-64
Leucémies	0-14
Cardiopathies rhumatismales chroniques	5-44
Hypertension et maladies cérébro-vasculaires	35-64
Infections respiratoires	1-14
Asthme	5-49
Ulcère peptique	15-64
Appendicite	5-64
Hernie abdominale	5-64
Cholélithiase et cholécystite	5-64
Mortalité maternelle	
Anomalies congénitales du coeur et des vaisseaux	1+
Mortalité infantile	0-1

Indicateurs sensibles à la promotion de la santé

Cancer de la trachée, des bronches et poumons	5-64
Cancer de la peau (non mélanome)	5-64
Maladies ischémiques du coeur	5-64
Cirrhose du foie	15-64
Accidents de véhicules à moteur	tous âges

L'analyse a été effectuée pour chaque indicateur au niveau des 43 arrondissements et se base sur trois instruments.

1° Le rapport standardisé de mortalité (SMR): il s'agit du rapport du nombre observé sur le nombre attendu de décès x 100 dans l'arrondissement. Le nombre attendu est obtenu par standardisation indirecte, c'est-à-dire en appliquant le taux de

mortalité spécifique par âge et par sexe du pays pour la période considérée à la population de l'arrondissement ;

2° un test global d'homogénéité de la distribution des SMR entre les 43 arrondissements (test d'hétérogénéité de Gail à 42 d.l.) (13) ;

3° un test de khi carré (1 d.l.) sur l'écart de la mesure observée dans chaque arrondissement par rapport à la mesure nationale.

Tableaux et cartes

Chaque indicateur est analysé dans un tableau de SMR et une carte au niveau des 43 arrondissements. Le tableau reprend le résultat du test de Gail, les SMR et les tests de khi carré des arrondissements.

La représentation cartographique des indicateurs montre le classement des arrondissements dans 6 classes de SMR (sextiles). Pour certains indicateurs, de larges zones caractérisées par des classes de SMR semblables donnent à voir des variations de type régional. Pour d'autres indicateurs, aucune tendance 'régionale' n'est visible.

L'analyse des cartes et des tableaux porte ainsi sur deux aspects: l'observation d'éventuelles tendances géographiques de l'indicateur et la mise en évidence des arrondissements dont les SMR sont significativement supérieurs.

Nous donnons dans cet article un exemple des tableaux (cirrhose du foie chez les hommes de 15 à 64 ans).

Nous renvoyons le lecteur au rapport de recherche pour le détail de l'ensemble des données.

Quelques exemples de constats

Indicateurs sensibles aux soins médicaux

Tuberculose (H+F, 5-64 ans) 1985-89 : les arrondissements hennuyers de Charleroi et Tournai ainsi que l'arrondissement de Bruxelles ont des SMR significativement supérieurs. Ils connaissent des taux 2 à 3 fois supérieurs au niveau national.

1990-93 : vu la diminution du nombre de cas, il n'y avait plus lieu de faire une carte.

Cancer du sein (15-64 ans) : la tendance Nord-Ouest/Sud-Est avec des indicateurs défavorables dans les Flandres observée antérieurement se maintient. Néanmoins, le nombre d'arrondissements flamands dont les SMR sont significativement supérieurs diminue régulièrement et est passé

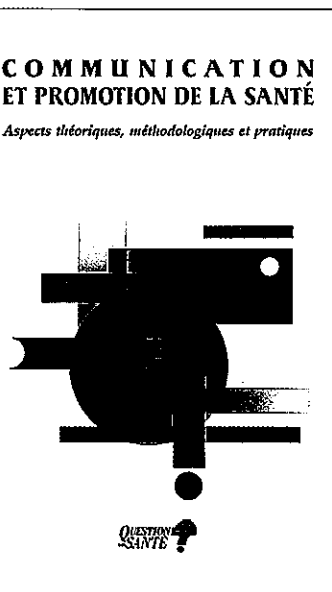
Lu pour vous

Communiquer en promotion de la santé

La communication médiatique est partout aujourd'hui et, avec les nouvelles technologies, le mouvement n'est pas près de diminuer. La promotion de la santé est aussi à l'ordre du jour, qui implique la participation active de la population. Comment concilier deux champs d'action reposant sur des valeurs aussi éloignées que le marketing soucieux de tout vendre, y compris des idées, et celle des choix responsables, individuels et collectifs ?

L'ouvrage 'Communication et promotion de la santé' tente de répondre à cette contradiction.

Après quelques notions préliminaires, la première partie explore les concepts, théories et modèles en matière de com-



munication et de modification de comportement : ce chapitre se clôt sur les questions éthiques qui s'imposent.

Le chapitre suivant propose une démarche pour construire une action de communication en promotion de la santé.

