

1^{ère} Journée scientifique annuelle du RESO UCL

DES BESOINS DE PROMOTION DE LA SANTE... ...AUX PERSPECTIVES D'ACTION!

En Communauté française de Belgique, mais aussi dans d'autres régions, états européens ou pays en développement, il y a urgence à mieux cerner les besoins de santé et de promotion de la santé des populations et des communautés.

La réorientation des projets et l'amélioration de la qualité des interventions de promotion de la santé, et d'éducation pour la santé en particulier, sont à ce prix.

Le problème est l'ouverture des approches d'analyse des besoins, d'une vision sanitaire et épidémiologique à une perspective pédagogique, psychosociologique, anthropologique et sociopolitique..., c'est-à-dire à l'interaction des déterminants de la santé.

Cette année, la Journée scientifique du RESO sera l'occasion d'observer, d'interroger et de discuter des expériences d'analyse des besoins et des pistes d'action qui en sont tirées. Ces échanges se feront à partir de travaux et projets réalisés par les professionnels de la santé et de l'éducation pour la santé engagés dans des réflexions, formations, programmes d'intervention ou de planification.

Tous les aspects de la Charte d'Ottawa et de la déclaration de Jakarta seront abordés. Les projets présentés toucheront à la fois l'amélioration des savoirs et aptitudes des populations, les conditions de vie et l'environnement physique et culturel, les réseaux et la collaboration intersectorielle, tant dans les lieux de vie que de soins, d'enseignement ou de décision et de planification politique.

Comme les années précédentes, cette Journée RESO sera organisée autour d'une conférence plénière, sur le thème "Indicateurs des besoins en santé publique et promotion de la santé et de trois colloques-débats simultanés:

- lieux de vie et réseaux
- lieux d'enseignement et formation
- lieux de soins et d'action médicale

Elle se clôturera par un repas-rencontre.

Date et lieu: le samedi 18 décembre 1999, de 9h30 à 16h, à la Faculté de médecine, Université catholique de Louvain, Bruxelles.

Participation aux frais: 1.100 F (inscription + documents + repas); étudiants: 750 F (inscription + documents + repas).

Attention: accès limité (150 places).

Renseignements et préinscriptions: Madame JORIS ou Monsieur GOOSSENS, tél. (02) 764 50 70, email: joris@reso.ucl.ac.be

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 adjoint: Anne Fenaux.

Collaboration: Myriam Marchand

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 Henkinbran, 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: 2.600 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



photo: AFS

Réflexions

L'éducation pour la santé, avec la logique de l'Autre

S'intéresser activement à sa santé et à celle de ses proches, en prendre soin, sont des actes qui s'articulent sur des mécanismes affectifs et cognitifs propres à chacun. Un message de santé est toujours reçu par des individus particuliers. Mais tout individu est avant tout un "être culturel". Faut-il pour autant "ethnicher" les messages? Nous ne le pensons pas et prôtons plutôt, dans ce numéro et les deux suivants, les fondements d'une attitude de promotion de la santé basée sur le respect de l'individualité et l'ouverture à l'altérité, quelles qu'elles soient.

Aussi évident que cela puisse paraître, la logique, dans son acception comme manière de raisonner ou de se conduire, est une émanation de la culture. A ce titre, elle peut constituer un outil ou, au contraire, un obstacle dans l'éducation pour la santé.

Tenir compte de la logique d'autrui, c'est l'une des idées procédurales de l'asbl "Cultures et Santé" dans sa mission d'éducation pour la santé.

L'Autre, c'est toute personne humaine, comme vous et moi, mais plus encore la personne socialement défavorisée, qui n'est "pas comme nous", l'immigré qui n'est "pas de chez nous". Avec A majuscule pour dire qu'on l'identifie parmi tant d'autre(s). On

sait de qui il s'agit, mais il demeure difficile à cerner. En fait, l'Autre c'est celui que, d'un premier abord, nous ne comprenons pas et qui ne nous comprend pas. Nous verrons plus loin qu'il n'est théoriquement pas facile d'identifier cet Autre.

Il nous est souvent demandé à "Cultures et Santé" en quoi l'immigré, l'étranger, le défavorisé, le peu scolarisé, seraient autrement concernés que d'autres par des problèmes de santé; ou encore quel est le lien entre les ressortissants d'autres cultures et les personnes (belges) défavorisées; enfin, quelle est l'articulation de l'éducation pour la santé et la culture de l'Autre?

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

On ne peut y répondre d'un trait. Revoyons d'abord ce qu'est la notion de culture.

L'homme, être de culture

La culture est, par essence, inséparable de toutes les caractéristiques "non naturelles"¹ de l'homme. C'est un ensemble de savoirs, de savoir-faire et savoir-être qui, évoluant dans le temps et dans l'espace, finissent par constituer comme une *seconde Nature* de l'homme. Cela fait dire à l'ethnologue et ethnopsychiatre français B. Cyrulnik que le milieu naturel des hommes est "la culture qu'ils inventent et qui les façonne"².

De ce point de vue en effet, dans la vie de tous les jours, c'est la culture qui, en tant que convention sociale atteignant le niveau familial puis individuel, crée une véritable structure psychologique et sensorielle où tous les actes sont prescrits fût-ce temporairement. Parmi ces actes, citons la manière de vivre, de parler, de s'habiller, de se soigner, de prendre sa place physiquement, socialement et psychologiquement (ex.: intégration morale des rôles familiaux, de la différence de sexes...) etc.

Plus concrètement, en santé, lorsque nous nous rendons chez tel ou tel médecin, spécialiste ou généraliste, chez telle infirmière, chez tel kinésithérapeute, chez tel logopède, ... n'est-ce pas parce que notre culture (la famille, l'école, les médias...) nous a appris à discerner parmi tant de "personnages de santé" celui qui répond le mieux à nos attentes du moment, nos croyances, nos représentations de la santé, de la maladie, voire de la mort? Dans cette logique, certains, pour un même trouble, iront chez le marabout ou un autre guérisseur.

La maladie, objet culturel

Divers exemples de la clinique ethno-médicale³ illustrent les manières dont les cultures façonnent leurs membres en ce qui concerne la représentation de la maladie. C'est le cas de la plupart des cultures africaines traditionnelles où la maladie est un événement venant de l'extérieur, un mal venant d'ailleurs, d'où des tendances persécutrices quasi omniprésentes⁴.

A l'opposé, dans la culture occidentale, la maladie est vécue sous le mode intrinsèque, quelque chose d'interne à soi, d'où certaines auto-culpabilisations et dépressions.

En psychologie cognitive, on admet qu'il n'y

a pas lieu de séparer le culturel du raisonnement, de la pensée, comme d'ailleurs de toutes les fonctions cognitives mises en œuvre dans nos systèmes de communication. Car, nous dit B. Gibello, "les contenants de pensée (structures mentales...) **donnent sens à certains contenus représentatifs** (ex.: ce qu'est fondamentalement la maladie) ou à certaines perceptions, (...) et **dénient le sens d'autres contenus de pensées**"⁵.

Conséquemment, le bon soignant recherché par la patientèle issue d'une autre culture ne sera pas forcément celui que la médecine d'ici plébiscite... mais celui qui sait donner un sens au symptôme et à la maladie, et qui répond à sa logique.

En d'autres termes, la gestion de notre capital-santé dépend entre autres de notre logique conceptuelle, qui dépend à son tour de notre culture.

"Cultures et Santé" est un service de promotion de la santé et un service d'éducation permanente. Il centre ses activités vers des populations immigrées et/ou socialement défavorisées. Les missions de "Cultures et Santé" s'accomplissent directement auprès du public-cible par des animations santé pour adultes ou pour enfants. En deuxième ligne, l'asbl promeut un "aller vers l'Autre dans sa dimension de santé" par l'entremise de services aux éducateurs. Ce dernier volet comprend notamment la formation de formateurs, l'assistance méthodologique, des productions thématiques propres, un centre de documentation comprenant une bibliothèque et un service de prêt de matériel didactique.

Relativité des messages de santé

La compréhension du message de santé n'est aucunement transculturelle. Un exemple très simple mais significatif: la plupart des messages de prévention télévisés s'entourent de détours contextuels historiques et métaphoriques spécifiques à la culture médicale belge que les étrangers "non-culturalisés" (même intellectuels) ne comprennent pas, et auxquels ils ne sont pas sensibles.

Dès lors, comment tenir compte de la culture et donc de la logique interne de l'Autre, souvent méconnue d'ailleurs, lorsqu'on s'occupe de santé individuelle et collective - et que l'on est soi-même soumis à

une logique de médecine moderne, avec ses règles de santé publique, d'hygiène et de prévention de maladie?

C'est là qu'intervient la communication interculturelle comme manière de jeter des ponts entre des acteurs de santé d'ici, et des patients étrangers aux logiques de santé d'ici et de maintenant. Par ces personnes "étrangères", il faut entendre non seulement celles venant d'ailleurs mais aussi celles qui, tout en étant d'ici, se trouvent dans une précarité telle qu'elles sont contraintes de vivre autrement. En santé par exemple, elles ont d'autres normes d'hygiène, d'éducation, de prévention, des représentations particulières de la santé, etc.

Tout l'art sera de reconnaître à bon es-cient l'altérité de ceux avec qui nous voulons communiquer.

Immigré, Etranger... ou la mobilité des portraits de l'Autre

Au sens strictement définitoire, les deux concepts, "immigré" et "étranger" renvoient à tous ceux venus d'ailleurs, mais le langage courant (social?) veut qu'il y ait une nette démarcation entre eux.

Selon Anne Morelli⁶, aujourd'hui un euphémisme hypocrite donne au terme "étranger" des saveurs de charme, de chic, de dépaysement et bien sûr d'aisance, tandis que le terme d'"immigré" est chargé de pauvreté et de dérangement. Somme toute, l'immigré est l'étranger dont on a peur.

Paradoxalement, lorsque certains slogans ethnocentristes - pour ne pas dire racistes - parlent des "étrangers...", l'allusion à certaines catégories d'immigrés ne fait aucun doute.

1 Référence à l'opposition anthropo-philosophique Culture-Nature : Culture étant régie par des lois particulières, Nature par des lois universelles.