Les auteurs ont maintenant une expérience de près de 20 ans en la matière. C'est dire s'ils maîtrisent les trucs et ficelles des aspects pratiques de la communication, de la fabrication d'un imprimé à la réalisation d'un spot TV en passant par la rédaction d'un bon communiqué de presse et au bouclage d'un dossier de recherche de sponsor. Ils partagent avec nous leur savoir-faire dans la deuxième partie du guide, qu'ils appellent modestement 'La boîte à outils'. Les outils en question sont illus-

de 5 en 1980-1984, à 3 en 1985-1989 et à 1 seul en 1990-1993. Élément neuf, l'arrondissement de Tournai est inclus dans le groupe à indicateur défavorable.

Le cancer du col/utérus (15-54 ans): cet indicateur est géographiquement 'homogène' depuis 1980-1984 (test de Gail non significatif). Quelques arrondissements (Liège et Namur) sont significativement supérieurs depuis 1985-1989 et se trouvent surtout en Wallonie.

Hypertension et maladies cérébrovasculaires (35-64 ans): cet indicateur est très nettement régionalisé depuis 1974-1978. Cependant, le nombre d'arrondissements dont le SMR est significativement supérieur a diminué : en 1985-1989, c'était le cas chez les hommes pour 11 parmi les 14 arrondissements des Provinces de Liège, de Namur et du Hainaut alors qu'en 1990-1993, ce n'est plus le cas que de 3 d'entre eux, auxquels il faut désormais ajouter Bruxelles. Pour les femmes, 4 arrondissements wallons se distinguent par un SMR significativement supérieur : Charleroi, Huy, Neufchâteau et Philippeville.

Ulcère peptique (15-64 ans): cet indicateur était traité pour les sexes confondus dans la période 1985-1989. Seul l'arrondissement de Bruxelles est significativement supérieur au taux national.

Mortalité infantile : bien que la distribution spatiale soit hétérogène pour le sexe masculin, on ne distingue pas de tendance géographique régionale. A noter: les arrondissements de Liège et de Mechelen ont un SMR supérieur. Pour le sexe féminin, la distribution spatiale est 'homogène', et aucun arrondissement n'est significativement supérieur à la moyenne.

Indicateurs sensibles à la promotion de la santé

Cancer de la trachée, des bronches et des poumons (5-64 ans): chez les hommes, outre deux arrondissements ardennais, Bastogne et Dinant, la présence des arrondissements de Liège, de Charleroi, Mons et Dendermonde parmi les zones de mortalité supérieure marque une migration vers les zones du centre. Pour les femmes, Antwerpen, Bruxelles, Liège et Verviers représentent des arrondissements défavorables.

Les maladies ischémiques du cœur (5-64 ans): cet indicateur sépare sans exception la Flandre, avec une mortalité masculine

Tableau 2

Cirrhose du foie - Hommes (15-64ans)			
Arrondissement	SMR	OBS	(o-e)/2e
1 Antwerpen	49.5	107	55.00***
2 Mechelen	39.4	28	26.17***
3 Turnhout	32.5	27	37.77***
4 Bruxelles-Brussel	163.3	352	86.34***
5 Halle-Vilvoorde	96.3	124	0.18
6 Leuven	60.7	61	15.51***
7 Nivelles	112.5	78	1.08
8 Brugge	64.4	38	7.47(**)
9 Diksmuide	69.4	8	1.08
10 Ieper	90.0	21	0.23
11 Kortrijk	93.2	58	0.29
12 Oostende	81.6	26	1.07
13 Roeselaere	75.5	24	1.91
14 Tielt	51.2	10	4.65(*)
15 Veurne	78.2	9	0.55
16 Aalst	155.4	94	18.58***
17 Dendermonde	104.9	44	0.10
18 Eeklo	26.8	5	10.00(**)
19 Gent	79.0	87	4.86(*)
20 Oudenaarde	93.7	25	0.11
21 St-Niklaas	56.2	27	9.22(**)
22 Ath	156.1	28	5.65(*)
23 Charleroi	175.2	173	55.83***
24 Mons	212.8	121	72.34***
25 Mouscron	183.1	30	11.32***
26 Soignies	167.3	62	16.78***
27 Thuin	181.6	59	21.62***
28 Tournai	153.1	48	8.85(**)
29 Huy	101.9	21	0.01
30 Liège	125.4	174	8.95(**)
31 Verviers	101.9	57	0.02
32 Waremme	107.8	16	0.09
33 Hasselt	34.9	28	34.00***
34 Maaseik	21.2	9	26.36***
35 Tongeren	19.6	8	26.34***
36 Arlon	133.4	15	1.26
37 Bastogne	78.6	6	0.35
38 Marche	107.4	10	0.05
39 Neufchâteau	90.3	10	0.10
40 Virton	146.8	14	2.09
41 Dinant	164.1	32	8.01(**)
42 Namur	128.2	74	4.58(*)
43 Philippeville			
Belgique	126.3	17	0.93
		2265	

Test de Gail = 587,7***

favorable, de la Wallonie où l'indicateur est défavorable. Chez les femmes le modèle reste moins marqué.

Cirrhose du foie (15-64 ans): la dispersion géographique de cet indicateur est orientée Sud-Ouest/Nord-Est pour les deux sexes. Chez les hommes, Bruxelles et toute la Province du Hainaut se caractérisent toujours de manière défavorable par rapport au niveau national. S'y ajoute désormais toute la Province de Namur alors qu'au cours des 3 périodes antérieures 2 arrondissements sur 3 étaient concernés

(Tableau 2). Pour les femmes, Bruxelles et la Province du Hainaut restent significativement supérieurs depuis 1974-1978.

Accidents de véhicules à moteur (tous âges): les arrondissements significativement supérieurs sont surtout concentrés en Région wallonne. Pour la période considérée, il s'agit des provinces du Luxembourg et Namur. Au Nord, dans le Limbourg, les arrondissements de Maaseik (hommes) et d'Hasselt (hommes et femmes) sont également classés parmi les zones dont la mortalité est significativement supérieure.

Documentation

Un catalogue européen d'outils en éducation pour la santé des adultes

Le programme Socrate de la Communauté européenne, section éducation permanente, a permis à des organismes issus de 6 pays européens (Belgique, Espagne, France, Irlande, Italie et Portugal) de publier conjointement ce premier catalogue.

L'éducation des adultes, dans le champ de la promotion de la santé, est considérée comme un élément d'intervention fondamental en vue de l'amélioration à long terme de la qualité de vie des individus et des groupes.

Parmi les objectifs de ce catalogue, on trouve l'encouragement à l'échange d'informations et de pratiques dans les domaines de l'éducation pour la santé des adultes et la promotion de la santé entre les divers états membres de l'Union européenne, la sélection d'outils ou de programmes répondant à des critères de qualité (1) définis par les experts du groupe de travail, ou encore la création de nouveaux outils dans des domaines où des manques pourraient se faire sentir.

Chaque matériel est décrit dans le catalogue sous la structure suivante : thème général, titre en anglais et titre original, éditeur, pays d'origine, langue(s), auteur(s), diffuseur, format, support, type d'activité, public-cible, mots-clés, résumé du contenu, objectifs principaux, données d'évaluation (fournies par les auteurs), résumé de l'évaluation réalisée par les experts.

Six index complètent le catalogue : un index par sujet principal du matériel, un index reprenant tous les thèmes, un index des titres en anglais par ordre alphabétique, un index par type de matériel, un index par public-cible et un index par pays.

Une démarche de ce type est intéressante et mérite d'être poursuivie dans le futur. A notre avis toutefois, le support papier n'est pas le meilleur pour ce genre de travail. Une version du catalogue mise à jour régulièrement devrait pouvoir être consultée sur internet. Signalons également qu'il est uniquement disponible en anglais.

European catalogue of materials for adult health education, volume 1, 250 pages.

Quelques observations

Les experts ont rassemblé quelques 594 outils ou programmes, 171 parmi ceux-ci ont été sélectionnés après évaluation.

112 références appartiennent au domaine de l'éducation pour la santé. La Communauté française de Belgique est très présente avec 26 références, suivie par l'Espagne (24) et par l'Irlande (17).

Dans le domaine de l'éducation permanente, 61 références ont été sélectionnées (23 venant de la Communauté flamande, 20 d'Espagne, 7 de la Communauté française, 6 d'Irlande, 5 du Portugal).

30% du matériel sélectionné concerne le thème de l'alimentation et la nutrition, 20,5% l'approche psychosociale de la santé, et 12% le sida.

35,6% sont des brochures ou dossiers, 31% des livres.

47,4% des outils ont été évalués par leurs auteurs: 36,3% d'entre eux par une évaluation interne et 17,5% par une évaluation externe.

Evaluation formative

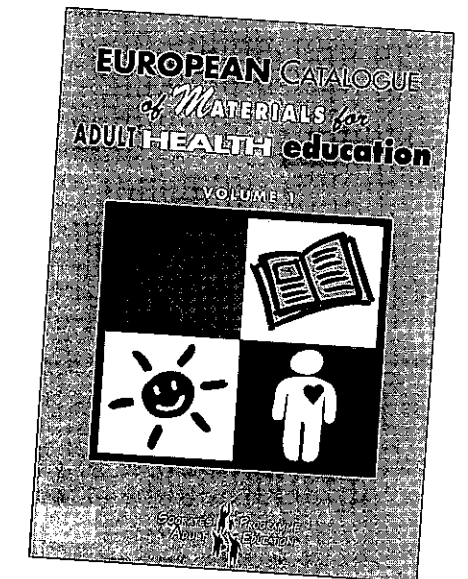
En complément du catalogue, un manuel bilingue (français et anglais) a été réalisé par Chantal Vandoorne (APES, Université de Liège), dans le but " d'encourager les utilisateurs du catalogue à mettre en place des démarches d'évaluation formative. Notre intention est moins de donner des recettes, des techniques d'évaluation, que de poser les bases d'une approche critique pour choisir, utiliser et adapter des matériels et activités dans le champ de l'éducation pour la santé des adultes "

Le premier chapitre détaille les principes fondamentaux de l'éducation pour la santé et de l'éducation des adultes. Le deuxième chapitre aidera le lecteur à déterminer quels outils favorisent la participation, l'apprentissage et l'autonomie. En-

fin, le troisième chapitre propose quelques questions pour évaluer ses besoins avant de choisir un matériel ou une activité.