2 Boris Cyrulnik, "Culture du totem, nature du tabou" in "Sexualité, Mythes et Culture", éd. L'Harmattan, Paris, 1990, p.15.

3 Plus largement, des analyses verticales et croisées (Sociologie, Psychologie, Psychiatrie, Philosophie, Psychanalyse), (re-)mettent à jour les interférences psychisme-culture et nature-culture dans Silas Iyakaremye, "La Paraphilie, un problème d'Homme ou de cultures?", Mémoire de Licence de la Fac. de Psychologie & Sciences de l'Education (I.E.F.S.), U.C.L., 1998.

4 Cette affirmation est corroborée par des travaux anthropo-psychopathologiques comme celui de M.C. & E. Ortigues ("Eidipe africain", Plon, 1973).

5 Bernard Gibello, "Contenants de pensée, contenants culturels" in Abdesslem Yahyaoui, "Troubles du langage et de la filiation", éd. La Pensée sauvage, Paris, 1988, p.86.

6 Sous la direction d'Anne Morelli, "Histoire des Etrangers et de l'Immigration en Belgique de la préhistoire à nos jours", éd. Vie Ouvrière, Bruxelles, 1992, p.8.

La participation à l'atelier est gratuite, mais l'inscription est indispensable.

Renseignements : Centre verviétois de promotion de la santé, rue de la Station 9, 4800 Verviers, tél. (087) 35 15 03, fax (087) 35 44 25.

Hôpital Bruxelles

19 novembre 1999

A l'initiative de la Fondation Roi Baudouin, journée d'étude *Attention patients*, sur le thème de l'écoute accordée au patient en milieu hospitalier.

Cette journée s'adresse aux médecins et au personnel soignant dans les hôpitaux, aux groupes d'entraide et associations de patients, aux organismes de formation, aux directions des hôpitaux et aux pouvoirs publics.

Elle a pour but de mettre en évidence les conditions parfois simples mais souvent difficiles à mettre en œuvre qui sont requises dans une approche qualitative des soins de santé.

Le cadre conceptuel sera précisé par Alain Deccache (UCL-RESO), Wim Destelmans (Président de la Federatie palliatieve zorg Vlaanderen), Bruno Monaco (CHU Charleroi) et Adriaan Ph. Visser (Institut Helen Dowling, Pays-Bas).

Deux débats suivront les présentations, qui porteront notamment sur les 'bonnes pratiques' en matière d'écoute.

Enfin, les 27 initiatives soutenues par la Fondation dans le cadre de son appel aux projets de l'an passé seront également de la partie.

Cela se passera au Crowne Plaza Hotel, rue Gineste 3, 1210 Bruxelles, de 12 à 18 heures.

Un dépliant peut être demandé auprès du secrétariat de la journée d'étude, Anne Vigneron, tél. (02) 549 02 80, fax (02) 549 03 11, e-mail : vigneron.a@kbs-frb.be

Santé mentale

Le Groupe d'étude et de prévention du suicide mène actuellement une campagne de recrutement de bénévoles répondants pour le numéro vert du Centre de prévention du suicide 0800/32.123.

Renseignements: Groupe d'étude et de prévention du suicide, place du Châtelain 46, 1050 Bruxelles, (02) 640 51 56.

Offre d'emploi (France)

La Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) recrute,

dans le cadre des Standards, Options et Recommandations (SOR) pour la pratique clinique en oncologie, un méthodologiste pour son projet SOR Savoie Patients.

Objectifs du projet:

- répondre aux besoins d'information exprimés par les patients atteints de cancer et par leur famille;
- mettre à la disposition des patients et de leurs proches une information validée, compréhensible, accessible et systématiquement actualisée;
- permettre aux patients d'assimiler les connaissances médicales concernant leur maladie et de mieux participer à leur prise en charge.

Profil du candidat:

- formation en santé publique, éducation du patient et/ou expérience profession-

nelle dans ce domaine;

- expérience en oncologie souhaitée;
- travail en équipe;
- capacité d'adaptation, rigueur de travail, bon relationnel;
- anglais lu, parlé.

Poste localisé dans l'un des Centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC) avec déplacements fréquents à Paris.

Adresser lettre de motivation et curriculum vitae à l'adresse suivante: Docteur Béatrice Fervers, coordinatrice des SOR, rue de Tolbiac 101, F-75654 Paris cedex 13.

Changement d'adresse

La Commission locale de promotion de la santé de Bruxelles a déménagé. Sa nouvelle adresse est avenue E. de Beco 67, 1050 Bruxelles, tél. (02) 639 66 88, fax (02) 639 66 86.

LA Santé

de l'homme

Editorial

De l'Europe à Internet: de nouveaux espaces d'éducation, par Michel Dépinoy.

Nutrition

Les aliments santé, mythe ou réalité?, par Anne Brozzetti.

Environnement

Apprendre le bruit, par Denis Dangaix.

La santé à l'école

La classe santé: lorsque les élèves s'approprient leur santé, par Raymond Valcke.

Dossier

Quelle prévention du suicide? Eléments de compréhension de l'acte suicidaire. Expériences et interrogations méthodologiques.

Aide à l'action

"Suicide, un appel à vivre", par Jean-Luc Veret et Nathalie Lespinglard.

Cinésanté

La vie rêvée des anges, par Michel Condé et Alain Douiller.

La santé en chiffre

Les médecins et le tabac, par Sidonie Jous-sant, Dr François Baudier et Annie Velter.

éducation santé pour mieux vivre

LA Santé

de l'homme

Quelle prévention du suicide ?

342

juillet-août 1999 - 34 F



Femme Bruxelles

Octobre à décembre 1999

L'Université des femmes organise un programme de formation dans le cadre de l'Année internationale des personnes âgées. Cinq modules ont déjà eu lieu. Au programme des modules suivants:

- module 6 - vendredi 8 octobre: état de santé de la population âgée et conditions de vie des femmes;
- module 7 - vendredi 15 octobre: les maladies du grand âge (dépression, accidents cardio-vasculaires, ostéoporose, Alzheimer, etc.);
- module 8 - vendredi 22 octobre: les maltraitances familiales et institutionnelles à l'égard des personnes âgées. Quelles protections à l'encontre des violences financières, physiques, psychiques et juridiques?;
- module 9 - vendredi 29 octobre: approche de la mort (soins palliatifs, eutanasie, éthique et fin de vie);
- module 10 - vendredi 5 novembre: évolution des structures familiales et de la grand-parentalité. Le rôle des femmes dans la transmission inter- et intra-générationnelle;
- module 11 - vendredi 12 novembre: habiter où? Comment? Présentation des formules disponibles et des services nécessaires: maisons de repos, maisons de repos et de soins, nouvelles formes de vie "collective", centres de jour, soins et services à domicile;
- module 12 - vendredi 19 novembre: sortie de l'activité professionnelle et adaptation au "non travail": engagements sociaux, bénévoles, obligations familiales, temps libre ou vacances perpétuelles;
- module 13 - vendredi 26 novembre: richesse ou pauvreté, le niveau de vie des femmes âgées;
- module 14 - 3 décembre: marché des seniors, représentations sociales de la vieillesse, images de la femme âgée, mythe de l'éternelle jeunesse; âge et passage du temps.

Frais de participation: 300 francs (7,44 euros) par module.

Renseignements: Université des femmes, rue du Méridien 10, 1210 Bruxelles, tél. (02) 229 38 25 (secrétariat), fax (02) 229 38 53.

Milieu de travail Houthalen - Helchteren

7 et 8 octobre 1999

16e Symposium international du travail et du bien-être, sur le thème *L'évolution du marché du travail en Europe et son impact sur le bien-être au travail*.

Lieu: Centre de congrès Hengelhof, Hengelhofdreef 1, 3530 Houthalen-Helchteren.

Droit d'inscription: 10.000 francs (247,89 euros) sans logement ou 15.000 francs (371,84 euros) avec logement.

Renseignements et organisation pratique: Comité provincial du Limbourg pour la promotion du travail - Comité provincial de sécurité du Limbourg, Universiteitslaan 1, 3500 Hasselt, tél. (011) 23 79 08, fax (011) 23 79 20, e-mail: veiligheidscom@limburg.be

Stress Libramont et Marche

7 et 12 octobre 1999

Les Femmes prévoyantes socialistes et les Centres de planning familial de Libramont et de Marche, en collaboration avec le Service éducation pour la santé de la Mutualité socialiste du Luxembourg, organisent deux ateliers Gestion du stress, destinés à toute personne désireuse d'apprendre à mieux gérer son stress au quotidien. Les ateliers comprendront 12 séances de 2 heures.

Les premières séances auront lieu

le jeudi 7 octobre au Centre de planning familial de Libramont, avenue Herbofin 30, de 19 à 21h,

et le mardi 12 octobre au Centre de planning familial de Marche, rue des Savoyards 12, de 19 à 21h.

Renseignements: Femmes prévoyantes socialistes, service éducation santé, Madame A. Frankignoul, place de la Mutualité 1, 6870 Saint-Hubert, tél. (061) 23 11 63.

Sécurité routière Jodoigne - Bruxelles - Seraing

Octobre, novembre et décembre 1999

L'Institut belge pour la sécurité routière propose aux enseignants du secondaire (toutes branches confondues) *Clefs pour la route*, une formation gratuite à la sécurité routière et à la circulation. Cette formation permet aux enseignants d'expérimenter des techniques et des séquences d'animation qu'ils pourront ensuite adap-

ter à leurs classes. A l'issue des deux journées, les enseignants reçoivent une maquette pédagogique comportant une méthodologie, des carnets de l'élève et de nombreux dépliants et brochures relatifs aux sujets traités.

Dates et lieux des formations :

- les 18 et 19 octobre 1999 : CEPES, chaussée de Tirlemont 85, 1370 Jodoigne. Attention, financée par la Province du Brabant wallon, cette formation est réservée aux enseignants et travailleurs de prévention résidant ou travaillant dans cette province.

- les 21 et 22 octobre 1999 : IBSR, chaussée de Haecht 1405, 1130 Bruxelles

- les 15 et 16 novembre 1999 : IBSR, chaussée de Haecht 1405, 1130 Bruxelles

- les 20 et 21 décembre 1999 : Seraing, adresse à déterminer. Attention, financée par la province de Liège, cette formation est réservée aux enseignants exerçant dans un établissement du réseau provincial de Liège.