Cette brochure de 26 pages nous semble d'un intérêt encore plus grand que le catalogue lui-même, par la richesse des informations qu'elle apporte et surtout par leur caractère éminemment concret. Le tout est qu'elle soit très largement diffusée auprès du public des utilisateurs et adaptateurs d'outils ou de programmes, c'est-à-dire la plupart des travailleurs en éducation pour la santé !

VANDOORNE C., *Evaluation formative des matériaux d'éducation pour la santé des adultes*, APES, 1998.



Pour tout renseignement sur ces deux documents : *Question Santé*, Bénédicte Meiers, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, tél. (02) 512 41 74, fax (02) 512 54 36, e-mail : question.sante@skynet.be

(1) Parmi les critères de sélection, citons l'adéquation entre les objectifs du matériel ou du programme et les objectifs de la promotion de la santé et de l'éducation permanente (participation, autonomie, acquisition de compétences,...) ; la qualité du contenu ; l'établissement de procédures psycho-pédagogiques ; ou encore l'éventuelle évaluation de l'outil ou du programme...

Pour l'amour du sport

La Direction générale de la santé du Ministère de la Communauté française de Belgique nous propose une brochure d'information et de sensibilisation sur le dopage.

Ce document commence par donner quelques conseils pour un entraînement propre, puis énumère en les détaillant les classes de produits prohibés (stimulants, analgésiques narcotiques, anabolisants, corticostéroïdes, hormones peptidiques, bêta-bloquants, diurétiques) et les méthodes de dopage interdites (dopage sanguin, manipulations pharmacologiques, chimiques ou physiques), pour finir par discuter treize contre-vérités souvent entendues à propos du phénomène.

'Pour l'amour du sport' ne contient pas de liste de produits prohibés; cette information peut être trouvée à l'adresse du site internet de la Communauté française : www.cfwb.be.

Cette brochure est destinée en particulier aux adultes encadrant la pratique sportive



de jeunes. Elle a été envoyée à toutes les fédérations et clubs sportifs de Wallonie et de Bruxelles, et aux professeurs d'éducation physique des établissements scolaires francophones.

Dix sportifs belges de haut niveau et deux entraîneurs réputés ajoutent la force de leur témoignage au message de fair-play véhiculé par cette publication. Pas de cycliste parmi eux...

Sans nier l'intérêt de ce type de mise au point, on est dubitatif devant la naïveté avec laquelle les auteurs font appel à des notions telles que l'éthique et la loyauté. C'est quelque peu méconnaître les mécanismes du sport spectacle, qui intègre le dopage dans ses stratégies au même titre que l'argent-roi et le trucage des compétitions. La glorieuse incertitude du sport, c'est devenu tout à fait insupportable.

Si le sujet vous intéresse, nous ne saurions trop vous recommander la lecture de quelques contributions percutantes du cahier Prévenir 'Sport et santé' (1), qui n'hésitent pas à secouer l'adage 'le sport c'est la santé'. Revigorant.

Pour l'amour du sport, Direction de la surveillance de la santé, Ministère de la Communauté française, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles. ■

1 Sport et santé, Prévenir 34, 1998, 180 pages, 130 FF. Publication uniquement disponible à l'adresse suivante: Prévenir CVM, BP 92, 13362 Marseille cedex 10. E-mail : prevenir@viva.presse.fr.

Ne plus fumer, c'est mon choix

Une brochure pour ceux qui stoppent et leurs supporters

Le service Infor Santé des Mutualités chrétiennes a réalisé une brochure destinée à sensibiliser les fumeurs, peut-être les convaincre d'arrêter de fumer et, si telle est leur décision, les aider dans le processus du sevrage tabagique.

Les candidats pourront évaluer leur consommation de tabac, leur degré de dépendance à la nicotine, déterminer exactement les raisons pour lesquelles ils fument ainsi que celles qui les poussent à arrêter. Ils seront informés sur les différentes possibilités de sevrage, les difficultés physiques autant que psychologiques qui les attendent, la nécessité d'arrêter en une seule fois, les alternatives...

Les non-fumeurs et anciens fumeurs ne sont pas oubliés, puisque la brochure les incite à faire preuve de patience et de compréhension et leur dit comment aider concrètement la personne de leur entourage qui souhaite arrêter de fumer.

Ce document a été réalisé en collaboration avec la FARES.

La brochure " Ne plus fumer c'est mon choix " est disponible sur demande écrite, accompagnée de deux timbres à 17 francs, à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles.

La fin des préjugés

Infor Santé a également réalisé 6 posters démontant une série de préjugés en matière de consommation tabagique. Cela va de " je fume depuis si longtemps que cela ne sert plus à rien d'arrêter " à " tout ce battage sur le tabagisme passif ne sert qu'à ennuyer les fumeurs ", ou encore " arrêter de fumer c'est facile, je l'ai fait dix fois, mais tenir le coup... ".

De quoi argumenter face à certaines déclarations classiques des fumeurs.

La série de 6 posters est disponible à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Elle coûte 100 F. Si vous souhaitez l'obtenir non pliée, les frais d'envoi seront à votre charge (environ 200 F). ■



Comme en 1985-1989, les arrondissements de Bastogne (hommes) et de Ath (hommes et femmes) ont un ratio 2 fois supérieur à la moyenne nationale en 1990-1993.

Il faut être attentif au fait que les résultats des tests signifiés ci-dessus comprennent probablement des faux positifs étant donné le fait que le risque d'erreur a augmenté lorsqu'on effectue des comparaisons répétées. La méthode de Bonferroni (14) consiste à corriger la valeur de p en fonction du nombre de tests mais cette correction est considérée comme très conservatrice. Dans les tableaux présentés, nous avons préféré le risque de présenter des faux positifs plutôt que des faux négatifs. Pour les tests, les signes (*), (**), (***) mentionnent respectivement une valeur de $p \leq 0.05$, $p \leq 0.01$ et $p \leq 0.001$, et le signe *** le fait que le test corrigé selon Bonferroni est significatif au seuil de 5%.

Une analyse qualitative des indicateurs par arrondissement entre 1974-78 et 1985-89 a été menée. On peut constater que des arrondissements ont été testés comme étant significativement supérieurs à la moyenne durant les quatre périodes. Le détail de cette analyse est donné dans le rapport de recherche.

Quelques conclusions de cette approche de la mortalité évitable

D'une manière générale, les indicateurs de mortalité évitable pour lesquels des effectifs suffisants sont observés au cours de la période sont géographiquement hétérogènes de manière significative sur le plan statistique, à l'exception du cancer du col/corps de l'utérus (15-54 ans) et de la mortalité infantile de sexe féminin.

Plus spécifiquement, les indicateurs de la mortalité sensibles aux soins médicaux présentent une dispersion géographique et des effets de régionalisation moins fréquents et moins prononcés par rapport aux indicateurs sensibles à la promotion de la santé. La décision du groupe de recherche européen de séparer ces deux catégories au sein de la liste de causes de mortalité évitable est donc confirmée par l'étude des variations géographiques des SMR.

Comme lors des périodes précédentes, les zones géographiques caractérisées par des indicateurs défavorables par rapport

au niveau national sont concentrées dans le Sud ou le Sud/Ouest du pays. En outre, la plupart des arrondissements qui présentent des taux supérieurs à la moyenne de manière durable entre 1974 et 1993 sont localisés en région wallonne et à Bruxelles. Il s'agit de la mortalité par cirrhose du foie dans le Hainaut et à Bruxelles, et par accidents de véhicules à moteur dans les provinces de Luxembourg et de Namur. Une exception à la règle concerne les accidents de véhicules à moteur, dont l'indicateur est supérieur au niveau national dans le Limbourg.

Le fait qu'un arrondissement ou une zone géographique se singularise par un indicateur défavorable de mortalité évitable au cours d'une période représente un événement sentinelle (ou signal d'alerte) dont il est nécessaire de vérifier la validité avant d'approfondir le cas particulier. Cependant lorsqu'une stabilité inter-période est observée et classe certains arrondissements, si pas une région étendue, comme à risque supérieur, comme c'est le cas de la cirrhose et des accidents, on pourrait considérer d'emblée que la validité de l'observation est établie et que le plan de santé peut les intégrer d'emblée parmi les priorités de santé publique. Dans le cas de la cirrhose, les interventions relèvent de la politique sociale et de la santé mentale, alors que les interventions de prévention primaire sont plus appropriées pour les accidents par véhicule à moteur.