Pour obtenir un bulletin d'inscription ou des informations complémentaires: Bénédicte Vereecke, IBSR, chée de Haecht 1405, 1130 Bruxelles, tél. (02) 244 15 79, fax (02) 216 43 42, e-mail: benedicte.vereecke@ibsr.be, ou Nadège Hayez, Clefs pour la Jeunesse, tél. (02) 421 67 26.

Ecole en santé Verviers

17 et 24 novembre 1999

Dans le cadre de ses Ateliers-rencontres, le Centre verviétois de promotion de la santé vous propose deux journées d'information à propos de L'école en santé.

- Résultats, effets, réussites et échecs du programme Réseau européen d'écoles en santé.

- Découverte du fichier pédagogique Ecole en santé articulé autour de 4 axes: estime de soi, relations sociales, cadre de vie, modes de vie sains.

- Recherche de stratégies communes pour promouvoir le concept d'école en santé dans les écoles, par Emmanuelle Caspers, Service éducation pour la santé de la Croix-Rouge de Belgique.

Ces deux journées sont ouvertes à tous les relais privilégiés de la santé à l'école, à savoir les agents IMS/PMS, les enseignants, les services aux éducateurs et tout éducateur proche de l'école.

Conceptions complexes! En effet, on a des difficultés à classer sous les mêmes adjectifs, d'une part des populations souvent désignées à problèmes - dites les immigrés, et d'autre part des populations dont la présence en Belgique se justifie par exemple par la diplomatie ou l'Union européenne.

Par ailleurs, avec F. Dassetto⁷, on sait qu'après la période d'immigration "encouragée", fin des années 60, la notion de "travailleurs étrangers" a été remplacée par celle d'immigrés.

Clairement, on peut donc passer "d'étranger à immigré" suivant que son image est valorisée ou dévalorisée...

L'idée fondamentale ici est que, au travers de l'histoire et des enjeux d'intérêts, l'image de l'immigré n'est pas statique.

On voit, par exemple, que, selon J-P. Grimmeau⁸, en 1951 la population d'origine italienne en immigration représentait environ 70% de la population d'origine étrangère. Dans la période 1962-1966, les Italiens ne constituaient plus que 17% des immigrants. L'immigration était donc diversifiée car, à la même époque, les immigrants espagnols représentaient 19%, les Grecs 6%, les Marocains 12%, les Turcs 8%, de la population d'origine étrangère.

Depuis fin des années 80 jusqu'il y a près de cinq ans, les populations d'origine turque et maghrébine constituaient à elles seules près de 65% de la population immigrée de cette époque⁹.

Tout récemment, des changements se sont amplifiés dans les proportions de la population immigrée¹⁰. Les demandeurs d'asile, en 1997, se répartissaient de la manière suivante: pour 11.787 demandes, l'Europe de l'Est représentait 50%, l'Afrique sub-saharienne 33% et le reste 17%. Certaines nationalités sont prédominantes comme le Congo à

10%, le Kosovo à 9%, l'Albanie à 7%, puis la Roumanie, l'Arménie, et le Rwanda avec chacun 5%. Néanmoins, en définitive, le taux réel de reconnaissance comme réfugié est de 82% pour le Rwanda et de 81% pour le Burundi, alors que l'Arménie, l'Inde et le Kosovo ont des taux entre 1% et 12%, et que le taux général moyen est de 8,9%. Les chiffres de 1998 vont dans le même sens: il y a toujours une prédominance de l'Afrique sub-saharienne et de l'Europe de l'Est au niveau des demandes.

En gros, on peut constater ces dernières années, des changements flagrants dans la répartition des nationalités d'origine des demandeurs d'asile, qui constituent aujourd'hui la majorité de l'immigration.

Parallèlement, les portraits linguistiques et socioculturels des immigrés changent également.

On sait par exemple que la première génération d'immigrés marocains était principalement ouvrière. Avec les regroupements familiaux qui suivirent, s'est constituée une vague d'immigration de personnes peu scolarisées. Plus tard, les 2e et 3e générations ont atteint un niveau de scolarisation moyen.

Avec les derniers arrivants en provenance de l'ex-Yougoslavie et de l'Europe de l'Est, nos expériences d'enseignement dans certains centres d'accueil nous montrent que près de 90% de ces populations ne parlent que des langues slaves et qu'il leur est donc difficile, voire impossible, de communiquer avec la population autochtone.

En revanche, rares sont les immigrés d'Afrique noire, particulièrement d'Afrique centrale, qui n'aient pas au moins le diplôme secondaire. En effet, les paysans ou les petits commerçants "non intellectuels", ignorant jusqu'aux pays voisins, n'envisa-

gent pas de se lancer dans des voyages intercontinentaux.

On le voit donc, le portrait-type de l'immigré, soumis à l'évolution des temps, ne peut que changer. La substantialité des concepts d'immigré et d'étranger est diverse et mouvante. Quant à la personne défavorisée, elle n'est étrangère que par rapport à certaines conceptualisations culturelles dominantes telles les perceptions de la santé et les systèmes de santé.

Dans les deux cas, l'émetteur des messages de santé se trouve avant tout face à des individus dont il importe de comprendre de quelle façon leur histoire, leurs spécificités, leurs conditions de vie, influencent leurs choix, leurs attitudes et leurs ressources dans la prise en charge de leur santé.

C'est dans cette voie que nous conduira la deuxième partie de cet article, à paraître dans le prochain numéro.

Silas Iyakaremye et l'équipe de Cultures & Santé

Cet article est extrait de la monographie "L'éducation pour la santé, avec la logique de l'Autre" éditée par Cultures et Santé asbl. Pour obtenir cette brochure et pour plus d'informations sur les formations et animations organisées en 1999-2000, veuillez vous adresser à:

Cultures et Santé asbl, 24 av. de Stalingrad, 1000 Bruxelles, tél.: (02) 513 56 99, e-mail: culturesante.claes@skynet.be, site web en cours d'hébergement. ■

⁷ Felice Dassetto, "Musulmans et Islam dans les sociétés de l'Union européenne" in "Le familier et l'étranger. Diagnostics de l'accueil et du rejet", sous la direction de C. Presvelou et R. Steichen, éd. Academia-Bruylant, Louvain-la-Neuve, 1997, p.85.

⁸ "Vagues d'immigration et localisation des étrangers en Belgique", in Anne Morelli (1992), pp 110-111.

⁹ Sources non textuelles : Jean-Pierre Grimmeau, op.cit. pp. 110-111.

¹⁰ Source : "Petit-Château 1997", ensemble de rapports d'activités des services officiels s'occupant de réfugiés en Belgique et en Europe.

Que coûte le tabac ?

Le coût social de la consommation tabagique correspond à la charge totale supportée par l'ensemble de la population des fumeurs et des non-fumeurs. Il représente un outil fort utile d'aide à la décision à trois niveaux de la politique de santé publique.

En effet, il permet de mieux connaître l'importance du tabagisme en tant que problème de santé, puis de fixer des priorités sur la base de son coût réel pour la société.

Enfin, il peut être utilisé comme un indicateur mesurant les avantages des politiques mises en place par les pouvoirs publics en matière de recherche et de prévention tabagique.

Par exemple, des mesures de prévention devraient entraîner, à terme, une diminution de la morbidité et de la mortalité dues au tabac et, par conséquent, une réduction du coût social.

Des chiffres suisses spectaculaires

Il ne s'agit pas ici du prix d'un paquet de cigarettes, mais bien d'estimer le coût social du tabagisme à l'échelle d'un pays. Des études intéressantes ont été réalisées sur ce sujet ces dernières années, d'autres portant d'ailleurs également sur les "bénéfices" attribués au tabagisme. Les données reprises dans la première partie de

cet article ont été présentées récemment lors d'un colloque à Lausanne.

Le coût social mesure la charge économique des atteintes à la santé dues au tabagisme. Conformément à la pratique suivie dans les études sur le coût de la maladie, les dépenses de production et de distribution des produits n'entrent pas dans le coût social.

Deux composantes du coût social, les coûts indirects et les coûts humains, ont été estimées pour l'année 1995. Pour estimer les coûts directs de la morbidité, une approche de prévalence a été adoptée. Pour la mortalité, c'est en revanche aux pertes de production de toutes les années de vie perdues à la suite de décès survenus en 1995 qu'on a fait référence. L'estimation des coûts humains repose également sur une approche d'incidence.

Coûts indirects

La consommation de tabac entraîne des pertes de production liées à la maladie, à l'invalidité et aux décès prématurés. Celles-ci représentent les coûts indirects de la mortalité et de la morbidité tabagique.

Ils ont été estimés par la méthode du *capital humain*.

Les coûts liés aux décès prématurés correspondent à la valeur actualisée des revenus de toute la période pendant laquelle la personne décédée aurait encore travaillé.

En cas de maladie ou d'invalidité, les coûts sont estimés par les revenus que la personne aurait obtenus si elle n'était pas tombée en incapacité de travail durant l'année considérée. Les estimations ont tenu compte des pertes de production marchande et non marchande (travail domestique) des victimes du tabagisme. Les pertes de production des décès se produisant après l'âge normal de la retraite ont également été estimées.

Les coûts indirects de la morbidité et de la mortalité tabagique sont estimés à 3.809,4 millions de francs suisses¹¹ pour l'année 1995. La morbidité a entraîné des pertes de production estimées à 2.587 millions de francs, alors que les coûts indirects de la mortalité sont évalués à 1.222,4 millions. Les pertes de production non marchande représentent 36% des coûts indirects totaux.

Coûts humains

Les conséquences immatérielles de six maladies attribuables au tabac ont été estimées. La méthode de l'évaluation contingente a permis de donner une valeur à la douleur physique et psychique, au chagrin et à la modification des conditions de vie des malades et de leurs proches.

Une enquête par entretien direct a été réalisée auprès de 868 personnes dans les trois régions linguistiques de la Suisse. La disposition des participants à payer pour réduire de 95% leur risque d'être atteint par une maladie donnée a permis d'estimer la variation de bien-être qu'elle cause. Des informations précises étaient fournies quant aux conséquences de la maladie et aux moyens et conditions de la réduction du risque. Des précautions méthodologiques ont été prises lors de la réalisation du questionnaire et du traitement économétrique des données afin que le consentement à payer soit le moins possible influencé par le caractère hypothétique du marché.