La mortalité évitable entre 1974 et 1993 mesurée par la méthode des Années potentielles de vie perdues (APVP)

L'indicateur Années potentielles de vie perdues

L'indicateur Années Potentielles de Vie Perdues (APVP ; Years of Potential Life Lost - YPLL) est un indicateur qui prend en compte l'âge de survenue du décès. Il permet donc de calculer la mortalité prématurée et de comparer l'importance relative de différentes causes de décès dans cette mortalité. Les APVP ont été principalement proposées pour permettre d'ordonner les causes de mortalité prématurée et, par là, de classer les priorités lors de la planification (15;16), alors que les indicateurs de mortalité évitable sélectionnent des causes en fonction de l'effica-

cité sanitaire. C'est ainsi que la mortalité évitable contribue aux techniques d'évaluation sanitaire, alors que la méthode des APVP est utilisée pour la planification sanitaire.

Cette méthode a été retenue pour étudier l'évolution dans le temps et les variations géographiques de la mortalité générale de la population belge entre 1974 et 1989, et pour la Région wallonne entre 1976 et 1986 (17;18).

La méthode des APVP a été retenue pour étudier l'évolution de la mortalité évitable au cours des périodes 1974-1978, 1980-1984, 1985-1989 et 1990-1993 et pour étudier l'évolution de sa distribution spatiale entre les deux périodes extrêmes, 1974-78 et 1990-93.

Méthodes de calcul

Nous avons, pour le calcul des indicateurs, utilisé 65 ans comme limite d'âge supérieure.

Cette limite supérieure est reconnue dans la méthode de la mortalité évitable comme une limite directement associée au caractère évitable de la cause de décès.

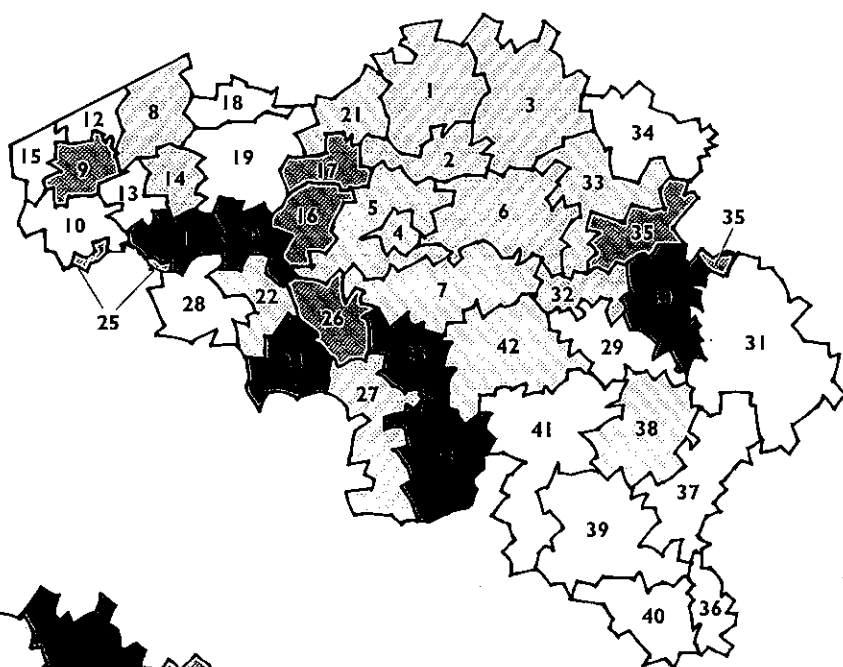
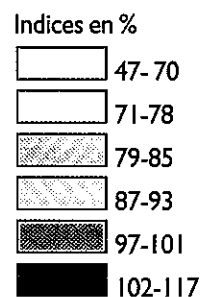
La méthode de calcul des taux d'APVP suit celle exposée par Romeder et Mc-Winnie (15).

Le nombre d'années potentielles de vie perdues entre 1 et 64 ans est obtenu en multipliant le nombre de décès survenus pour une cause donnée dans un groupe d'âge donné, par le nombre d'années séparant ce décès d'une "borne supérieure" choisie, borne qui, dans cette étude est de 65 ans. Les APVP sont alors totalisées pour l'ensemble des groupes d'âge, par cause et par sexe et peuvent être exprimées en **taux**.

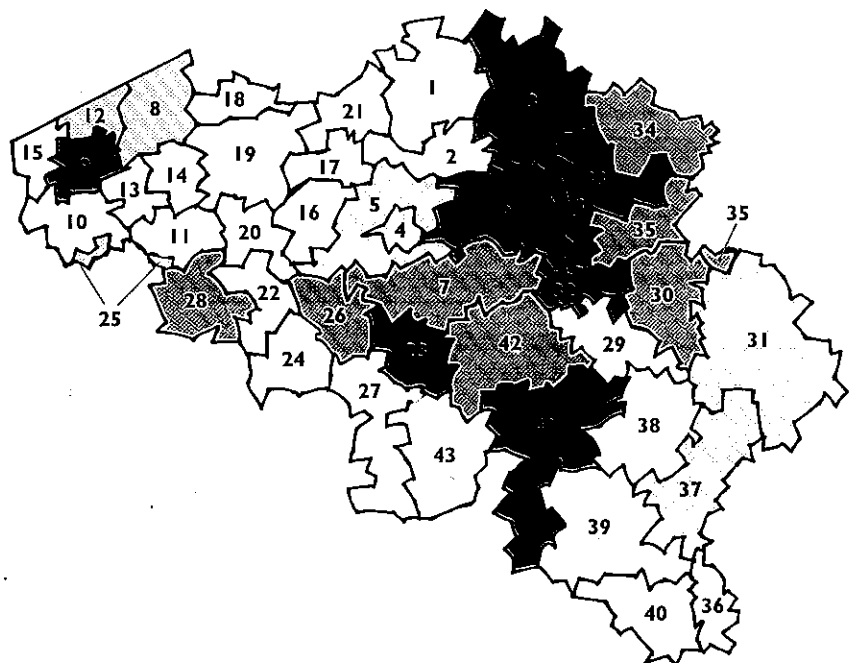
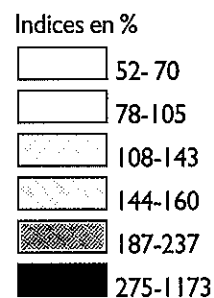
Si l'on veut s'intéresser à l'évolution de cet indicateur dans le temps, il est nécessaire de tenir compte du fait que la structure par âge de la population belge a pu changer entre 1974 et 1993 que ce soit au niveau national ou au niveau des arrondissements. Pour tenir compte de cette évolution démographique, nous avons standardisé pour l'âge les données d'APVP en utilisant la méthode de standardisation directe et en utilisant la population belge de la période 1985-1989 comme population de référence. Nous obtenons de cette façon des " Taux d'APVP standardisés " qui sont donc les valeurs à utiliser pour la comparaison entre périodes.

Indices d'évolution des taux d'APVP entre 1974-78 et 1990-93

Cancer de la trachée, des bronches et des poumons (Hommes)



Cancer de la trachée, des bronches et des poumons (Femmes)



Résultats

Pour l'ensemble du pays

Chez les femmes, les accidents de véhicules à moteur représentent la principale cause de décès prématurés au cours des deux premières périodes, puis sont remplacés par le cancer du sein en 1985-1989. Par contre, le cancer col/corps de l'utérus diminue régulièrement d'importance et passe de la 5e à la 7e cause. Il est remplacé par le cancer de la trachée, des bronches et des poumons, en augmentation depuis 1985-89.

Les indices d'évolution entre 1974-78 et 1990-93, calculés en rapportant le taux de la période la plus récente au taux de la période la plus éloignée, multiplié par 100 (indice d'évolution $P4/P1 \times 100$), sont favorables pour toutes les causes évitables de décès sauf trois. Les trois exceptions qui présentent une évolution incertaine ou défavorable sont le cancer de la trachée, des bronches et des poumons (évolution de 51% en 20 ans), le cancer du sein et la cirrhose du foie.

Chez les hommes, les accidents de véhicules à moteurs représentent la principale

cause de décès prématurés depuis 1974-78. Cette cause est suivie par les maladies ischémiques du cœur puis le cancer de la trachée, des bronches et des poumons, l'hypertension et les maladies cérébrovasculaires et enfin la cirrhose du foie. Le classement de ces 5 principales causes de décès n'est pas modifié à travers les 4 périodes examinées.

Les indices d'évolution entre 1974-78 et 1990-93 sont favorables pour toutes les causes sauf la cirrhose du foie et du cancer de la peau (non mélanome).

Distribution spatiale

Les indices d'évolution ont également été utilisés pour représenter géographiquement l'évolution des indicateurs de mortalité évitable au cours du temps dans chaque arrondissement.

Les cartes présentent, pour chaque sexe, les indices d'évolution des taux standardisés d'APVP par arrondissement entre les périodes 1974-78 et 1990-93 selon leur indice d'évolution classé en sextile.

Ils concernent les accidents de véhicules à moteur, l'hypertension et les maladies cérébrovasculaires, les maladies ischémiques du cœur, la cirrhose du foie, le cancer du sein, le cancer du col/corps de l'utérus, et le cancer de la trachée, des bronches et des poumons.

A titre d'exemple, la carte concernant le cancer de la trachée, des bronches et des poumons est illustrée page 8.

Chez les hommes, on constate, par rapport à un indice national de 87%, une diminution plus importante au Nord et au Sud, moins importante dans les arrondissements du centre et une augmentation légère dans le Hainaut et les provinces des Flandres.

Chez les femmes, par rapport à un indice national de 152%, soit une augmentation, on constate une augmentation plus intense au centre (Hainaut, Namur), au Nord/Est (Limbourg, Antwerpen) et en Flandre occidentale et une diminution peu fréquente, surtout dans les arrondissements de la Flandre occidentale et orientale.