Les six maladies abordées sont le cancer du poumon, la bronchite chronique, l'angine de poitrine, l'attaque cérébrale, l'infarctus du myocarde à évolution favorable et l'infarctus du myocarde mortel.

La maladie qui engendre les coûts humains les plus importants par personne malade est le cancer du poumon avec 512.000 francs. Les conséquences immatérielles considérées comme les moins importantes sont celles de la bronchite chronique avec 38.500 francs par cas. Les coûts humains globaux de six pathologies se montent à 4.961,1 millions pour 1995, soit 49,6% du coût social.

10 milliards de francs suisses partent en fumée

Telle est la facture annuelle globale occasionnée par la consommation du tabac en Suisse. L'étude présentée récemment à Lausanne ne prend toutefois en compte que les coûts. Aucune trace des éventuels bénéfices qu'engendraient les fumeurs, et on sait qu'ils sont aussi importants.

L'étude présentée révèle néanmoins l'ampleur du problème. Le coût social du tabagisme se monte à 10 milliards de francs par année, soit une fois et demie celui des accidents de la circulation (6,7 milliards selon une étude analogue réalisée récemment). "Des résultats qui n'ont pas sur-

pris, constate le Professeur Claude Jenrenaud qui a dirigé l'étude. Ils correspondent à ceux obtenus dans d'autres pays".

Réalisée à la demande de l'OFSP (Office fédéral de la santé publique) par l'Institut de recherches économiques et régionales de l'Université de Neuchâtel, en collaboration avec le bureau HealthEcon de Bâle, cette étude comble une lacune. La Suisse ne disposait en effet d'aucune donnée récente sur les conséquences économiques du tabagisme.

Détail de la facture

Coûts directs, soit les frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers des personnes malades, en raison de leur consommation de tabac : **1,2 milliard**.

Coûts indirects, le manque à gagner résultant de l'incapacité temporaire ou définitive de travailler et du décès prématuré des malades se monte à **2,2 milliards** pour les activités professionnelles et à **1,6 milliard** pour les activités domestiques.

Coûts immatériels, résultant de la détérioration de la qualité de vie des personnes malades et de leurs proches, de leurs souffrances physiques et psychiques : **4,9 milliards** de francs.

Considérable ! Même si le mode de calcul pour parvenir à une telle somme peut surprendre. Il est évident, comme l'a relevé Thomas Seltner, directeur de l'Office fédéral de la santé publique, qu'une telle étude "constitue une base pour un véritable débat sur le tabac et la mise sur pied d'une prévention bien structurée".

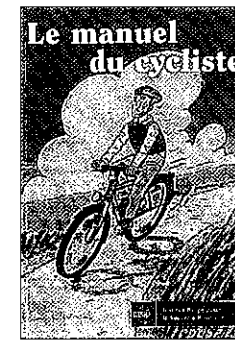
Dix milliards, un argument de choc qui devrait convaincre les politiques ! La Belgique ne dispose malheureusement pas encore d'une étude comparable, même à l'échelle de la Communauté française. Mais les ordres de grandeur sont comparables.

A titre complémentaire, en Chine, l'industrie du tabac dégage 4,9 milliards de dollars de recettes fiscales pour l'Etat, mais le coût induit par les pathologies et la mortalité équivaut dans ce pays à 7,8 milliards de dollars.

D'autre part, une étude de la Banque mondiale sur les coûts et avantages économiques des investissements en faveur du tabac a établi que la consommation de ces substances était à l'origine d'une perte nette, à l'échelle mondiale, de 200 millions

¹¹ Un franc suisse vaut environ 25 F ou 0,63 Euro

SECURITE ROUTIERE



Le manuel du cycliste, Institut belge pour la sécurité routière, Bruxelles, 1998, 78p., acr018

SEXUALITE

DUPIN P., HEDON F., La sexualité féminine, Paris, Ed. Flammarion, 1999, (Dominos; n°182), 116p., sex017

STRESS

Bien gérer votre stress. Conseil essentiels pour stimuler vos défenses naturelles, Bruxelles, Ed. Test Achats, 1998, 223p., sms016

TROISIEME AGE

Formes et sens du vieillir, Prévenir CVM, Marseille, 1998, Prévenir, n°35, 255p., 150FF, vit050

VACCINATION

TREFOIS P., JONCKHEER P., La vaccination en question, Question Santé / PRO-VAC / SSMG, Bruxelles, 1998, 68p., vac003

Matériel

ACCIDENT DOMESTIQUE

Les dangers du plomb dans la maison, Ville de Bruxelles Echevinat des Affaires Sociales, Bruxelles, 1998, brochure, acd068

ALCOOLISME

Et vous avec l'alcool vous en êtes où?, CFES / Association nationale de prévention de l'alcoolisme, Paris, 1998, brochure, 32p., asa020

ALIMENTATION

La sécurité dans mon assiette: c'est aussi une histoire de date!, CRIOC, Bruxelles, 1998, dépliant + affiche, ali082

La sécurité dans mon assiette: c'est aussi une histoire de date!, CRIOC, Bruxelles, 1998, brochure, 48p., ali083

ANATOMIE / PHYSIOLOGIE

Organaute. Mon corps c'est ma planète, ESPACE Santé FPS Liège, Liège, 1999, hya008

ENFANT

Le Moutard me monte au nez, ou comment ne pas en arriver là. 2e épisode. Fanfan dans La Colère, ONE Service Education pour la santé, Bruxelles, 1998, brochure, 12p., vie034

L'obésité chez l'enfant, Mutualités Libres, Bruxelles, 1999, vie035



FORMATION

DE KUYSSCHE S., LADURON M., L'autonomie... une chasse aux trésors pas comme les autres, ICC, Bruxelles, 1997, brochure, for006

HYGIENE CORPORELLE

Attention aux poux, CFES, Vanves, s.d., brochure, hyc018

MALADIE

Maladie de la vache folle. 30 questions des consommateurs, Institut d'expertise vétérinaire / Ministère des classes moyennes et de l'agriculture / CRIOC, 1998, 44p., pat059

Aïe! J'ai mal..., Association Sparadrapp, Paris, 1998, brochure, pat060

MALADIE CARDIO-VASCULAIRE

Le diabète, Fédération pour la Chirurgie cardiaque, Bruxelles, 1999, (Votre coeur approuvé), brochure, 16p., pco035

Femme et coeur, Fondation suisse de cardiologie, Berne, 1998, brochure, 28p., pco036

ORL

La Maladie de Ménière, Entraide Ménière, Chastre, 1996, por005

PERINATALITE

C'est si simple de bien commencer la vie..., Centre d'Education du Patient, Godinne, 1999, 2 dépliant, vib014 et vib015

SANTE

Destination Santé. Mon carnet de santé, Femmes prévoyantes socialistes, Bruxelles, 1999, brochure, san020

SANTE MENTALE

La dépression masquée, Ligue belge de la dépression, Bruxelles, 1996, 9p., pam005

SECOURISME

Faire face aux problèmes de santé à l'école, Question Santé, Bruxelles, 1998, 36p., acs010

SECURITE ROUTIERE

Il était une fois la rue. Guide pour les parents, IBSR, Bruxelles, 1997, 28p., acr015

En route! avec les conseils de Mamy Prudence, IBSR, Bruxelles, Ed. Averbode, 1997, 26p., acr016

Rues, routes, carrefours, tournants... Les enfants? Déroutants tout le temps..., Observatoire de l'enfant / Ligue des familles / Educa-Santé / Question Santé / IBSR, Bruxelles, 1998, brochure, 20p., acr017

TABAGISME

La vie... sans tabac, Fondation pour la chirurgie cardiaque, Bruxelles, 1997, (Votre coeur approuvé; n°5), 16p., ast059

Bien plus qu'une histoire d'amour... (Naître et grandir sans tabac), FARES, Bruxelles, 1998, ast060

Si je veux... J'arrête de fumer, Mutualités Libres, Bruxelles, s.d., ast061

Femme et tabac, Comité français d'éducation pour la santé, Vanves, 1998, ast062

Ne plus fumer, c'est mon choix!, Infor Santé ANMC, Bruxelles, 1999, ast063

Arrêter de fumer, Infor Santé ANMC, Bruxelles, 1999, ast064

Arrêter de fumer, c'est facile à dire!, FARES, Bruxelles, 1999, ast065

TROISIEME AGE

Comprendre la maladie d'Alzheimer... pas seulement une question d'oubli !, International Alzheimer's Research Foundation, Bruxelles, s.d., vit020

Et vous, que faites-vous pour garder l'équilibre?, Comité français d'éducation pour la santé, Vanves, 1997, vit021

Prévenir les chutes chez les personnes âgées. Guide pour l'entourage médico-social et familial des personnes âgées, Comité français d'éducation pour la santé, Vanves, 1997, vit022

VACCINATION

Enfant, adultes... la vaccination nous concerne tous, Provac Communauté française de Belgique, Bruxelles, 1998, vac030

Les documents renseignés dans cette rubrique peuvent être consultés au centre de documentation d'Infor Santé, rue de la Loi 103, 2e étage.

Le centre est ouvert pendant les heures de bureau, du lundi au vendredi, uniquement sur rendez-vous pris auprès de Maryse Van Audenhæge ou Franca Tartamella, au 021237.48.53.

Précédente parution: n° 134, janvier 1999

Livres

ADOLESCENT

Gourou gare à toi! J'ai ma liberté de penser... Les jeunes et les sectes nuisibles. Campagne de prévention de la Communauté française, Cabinet de la Ministre-Présidente de la Communauté française, Bruxelles, 1999, 38pages, vij044

La santé en milieu étudiant, UCL Cabinet du Vice-Recteur aux Affaires étudiantes, Louvain-la-Neuve, 1997, 32pages, vij045

ASSUETUDES

KROGER C., WINTER H., SHAW R., Guide d'évaluation des actions de prévention des toxicomanies à l'intention des planificateurs et des évaluateurs de programmes, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 1998, 78p., ass021

CANCER

DOUSSET M-P., Vivre pendant un cancer. Livre à l'usage des proches et des malades, Paris, Ed. du Seuil, 1999, (Pratique/Santé), 360p., 98FF, pca045

CONCEPTION / GROSSESSE

Vous et votre grossesse, Paris, Ed. Larousse, 1999, 285p., env.1000 F, vic023

EDUCATION PROMOTION SANTE

RENAUD L., GOMEZ ZAMUDIO M., Planifier pour mieux agir, REFIPS, Montréal, 1998, (Partage), 154p., eps093

CHAUVIN F., BRIXI O., ROUSSILLE B., et al., Du bon usage de la communication en éducation pour la santé, Comité français d'éducation pour la santé CFES, Vanves, 1998, (Séminaires), 289p., eps094

ENFANT

Grandir à Bruxelles. Guide de l'enfance et des familles, Commission Communautaire Française, Bruxelles, 1998, Cahiers de l'Observatoire de l'enfant, n°5, 80p., vie055

DE COCK L., et al., Le racket en milieu scolaire. Quel type de prévention et sur quelles bases? Programme de prévention pour l'enseignement fondamental, Service Prévention Jeunesse de la Police de Liège, Liège, 1998, 35p., vie056

Vous et votre enfant, Paris, Ed. Larousse, 1999, 320p., env.1000F, vie057



ENVIRONNEMENT

MUZET A., Le bruit, Paris, Ed. Flammarion, 1999, (Dominos; n°187), 122p., 41FF, env025

EXERCICE PHYSIQUE

BERLIN J-C., 50 exercices contre le mal de dos, Paris, Ed. Flammarion, 1999, 125p., aph033

Maux de dos. Comment retrouver l'aisance et le plaisir du mouvement, Mutualités Socialistes / Femmes Prévoyantes Socialistes, Bruxelles, 1998, 32p., aph034

FORMATION

Sponsoring. Quelles pistes pour les associations non marchandes?, Syneco ASBL, Bruxelles, 1998, 41p., for049

HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

HASSOUN D., Précarité et état de santé bucco-dentaire, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, Paris, 1998, (Série Thèse), 58p., 80FF, hyb016

MALADIE



CHAPOUTON A-M., FRANQUIN G. (ill.), Les malheurs de César, Paris, Ed. Flammarion, 1999, (Albums du Père Castor), 24p., pat072

QUENEAU P., OSTERMANN G., Soulager la douleur, Paris, Ed. Odile Jacob, 1998, (Médecine), 316p., 140FF, pat071

PERINATALITE

Grossesse, naissance, éthique. Une nouvelle approche de la maternité, ONE, Bruxelles, Génération ONE, n°5, 03/99, 50p., vib025

Prévention de la mort subite du nourrisson, Centre d'éducation du patient, Godinne, Bulletin d'Education du Patient, n°1, 03/1999, 40p., 250F, vib026

CHABROL H., Les dépressions de la maternité, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, (Que Sais-je?; n°3396), vib027

TAFFOREAU J., VAN OYEN H., DRIESKENS S., et al., Naissances. Mortalité périnatale et infantile. Statistiques 1990-1992. Communauté française de Belgique, CROSP Institut scientifique de la santé publique Louis Pasteur, Bruxelles, 1998, 154p., vib028

POLITIQUE DE SANTE

SCHOENE M., BERTOLOTTO F., ANSAY P., Une politique régionale de santé de première ligne, Commission Communautaire Française Service santé, Bruxelles, 1997, Les cahiers de la santé de la COCOF, n°4, 59 pages, pol057

VAN HAELEN D., et al., La santé, le logement. Accéder et vivre dans un logement de qualité à un prix abordable: une priorité dans le domaine de la santé pour la Commission Communautaire Française - 1ère éd., Commission Communautaire Française Service santé, Bruxelles, 1999, 115p., pol058

SANTE

VAN THIELEN R., Compendium des statistiques de la santé - 1999, Institut belge d'économie de la santé, Bruxelles, 1999, 129p., san097

SANTE MENTALE

Surmonter sa dépression. Conseils essentiels pour comprendre, prévenir et soigner l'état dépressif, Bruxelles, Ed. Test Achats, 1999, 189p., 375F, pam044

de dollars, dont la moitié dans les pays en développement. Ces coûts n'intègrent pas les pertes dues à la réduction de la qualité de vie des fumeurs et de leurs familles.

Quels avantages y a-t-il à cesser de fumer? (2)

Au-delà du domaine de la santé publique, l'usage du tabac ponctionne lourdement les ressources mondiales. On y a vu une menace majeure pour le développement équitable et durable. Dans une étude intitulée "The Economic Costs and Benefits of Investing in Tobacco", la Banque mondiale a estimé que le coût des soins afférents aux maladies liées au tabac entraîne une perte mondiale nette de US\$ 200 milliards par an, se produisant pour moitié dans les pays en développement. La même étude révèle que la prévention du tabagisme figure parmi les plus rentables de toutes les actions sanitaires, la recherche ayant montré que le tabac est rapidement en train de devenir une cause de décès et d'incapacité plus grande que n'importe quelle autre patholo-

gie. Il s'ensuit que les efforts de sevrage tabagique, en réduisant les risques pour la santé au même titre que les efforts de prévention du tabagisme, sont tout aussi rentables. Un rapport du Royaume-Uni a montré que les efforts de sevrage tabagique figurent parmi les plus rentables de toutes les interventions médicales (entre £107 et £6.622 par année de vie gagnée).

Selon une étude récemment effectuée à Hong Kong, l'exposition des enfants de moins de 12 ans à la fumée de tabac présente dans l'air ambiant engendre des frais évitables allant de US\$ 338.042 à US\$ 991.591. Les recherches révèlent que les fumeurs imposent à leurs employeurs des coûts importants sous la forme d'absentéisme plus élevé, de primes d'assurance plus chères, d'une moindre productivité, et de frais d'entretien des locaux plus élevés, sans parler de l'exposition de leurs collègues non fumeurs à la fumée de tabac présente dans l'air ambiant. Des études montrent que les restrictions imposées sur les lieux de travail limitent la consomma-

tion de cigarettes, ce qui risque d'être un grand pas fait en direction de l'arrêt total.

Ceux qui arrêtent de fumer font de sérieuses économies en cessant d'acheter des cigarettes, mais aussi en dépensant moins pour leur santé. Ainsi, en n'achetant plus de cigarettes, un coréen peut épargner US\$ 285 par an et, un norvégien US\$ 1.982. Vu sous cet angle, un coréen disposera du salaire de 39 heures de travail pour d'autres utilisations, alors que, pour le norvégien, le gain équivalra à 95 heures de travail. Les programmes de sevrage tabagique sont très rentables puisqu'ils coûtent moins de US\$ 5.000 par année de vie. En revanche, les médicaments pour le traitement de l'hypercholestérolémie peuvent coûter de US\$ 20.000 à US\$ 520.000 par année de vie sauvée. Formulée différemment, pour un million de dollars de dépenses de santé publique, on peut épargner 200 ou seulement deux ans de vie, selon la façon dont l'argent est dépensé.

Michel Pettiaux, FARES ■

2 d'après le New England Journal of Medicine, 15/10/1998

Initiatives

Le dossier médical global: une chance pour la promotion de la santé?

De quoi s'agit-il?

Le patient peut dorénavant confier à son médecin traitant un rôle central dans la gestion de sa santé grâce au dossier médical global. Le généraliste alimente ce dossier avec une série de données médicales: mises au point, anamnèses, examens et traitements, actes préventifs, informations fournies par les spécialistes, les hôpitaux, etc. Le médecin de famille dispose de la sorte d'un aperçu de l'ensemble des données de santé pour son patient.

Le but est d'améliorer la qualité et la rationalité des soins en favorisant au profit du patient une meilleure circulation de l'information entre prestataires (généralistes, spécialistes, hôpital, soins à domicile, etc.).

En soi cela n'a rien d'original, mais aujourd'hui ce rôle charnière du généraliste est l'objet d'une reconnaissance officielle avec un financement particulier. La première ligne est réellement mise en valeur.



Tant le médecin que le patient ont un incitant financier à adhérer au système, le premier touchant un honoraire particulier, le second bénéficiant d'une réduction du ticket modérateur de ses consultations au cabinet d'un généraliste.

Pour des raisons budgétaires, cette réglementation s'applique cette année uniquement aux patients ayant 60 ans et plus, se rendant au cabinet du médecin.

La mesure est soutenue activement par les mutualités. Certaines ont ainsi informé tous leurs affiliés concernés par un courrier personnalisé. Pour la mutualité chrétienne cela représentait environ 1.000.000 d'envois aux personnes concernées en milieu d'année (les nouveaux sexagénaires étant informés plus tard en 99).

Le succès de cette démarche est considérable, puisque près de 300.000 membres s'étaient inscrits à la date du 1/9/99, soit quatre mois seulement après l'entrée en

vigueur du dossier médical global. Ce résultat est encore plus impressionnant si on tient compte des nombreuses personnes âgées ne se déplaçant jamais au cabinet de leur généraliste, et de celles, heureusement également nombreuses, qui n'ont pas dû le consulter depuis le 1er mai.

Un courrier a été adressé par le Collège intermutualiste national à tous les médecins généralistes concernés, leur précisant l'esprit de cette mesure et quelques détails pratiques.

Vaccination contre l'hépatite B en Communauté française

L'hépatite B est considérée comme un problème majeur de santé publique sur le plan mondial. Quoique la Belgique fasse partie de la zone de faible endémicité, on considère qu'environ 700.000 Belges ont, à un moment donné, été infectés par le virus de l'hépatite B, et que le nombre de porteurs de ce virus peut être estimé à 70.000. Des chiffres non négligeables si l'on tient compte des risques liés à l'hépatite B aiguë et aux formes chroniques de la maladie.

La vaccination universelle contre l'hépatite B, recommandée par l'OMS depuis 1992, a été intégrée dès 1996 au programme de vaccination de la Communauté française. Les groupes-cibles de la vaccination universelle contre l'hépatite B sont, outre les personnes ayant un comportement ou une profession à risque, les nourrissons et les pré-adolescents (11-12 ans). En augmentant au maximum le taux de couverture vaccinale de ces groupes, on a les meilleures chances de réduire voire d'éradiquer l'hépatite B.