Perspectives en rapport avec le Tableau de bord en promotion de la santé

Jusqu'à présent, la mortalité évitable est présentée à titre d'indicateur sanitaire de routine dans les publications annuelles de la Communauté française et de la Communauté flamande. Les données utilisées sont des nombres absolus de décès, alors que nous avons montré que la fonction de signal d'alerte des indicateurs de mortalité évitable requiert d'autres méthodes.

En effet, cette fonction peut surtout être mobilisée sur base de mesures relatives qui se situent dans une perspective temporelle d'une part, et géographique d'autre part. Partant de données collectées en routine, les résultats présentés

dans cette étude mettent à la disposition des responsables, décideurs et opérateurs de terrain des informations épidémiologiques traitées au niveau des arrondissements pour des problèmes de santé potentiellement évitables ou aboutissant à des morts prématurées, c'est-à-dire dont l'émergence pourrait être évitée, diminuée ou retardée par des mesures de promotion de la santé.

Ils soutiennent largement l'hypothèse que l'approche combinée de l'axe spatial et de l'axe temporel présente une originalité propre en rapport avec les décisions stratégiques en santé publique. Ils justifient leur inclusion dans un système de suivi tel que celui du *Tableau de bord en promotion de la santé*. Ce tableau de bord présente des objectifs de santé publique qui sont argumentés sur le plan de leur validité scientifique et opérationnelle (19) et vise l'articulation entre le système de décision et le système de suivi en accordant une place importante à ces deux perspectives d'analyse.

Humblet, P.C., Levêque, A., Lagasse, R., Unité de socio-épidémiologie, Ecole de santé Publique / Université Libre de Bruxelles

Adresse des auteurs : Route de Lennik 808, 1070 Bruxelles.

Références

- Rutstein D, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB, Measuring the quality of medical care. A clinical method. *N Engl J Med* 1976;294:582-588.
- Atlas of leading and 'avoidable' causes of death in countries of central and eastern Europe. Budapest: Hungarian Central Statistical Office; World Health Organization Regional Office for Europe. 1997:3-323.
- Bojan F, Hajdu P, Belicza E. Regional differences in avoidable mortality in Europe. In: Normand CEM, Vaughan JP, eds. Europe without frontiers. The implications for health. Chichester: John Wiley & Sons, 1993:125-139.
- Gaizauskiene A, Westerling R, A comparison of avoidable mortality in Lithuania and Sweden 1971-1990. *Int J Epidemiol* 1995;24:1124-1131.
- Westerling R, Can regional variation in "avoidable" mortality be explained by deaths outside hospital? A study from Sweden, 1987-90. *J Epidemiol Community Health* 1996;50:326-333.

6. Westerling R, Components of small area variation in death rates: a method applied to data from Sweden. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:214-221.

7. Westerling R, Indicators or "avoidable" mortality in health administrative areas in Sweden 1974-1985. *Scand J Soc Med* 1993;21:176-187.

8. Gezondheidsindicatoren 1993. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. 1993:10-59.

9. Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique. Statistiques des causes de décès en Communauté française pour l'année 1988. Bruxelles: Ministère de la Culture et des Affaires Sociales. 1994:1-185.

10. Lagasse R, Humblet PC, Hooft P, van de Voorde H, Wollast E, Atlas of Avoidable Mortality in Belgium 1980-1984. *Arch Public Health* 1992;50:1-97.

11. Humblet, P.C., Lagasse, R., Moens, G.F.G., van de Voorde, H., and Wollast, E. Atlas de la mortalité évitable en Belgique (1974-1978) Atlas van de vermijdbare sterfte in België. 1-92. 1986. Bruxelles, Leuven, ULB, KUL.

12. Humblet PC, Levêque A, Lagasse R, Atlas de la mortalité évitable 1985-1989. *Arch Public Health* 1999 (sous presse).

13. Gail, M. The analysis of heterogeneity for indirect standardized mortality ratios. *Journal of the Royal Statistical Society* 141, 224-234. 1978.

14. Altman D. Practical statistics for medical research. 1991: London, Chapman & Hall.

15. Romeder J-M, McWhinnie JR, Potential Years of Life Lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. *Int J Epidemiol* 1977;6:143-151.

16. McDonnell S, Vossberg K, Hopkins RS, Mittan B, Using YPLL in health planning. *Public Health Reports* 1998;113:55-61.

17. Correa Corrales GI, Lagasse R, Levêque A, Evolution of premature mortality in Belgium from 1974 to 1989. *Arch Public Health* 1996;53:461-475.

18. Levêque A, Berghmans L, Dramaix M, Lagasse R, Premature mortality in Belgium (Walloon area): potential years of life lost as an indicator of importance and trends (1976-1986). *Arch Public Health* 1992;50:141-158.

19. Declercq, E., Deliège, D., and Lorant, V. Tableau de bord en Promotion de la santé. 2-180. 1997. Bruxelles, SES, ESP-UCL. ■