Pour atteindre cet objectif, la gratuité du vaccin est un incitant de poids. Grâce à un accord entre l'Etat fédéral et les Communautés, la gratuité est désormais acquise pour une période de deux ans, renouvelable si l'opération démontre son intérêt.

Afin de minimiser les risques d'utilisation des doses gratuites pour des personnes n'appartenant pas aux deux groupes-cibles, la commande des doses de vaccin se fera par un système d'autocollants numérotés (codes-barres). Les parents de chaque enfant concerné recevront, soit à

Réorientation des services de santé

Soyons réalistes: il ne faut pas attendre du dossier médical global un bouleversement dans la pratique quotidienne des médecins généralistes dans le sens d'un renforcement de leurs interventions préventives. D'ailleurs, le 'cahier des charges' de la tenue du dossier est assez flou.

On peut néanmoins espérer que les médecins généralistes, qui se plaisent à rap-

peeler le principe de leur engagement dans la prévention, pourront exploiter ce nouvel outil pour mieux répondre à la demande de leurs patients en la matière !.

Si vous voulez en savoir plus, Infor Santé a édité un dépliant 'Le dossier médical global' à destination de ses affiliés, qui explique la mesure en détails (disponible au (02) 237 48 53). ■

Voir par exemple 'La prévention vue par les patients des maisons médicales', de A. Levêque, J. de Roubaix, J. La-perche, J. Morel, L. Berghmans et D. Piette, Education Santé n° 139, pp. 44 à 46.

Stratégie de communication

Nous avons pris en compte les facteurs suivants :

- la controverse française sur le vaccin contre l'hépatite B, quant à un lien éventuel entre ce vaccin et des maladies démyélinisantes, en particulier la sclérose en plaques;
- la décision prise par le Secrétaire d'Etat français à la Santé d'interrompre la vaccination systématique en milieu scolaire, tout en réaffirmant l'innocuité du vaccin et en continuant à recommander la vaccination;
- le fait que, sur le plan scientifique, rien ne confirme pour l'instant que ce lien existe, mais qu'on ne soit pas non plus en mesure de démontrer qu'il n'existe aucun risque;
- des attitudes controversées par rapport à la vaccination systématique contre l'hépatite B, même en milieu médical;
- les contraintes propres aux différents secteurs médicaux et médico-sociaux concernés: médecine générale, pédiatrie, médecine scolaire, ONE.

Nous avons opté pour une stratégie de renforcement plutôt que de changement: l'accent est mis sur la gratuité comme incitant supplémentaire dans le cadre d'une politique de vaccination définie depuis plusieurs années.

Il nous semblait que la campagne devait éviter d'être agressive, sous peine de réveiller voire d'éveiller l'hostilité de beaucoup et de provoquer une polémique qui renforcerait les clivages pour/contre, créant même des

la maternité par l'entremise de l'ONE, soit par celle des centres de santé scolaires, un feuillet d'autocollants. Ces autocollants seront apposés par le médecin vaccinateur sur le bon de commande des vaccins, qui a été modifié en conséquence.

Pour renforcer la cohérence de l'ensemble, les autres vaccins gratuits recommandés pour ces deux cohortes ont été intégrés au système des autocollants.

Une condition du succès de cette campagne de vaccination est, cela va sans dire, la participation du corps médical: approbation du principe de la vaccination universelle des deux cohortes, et acceptation du système des autocollants et des contraintes nouvelles qu'il implique. Sans parler du vaccin contre l'hépatite B lui-même.

En effet, nul n'ignore la polémique française à propos d'un risque éventuel d'association entre ce vaccin (VHB) et la sclérose en plaques (SEP). Malgré tous les arguments opposables à l'association VHB-SEP, on ne pouvait exclure que des craintes se manifestent dans notre pays également, que ce soit directement chez les médecins ou par l'intermédiaire de leurs patients.

Pour toutes ces raisons, il était nécessaire que le volet "communication" de la campagne de vaccination soit particulièrement étoffé. La participation du Service communautaire géré par Question Santé a donc été sollicitée. Le travail s'est fait en étroite collaboration avec l'équipe de ProVac, l'Institut de médecine préventive de la SSMG et, bien entendu, les Services de la Direction générale de la santé.

Lu pour vous

Mortalité périnatale et infantile

Statistiques 1990-1992

Le CROSP (Centre de recherche opérationnelle en santé publique) publie régulièrement les statistiques de naissances et de mortalité périnatale et infantile pour la Communauté française. La dernière édition en date concerne les chiffres de 1990-1992. Voici quelques-unes des conclusions des auteurs de l'étude.

Par rapport aux statistiques de naissances, les constatations suivantes peuvent être faites: le taux de natalité ne change quasiment pas (12,6 pour mille en 1992); l'âge moyen des femmes au moment de l'accouchement par contre ne cesse d'augmenter; enfin, le pourcentage de grossesses chez les jeunes filles de moins de 20 ans semble stabilisé (2,1% en 1989 et 1992).

La prématurité prise au sens large, c'est-à-dire un faible poids à la naissance et/ou

une naissance avant terme, est le principal déterminant de la morbidité et de la mortalité infantile. On constate qu'il n'y a pas d'amélioration à ce sujet depuis la fin des années quatre-vingt: en Wallonie, on compte 6,9% de faible poids à la naissance en 1987, 6,9% en 1989 et 7,2% en 1992; de même on compte 5,3% de naissances avant terme, 5,9% en 1989 et 6,3% en 1992.

L'ensemble des taux de mortalité (périnatale, postnatale et infantile) a diminué entre 1990 et 1992. La mortalité post-néonatale fait exception: si elle a baissé régulièrement jusqu'à la fin des années soixante, elle s'est stabilisée depuis 1980 et reste aux alentours de 4 pour mille.

L'importance relative des malformations congénitales qui représentent un quart des causes de décès avant l'âge d'un an plaide pour un renforcement des méthodes de prévention primaire (exposi-

tions à des médicaments, des drogues, des produits toxiques, consommation d'alcool...) et pour des techniques de dépistage prénatal dans des situations à risque.

23% des décès infantiles sont dus au syndrome de mort subite du nourrisson.

La troisième cause de décès chez les enfants est liée à l'anoxie et aux détresses respiratoires: on a montré à ce sujet l'importance de la prévention de la prématurité et la toxémie gravidique qui sont des principaux facteurs de risque dans ce domaine.

TAFFOREAU J., VAN OYEN H., DRIESKENS S., et al., Naissances. Mortalité périnatale et infantile. Statistiques 1990-1992 - Communauté française, CROSP, Institut scientifique de la santé publique - Louis Pasteur, service d'épidémiologie, Bruxelles, 1998, 154 pages.

Adresse: rue Juliette Wytsman 14, 1050 Bruxelles, tél. (02) 642 57 71, fax (02) 642 54 10. ■

Les ados et leur santé

Rédigé par une cinquantaine d'auteurs, spécialistes renommés, cet ouvrage traite de la santé des adolescents dans une optique globale. Véritable outil de travail, il est avant tout destiné aux nombreux professionnels de la santé qui oeuvrent auprès des jeunes de 10 à 19 ans, mais il intéressera aussi tous les partenaires du secteur social et

de l'éducation. Il offre une réflexion sur la santé telle qu'elle est perçue et vécue par les jeunes dans différents environnements, apporte des connaissances pointues sur les problèmes rencontrés particulièrement à cet âge (troubles de la croissance, affections gynécologiques, anorexie, dépression, usage de drogue, etc.) et propose enfin des approches ou des pro-

grammes curatifs et préventifs adaptés. Manuel attrayant et didactique, l'ouvrage fournit également des références complètes et une bibliographie classée par thèmes.

MICHAUD P.-A., ALVIN P., DESCHAMPS J.-P., et al., La santé des adolescents. Approches, soins, prévention, Ed. Payot Lausanne / Ed. Doin / Presses de l'Université de Montréal, 1997, 636 pages. ■

Les personnes âgées dans la ville

Dans le cadre de ses Cahiers de la santé, la Commission communautaire française a publié en 1997 un intéressant dossier sur la population spécifique des personnes âgées, plus particulièrement en milieu urbain.

Après un exposé introductif du Docteur Guy Dargent sur le phénomène du vieillissement, le dossier présente une série de données démographiques sur la population des plus de 60 ans en Belgique et à Bruxelles.

Un deuxième chapitre s'intéresse aux déterminants de la santé des personnes âgées et à leur qualité de vie, en examinant à la loupe les facteurs socio-économiques (lieux de vie, retraite - emploi - chômage),

les facteurs géographiques (les déplacements des personnes âgées et la politique mise en place par les sociétés de transports publics bruxellois), les facteurs psycho-culturels (activités, santé mentale, solitude), les facteurs sanitaires (état de santé, mortalité, morbidité, hospitalisations, réseaux d'aide) et enfin les facteurs politiques (relevé des services à domicile auxquels une personne âgée peut prétendre).

Un troisième chapitre fait le point sur la répartition des compétences politiques en matière de santé et de bien-être pour les seniors actifs à Bruxelles.

Enfin, le dossier présente une sélection de projets spécifiques aux personnes âgées mis

en œuvre par des associations bruxelloises.

KINNA F., et al., Les personnes âgées dans la ville, Commission communautaire française, Bruxelles, 1997, (Les Cahiers de la Santé de la Commission communautaire française; n°3), 55 pages.

Ces "Cahiers de la Santé" peuvent être obtenus auprès de l'administration de la Commission communautaire française, Service santé, boulevard de Waterloo 100-103, 1000 Bruxelles, tél. (02) 542 82 11, fax (02) 542 83 90. ■



Ouvrons le dialogue

Le médecin généraliste est bien placé pour donner au consultant des conseils qui peuvent être assimilés dans certains cas à une véritable activité de promotion de la santé. Cela se passe individuellement, au cours du colloque singulier. Cela s'inscrit parfois dans des projets préventifs à vocation plus collective.

Evidemment l'organisation de notre système de soins de santé n'est pas de nature à favoriser ce type de prestation, au contraire. Il n'y a pas de numéro de nomenclature pour ça!

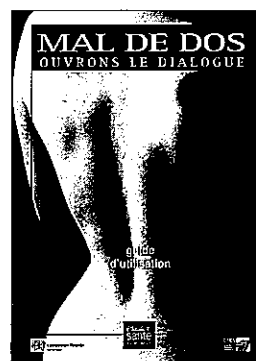
Pour les nombreux médecins qui considèrent néanmoins que l'éducation pour la santé fait partie de leurs tâches, le Comité français d'éducation pour la santé et la Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) proposent un matériel bien adapté à leur pratique quotidienne.

Ces deux organismes ont mis au point des outils pédagogiques répondant à trois principes :

- le dialogue avec le patient ;
- la liberté d'action du praticien ;
- le suivi de l'action éducative du médecin.

Dans un premier temps, trois thèmes définis comme prioritaires par le Haut comité de santé publique sont traités : le tabac, l'alcool et le mal de dos.

Les médecins reçoivent par thème un guide d'utilisation leur rappelant quelques données de base sur le problème abordé, comment ils peuvent aider leur patient à envisager un changement de comportement, et comment utiliser les fiches développées à l'intention des patients.



Ces fiches, une dizaine par thème, sont ciblées en fonction des caractéristiques du lecteur (du patient en salle d'attente au patient en action en passant par le patient sensibilisé). Elles lui offrent une information utile à l'évaluation de sa situation personnelle et à une éventuelle prise de décision pour y remédier. Elles sont fournies en

plusieurs exemplaires, et accompagnées d'un poster susceptible d'amener le patient à amorcer un dialogue lors de la consultation.

D'autres sujets sont prévus dans le futur. Espérons que la démarche sera perçue positivement par médecins et patients...

Ouvrons le dialogue, Comité français d'éducation pour la santé, 2 rue Auguste Comte, BP 51, F-92174 Vanves cedex. ■

La vie est belle quand on n'a plus 20 ans

L'année 1999 a été proclamée "Année internationale des personnes âgées" par les Nations Unies. L'Organisation mondiale de la santé a pris le relais en décrétant que le mot d'ordre de cette année internationale serait "restons actifs pour bien vieillir". Mais vieillir en restant actif n'est possible que si on est en bonne santé.

L'ancien Ministre de la santé publique Marcel Colla a lancé avant les élections du mois de juin une campagne d'information pour

les personnes âgées, sous la forme de quatre dépliants réalisés en collaboration avec le CRIOC (Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs), leur proposant quelques conseils simples, en matière d'alimentation, de consommation de médicaments, ou encore d'hospitalisation et de soins à domicile.

Les dépliants et affiches ont été diffusés auprès des médecins généralistes, pharmaciens, hôpitaux, polycliniques, CPAS, mutuelles, ainsi qu'auprès du Comité consultatif

des pensionnés.

Manger sainement, c'est important

N'avez pas n'importe quoi ! Prenez vos médicaments avec discernement

N'avez pas n'importe quoi ! Les médicaments les plus fréquents chez les personnes âgées

Vous êtes enfin autorisé(e) à rentrer chez vous après une hospitalisation... Le référent hospitalier pour la continuité des soins peut vous aider.

Ces quatre dépliants sont disponibles gratuitement dans les bureaux de poste. ■

Surcharge pondérale et cholestérol

L'obésité chez l'enfant

Le Service d'éducation à la santé des Mutualités libres a réalisé un dépliant traitant du problème épineux de l'obésité chez l'enfant, problème d'importance, puisqu'en Belgique, 11% des enfants, en moyenne, ont une surcharge pondérale.

Cette surcharge peut trouver son origine dans des mauvaises habitudes alimentaires, une prédisposition génétique, le manque d'exercice physique ou des facteurs psychologiques.

Le dépliant insiste sur ce que peuvent faire les parents pour prévenir cet excès de poids

chez leur enfant, et explique pourquoi les régimes très pauvres en calories ne se justifient pas dans le traitement du problème.

Cholestérol: risque de bouchon dans les artères

Le cholestérol a une influence négative sur notre organisme lorsque son taux est trop élevé. Mais cette influence négative peut être renforcée par d'autres facteurs de risque, liés au mode de vie (tabagisme, alcool, manque d'exercice...), à certains états physiques (diabète, tension artérielle élevée...) ou encore à des facteurs tels que l'âge, le sexe ou l'hérédité.

Il est dès lors conseillé d'adopter un mode de vie sain (alimentation équilibrée, exercice physique...). Mais quels sont les aliments conseillés ? Qu'en est-il des médicaments hypocholestérolémiants ? Que doit-on penser des aliments pauvres en cholestérol ? Un nouveau dépliant des Mutualités libres répond à ces questions.

Les dépliants "L'obésité chez l'enfant" et "Cholestérol : risque de bouchon dans les artères" peuvent être obtenus auprès du Service d'information et d'éducation à la santé des Mutualités libres, Gaëlle Francart, rue Saint-Hubert 19, 1150 Bruxelles, tél. (02) 778 92 11, fax (02) 778 94 08, e-mail : gaëlle.francart@mloz.be ■

inquiétudes chez des personnes jusque-là favorables à la vaccination.

L'accent a donc été mis sur la conviction (arguments rationnels) plutôt que sur la persuasion (arguments affectifs): en quelque sorte, on joue "cartes sur table". Les questions ne sont pas éludées, mais les connaissances scientifiquement établies sont rappelées.

De même, ce sont des arguments concrets qui ont été avancés pour appuyer les modifications du système de commande des vaccins, et non des arguments épidémiologiques ou économiques, peu parlants pour les personnes sur l'adhésion desquelles repose le bon fonctionnement du système.

Réalisations

Le Service communautaire a pris en charge la réalisation de tous les documents relatifs à la campagne, qui ont été diffusés par la Direction générale de la santé.

1. Documents administratifs

- Lettres aux médecins généralistes et aux pédiatres: la première (mai 1999) annonçant la campagne et accompagnant la brochure "A propos de vaccination..."

Dialoguer avec votre patient" (voir plus loin); la seconde (septembre 1999) expliquant le nouveau système et accompagnant un exemplaire des nouveaux documents pour la commande des vaccins.

- Lettre aux centres de santé scolaire (mai 1999) annonçant la campagne et donnant les dates des séances d'information organisées par ProVac en juin 1999.

- Feuilles d'autocollants pour la vaccination des nourrissons et des enfants de 11-12 ans (6e année primaire).

- Nouveau bon de commande des doses de vaccin.

- Formulaire, diffusé par les centres de santé scolaire, permettant aux parents de donner leur autorisation à la vaccination.

2. Information-sensibilisation des professionnels

- Brochure destinée aux médecins, intitulée "A propos de vaccination... Dialoguer avec votre patient". Cette brochure comprend deux volets: le premier refait le point sur une série d'opinions ou d'arguments opposés à la vaccination en général; le second répond aux questions les plus fréquentes à propos de l'hépatite B et du vaccin. Ce document

complète la seconde édition de la brochure "La vaccination en question" diffusée en fin 1998 aux médecins.

- Brochure destinée aux enseignants du primaire, proposant une série d'activités ludiques et pédagogiques autour de la vaccination. Ces activités sont accompagnées d'un chapitre théorique et d'une biblio-vidéographie.

3. Information-sensibilisation des publics concernés

- Lettres aux parents des nourrissons et des enfants de 11-12 ans, diffusées par l'intermédiaire de l'ONE et des centres de santé scolaire. Ces lettres expliquent brièvement la campagne.

- Enveloppe destinée aux parents des enfants de 11-12 ans. Cette enveloppe doit contenir le feuillet d'autocollants et diminuer le risque de perte ou d'oubli.

- Brochure d'accompagnement d'un vidéogramme destiné à une information sur la vaccination en milieu scolaire. Ce vidéogramme est réalisé par ailleurs par ProVac. Education Santé vous le présentera prochainement.

Service communautaire de promotion de la santé chargé de la communication, géré par l'asbl Question Santé ■

Pour une autre politique d'aide à l'enfance

Le Mouvement du Manifeste d'Octobre 1998

En octobre 1998 naissait le "Manifeste pour reposer la question sexuelle: reconnaître et protéger la sexualité des enfants" autour duquel se crée un mouvement. Constitué des principales associations de la santé mentale, du planning familial, et de nombreuses personnalités, le Mouvement du Manifeste d'Octobre 1998 (MMO 98) se veut "le catalyseur d'une autre politique d'aide à l'enfance centrée sur les besoins des enfants et la solidarité avec les familles en difficulté".

Les décrets de la Communauté française sur la maltraitance des enfants (mars 1998), sur la suspension préventive dans l'enseignement organisé et subventionné par la Communauté française (avril 1998), et la loi (avortée) relative à la protection pénale des mineurs (avril 1999) sont autant de faux pas, selon le MMO, commis

par des autorités en mal de mesures rassurantes suite à l'affaire Dutroux. "L'expérience sur le terrain comme les principes fondamentaux de l'Etat ont été négligés au profit de mesures coercitives et bureaucratiques, prises avec des objectifs démagogiques, sans prendre en compte leur effet désastreux sur l'aide concrète aux enfants et parents concernés", constate Marc Abramowicz, psychothérapeute et fondateur d'Aimer à l'ULB, responsable du MMO 98.

Non à la répression

Pour le MMO, les mesures les plus efficaces pour prévenir la violence sont les mesures qui favorisent l'épanouissement et la solidarité des citoyens alors que les mesures répressives ne présentent qu'un intérêt ponctuel. Il rappelle par ailleurs que l'échec des enquêtes concernant des enfants disparus a mis en lumière un mauvais fonctionnement de l'appareil judiciaire et policier plutôt que des insuffisances au niveau législatif.

Développer la prise en charge

La création de Child Focus et l'institution d'un signalement obligatoire pour les enseignants et les travailleurs sociaux sont la preuve d'une méconnaissance de la réalité du terrain, juge le MMO. La majorité des enfants maltraités sont connus par un grand nombre d'intervenants; ce n'est donc pas le dépistage qui est à développer mais plutôt l'aide et la prise en charge de ces enfants et de leur famille, et ce par un soutien accru aux structures expérimentées existantes, dont les équipes SOS-Enfants.

Nécessité du secret professionnel

En garantissant la confidentialité des données transmises, le secret professionnel permet l'accès aux soins et l'ouverture vers un processus thérapeutique; en garantissant un espace à la vie privée, il permet l'exercice de la démocratie. Pour le

MMO, affaiblir cette notion, c'est donc prendre des risques de désresponsabilisation générale et de délation, avec notamment pour conséquences, la dissuasion des parents perturbés d'entreprendre une thérapie et la dissuasion des parents maltraitants de faire soigner leur enfant blessé. Dès lors, "la réaffirmation du secret professionnel est aujourd'hui une nécessité, de même que le rappel des limites de ce secret en état de nécessité (assistance aux personnes en danger)."

'Prévention' inefficace voire dangereuse

Les campagnes dites de prévention à la maltraitance qui se sont multipliées depuis l'affaire Dutroux sont considérées par le MMO comme toxiques, inefficaces voire même dangereuses, présentant aux enfants "une vision morbide et menaçante de la sexualité, générant une angoisse d'autant plus grande qu'elles véhiculent aux enfants le message que leurs pères et éducateurs sont des personnages suspects alors que leurs mères asexuées sont au-dessus de tout soupçon". Le

MMO prône donc l'abandon de ces campagnes au bénéfice de mesures protectrices débattues entre adultes "avec comme souci premier de respecter les capacités des parents qui, sauf exception, sont les plus aptes à protéger leurs enfants".

Après une première approche, plutôt bien

perçue, du monde politique à la veille des élections, le MMO s'est promis de poursuivre son action de sensibilisation auprès des élus des différents partis, afin de leur rappeler "qu'il existe une autre politique plus solidaire, plus humaine et donc plus efficace".

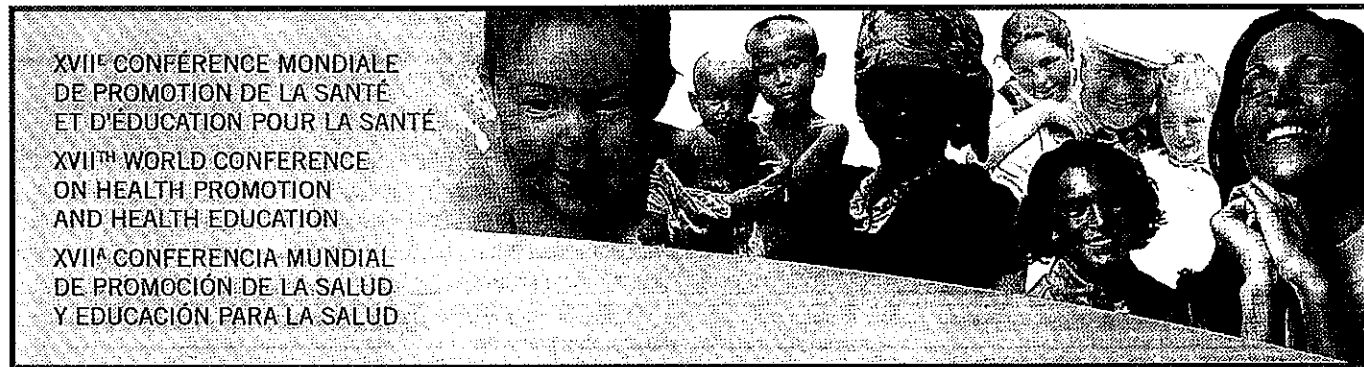
Myriam Marchand ■

Associations membres du MMO 98

- Association des psychologues praticiens d'orientation psychanalytique
- Association des services de psychiatrie et de santé mentale de l'UCL
- Espace P
- Fédération belge des psychologues - Belgische federatie voor psychologen
- Fédération des centres SOS-Enfants
- Fédération laïque des centres de planning familial
- Ligue bruxelloise pour la santé mentale
- Ligue wallonne pour la santé mentale
- Service de santé mentale de l'ULB
- SOS-Inceste
- SOS-Viol

Contact: Marc Abramovicz, Aimer à l'ULB, avenue Jeanne 38, 1050 Bruxelles, tél./fax (067) 21 40 77.

La santé, un investissement pour une société équitable



XVII^e CONFÉRENCE MONDIALE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ
XVIIth WORLD CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION AND HEALTH EDUCATION
XVII^a CONFERENCIA MUNDIAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

XVII^e conférence mondiale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé

La globalisation des échanges, les difficultés des pays pauvres, la marginalisation de nombreuses personnes, ajoutées à une dégradation de plus en plus importante de l'environnement incitent à développer des programmes nouveaux pour faire face aux problèmes de santé associés à ces phénomènes.

Le thème 'investir pour la santé' est devenu une manière d'interpeller les politiques publiques et privées qui ont une influence sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Le début du siècle prochain est le moment de renforcer le développement des connaissances et des compétences nécessaires, de cerner les options possibles et de recommander des actions appropriées.

Le thème de la Conférence, *La santé, un investissement pour une société équitable*, résume cette approche tout en soulignant la nécessité

de se référer aux buts, aux idées et aux valeurs de la promotion de la santé. Le thème central sera développé autour de présentations et de débats sur trois questions fondamentales: prendre en compte la dimension de l'éthique, apporter la preuve de l'efficacité de la promotion de la santé, et témoigner en faveur de la promotion de la santé.

Prendre en compte la dimension de l'éthique

Tous ceux qui travaillent à l'amélioration de la santé et luttent contre les inégalités

de santé sont confrontés à des exigences éthiques diverses. Au fur et à mesure que s'est élargi le concept de santé et que les stratégies d'amélioration ont acquis une dimension politique, nos actions sont devenues plus cruciales et plus complexes.

La Conférence explorera les questions qui émergent quand par exemple des décisions individuelles restreignent le choix d'autres personnes, quand le principe d'égalité des sexes se heurte à des impératifs culturels, quand la sauvegarde de l'environnement s'accorde mal avec la croissance économique, quand il y a opposition entre les investissements économiques et les investissements sociaux.

Apporter la preuve de l'efficacité de la promotion de la santé

L'efficacité de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, à l'échelle locale, régionale, nationale et internationale exige d'être étayée par des preuves solides.

La demande en est exprimée, lorsque des investissements en faveur de la santé sont sollicités dans des domaines comme l'éducation, l'urbanisme, le logement et l'éco-

nomie, mais aussi dans le secteur de la santé proprement dite.

Ce défi est en train d'être relevé grâce au développement de bonnes pratiques, sur des bases scientifiques, notamment en ce qui concerne l'évaluation.

La Conférence permettra d'examiner et de discuter les preuves actuelles de l'efficacité de nos actions, les caractéristiques scientifiques de ces preuves, la pertinence des mesures de résultats et plus globalement des méthodes de recherche.

Témoigner

Il faut que la place de la promotion de la santé dans les choix politiques soit défendue de manière forte et crédible. Il faut que ce plaidoyer mette en œuvre les stratégies nécessaires non seulement pour être entendu mais aussi pour avoir un impact réel.

La Conférence traitera de manière particulière de la situation des populations démunies et de leur participation à des projets de santé communautaire. ■

d'après la première annonce de la conférence

La sécurité routière des enfants

En 1998, 589 enfants de moins de 12 ans ont été tués ou blessés gravement dans un accident de la circulation, soit 11 enfants par semaine.

Quand on pense à l'insécurité routière des plus jeunes, on pense souvent aux dangers qui les guettent lorsqu'ils circulent à pied ou à vélo. On a en revanche tendance à sous-estimer les risques encourus lors des trajets en voiture, alors que plus de la moitié des petites victimes d'un accident de la route sont des passagers de voiture.

C'est la raison pour laquelle l'IBSR (Institut belge pour la sécurité routière asbl) met l'accent sur la sensibilisation à la protection des enfants en voiture.

Aux abords de l'école

Peu d'écoles échappent aux heures de pointe à une sorte d'anarchie. Paradoxe: ce sont les parents qui génèrent le plus souvent les risques: stationnement en double file, sur les trottoirs, les passages pour piétons, oubli de boucler la ceinture de sécurité, etc. Les parents constituent

donc un public à sensibiliser, et le dépliant *Le chemin de l'école* rassemble à leur intention une série de conseils de sécurité.

Par ailleurs, l'IBSR plaide pour le covoiturage, en proposant aux écoles et aux associations de parents d'encourager cette bonne habitude qui permettrait de désengorger et sécuriser les abords des établissements scolaires.

Une matière à revaloriser

Inscrite au programme depuis bientôt 30 ans, la sécurité routière ne bénéficie pas encore partout de l'attention qu'elle mérite. Le cours de sécurité routière, qui apparaît aux yeux de certains un peu désuet, peut bénéficier d'une revitalisation par le biais de deux éléments.

On a aujourd'hui conscience que l'éducation à la sécurité routière doit être globale. Cela signifie qu'elle ne doit pas se limiter au cognitif, mais qu'elle doit également toucher les domaines perceptivo-moteur, affectif et social pour pouvoir prétendre à une certaine efficacité. Les activités pratiques, en cours de récréation et en situation réelle, prennent

En bref

XVII^e Conférence mondiale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé Paris, du 15 au 20 juillet 2001

Objectifs

Contribuer au développement d'une assise scientifique pour la promotion de la santé et l'éducation pour la santé

Faire progresser le débat sur les choix et les stratégies qu'exige l'investissement pour la santé

Discuter les principes éthiques applicables à la promotion de la santé

Plaider pour des politiques favorables à la santé dans les secteurs public et privé, à l'échelle locale, régionale, nationale et internationale.

Organisateurs

Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé

Comité français d'éducation pour la santé

Langues

Français, anglais, espagnol

Contact

Martine Lapergue, au CFES (mlapergue.cfes@imaginet.fr)

une place importante dans cet apprentissage. Dans ce cadre, des activités de psychomotricité sont tout indiquées en maternelle et au premier degré du primaire. Pour les trois degrés du primaire, des promenades en rue permettront un apprentissage piéton en situation réelle, tandis que des exercices à vélo en milieu protégé pourront être organisés dans le cadre du cours d'éducation physique.

Pour ce qui touche les aspects affectifs et sociaux, les cours d'éducation à la circulation comportent un aspect d'éveil à la citoyenneté puisqu'une circulation sûre et agréable implique le respect d'un certain nombre de règles et la collaboration entre les usagers de la route. L'éveil à la citoyenneté découle aussi du fait que l'éducation à la circulation englobe une réflexion sur les modes de transport et vise à permettre à l'enfant de poser un regard critique sur la circulation actuelle.

Institut belge pour la sécurité routière, 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. ■