

ÉDUCATION SANTÉ

JUIN 2016

323

*Activité physique
et longévité*

Guy Adant

UN MENSUEL AU SERVICE
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

www.educationsante.be

INITIATIVES

'Mon généraliste' a le vent en poupe

Propos du D^r Patrick Trefois recueillis par Christian De Bock

Début 2011, la Société scientifique de médecine générale (SSMG) démarrait www.mongeneraliste.be, un site d'informations de santé destiné au grand public.

Nous avons rencontré le D^r Patrick Trefois, une des chevilles ouvrières de ce projet qui a entre autres mérites celui d'unir la profession médicale et deux grandes mutualités¹ dans un projet au profit des consommateurs de soins de santé.

Éducation Santé : Pouvez-vous nous rappeler quels étaient les objectifs de départ de 'Mon généraliste' et en quoi il se distinguait des innombrables sites 'santé' présents sur la toile ?

Patrick Trefois : La SSMG a créé le site mongeneraliste.be pour qu'il devienne un trait d'union entre les généralistes et les patients, pour qu'il contribue à enrichir les échanges et mettre en place un réel partenariat avec le patient, reposant sur son autonomie, son libre choix et ses ressources. Pour le dire autrement, à travers ce site, le médecin de famille écoute, informe et conseille son patient, met en place un dialogue avec celui-ci dans un but d'éducation thérapeutique. Bien sûr, les informations proposées par mongeneraliste.be le sont à titre indicatif et ne peuvent servir à établir un diagnostic ou à établir un traitement médical : elles ne remplaceront jamais la consultation d'un médecin ni la spécificité d'un examen médical.

Pour résumer le positionnement particulier de ce site, j'en citerai trois caractéristiques : la place centrale de la relation médecin/patient, l'indépendance vis-à-vis de tout intérêt commercial et la référence à la médecine basée sur les preuves (EBM).

ES : Quelles informations peut-on y trouver aujourd'hui ? Comment sont-elles validées ?

PT : On trouve actuellement sur le site plus de 130 articles consacrés à des maladies, plus de 70 centrés sur la prévention primaire et secondaire et une quinzaine de dossiers. En outre, plus de 120 sujets sont accessibles dans la rubrique 'Actualités', qui aborde des informations neuves (nouvelles études ou avis récents du Conseil supérieur de la santé par exemple) ou complémentaires aux articles présents sur le site.

Enfin, le site accueille aussi des vidéos, ainsi que des 'fiches patients' non accessibles directement aux internautes, qui sont 'prescrites' au patient par son médecin généraliste. Ce dernier peut lors de la consultation soit imprimer la fiche et la remettre au patient, soit lui envoyer le lien par mail.

La validation repose en amont sur des sources scientifiques fiables et reconnues. Dans ce cadre, le site mongeneraliste.be a conclu un partenariat avec ebmpracticenet.be, un site mis en place pour les médecins par le CEBAM². Les articles EBM destinés aux médecins belges servent donc de base à l'élaboration des articles du site.

En aval, les médecins de la SSMG sont invités à réagir aux contenus du site s'ils décèlent une information qui leur apparaît inadéquate ou erronée.

ES : Avez-vous une idée des sujets les plus populaires ?

PT : Oui, mais avec cette nuance : ils sont populaires car bien référencés par les moteurs de recherche, Google étant évidemment le principal. Ce sont donc un peu les gagnants d'une loterie que je vais donner...

Le top 5 de 2015 est constitué des douleurs de nuque et de cou (plus de 60.000 visiteurs), suivies des maladies du gros intestin (plus de 58.000), de l'anémie (plus de 49.000), de la cystite (plus de 47.000) et des ongles incarnés (plus de 36.000)! Le temps de lecture sur ces pages est assez long et permet une lecture du contenu, puisqu'il va de 4'52 à 6'06, ce qui est appréciable sur le net.

Ceci dit, nous travaillons sérieusement la question du référencement, en construisant les articles selon une logique web : titre et sous-titre signifiant et redondant, etc.

ES : 'Mon généraliste' a-t-il trouvé son public au fil des ans ? Je suppose que vous suivez de près les chiffres de fréquentation...

PT : La fréquentation est en croissance constante : plus de 660.000 visiteurs en 2015 et plus de 800.000 pages vues. Bien sûr, la proportion d'internautes français n'est pas négligeable!

ES : Le site accepte-t-il des annonceurs payants ?

PT : Non, il n'y a aucun annonceur commercial payant évidemment. Seuls les mutualités partenaires du site et les pouvoirs publics compétents en matière de santé, pour leurs campagnes de sensibilisation du grand public, ont accès aux bannières placées en haut des pages du site.

Mais le plus important sur le plan de l'indépendance est la totale autonomie de l'équipe rédactionnelle, la référence systématique aux sources EBM et la supervision dans un second temps par des médecins de famille ayant une pratique.

ES : De nos jours, les professionnels de la prévention sont de plus en plus attentifs à la littérature en santé. En quoi mongeneraliste.be s'inscrit-il dans cette tendance appréciable ?

PT : Au risque de me répéter, je dirai que le site vise essentiellement à donner une information avec des garanties de lisibilité, de fiabilité scientifique, d'indépendance, de cohérence avec la pratique de la première ligne de soins, un ensemble de caractéristiques regroupées de manière sans doute assez unique. Bien sûr, on pourrait dire que le site contribue ainsi à améliorer « la capacité des individus à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations utiles pour pouvoir fonctionner

1. Voir l'article de C. De Bock 'www.mongeneraliste.be, un site qui enrichit les consultations', Éducation Santé n° 265, mars 2011, <http://educationsante.be/article/wwwmon-generalistebe-un-site-qui-enrichit-les-consultations/>. Au départ, l'initiative était soutenue par les Mutualités chrétiennes et les Mutualités libres. Ces dernières ont cédé la place à Solidaris en 2015.

2. Le Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine est un organisme scientifique médical indépendant, interuniversitaire et pluridisciplinaire. Il s'adresse aux prestataires de soins, patients et citoyens en bonne santé. <http://www.cebam.be/fr/pages/default.aspx>

dans le domaine de la santé et agir en faveur de leur santé »³.

Mais le vrai travail de littératie en santé se déroule, selon moi, dans la rencontre entre la spécificité d'un patient (sa langue, sa culture, ses plaintes, ses attentes) et celle d'un médecin à l'écoute. Et le plus accessible des médecins (sur les plans géographique, économique, etc.) est le généraliste... Pour le reste, la littératie en santé devrait évidemment être développée dès l'école... Cependant, une question mérite d'être posée : voulons-nous, ce qui est le cas à lire certains écrits de professionnels de la (promotion de la) santé, un bon niveau de littératie pour que la population se soumette mieux aux prescriptions de la santé publique, du système de soins, en vue d'une meilleure prévention, d'une réduction des coûts des soins ?

Il s'agit là d'une vision utilitariste où on évoque des termes comme le 'rendement', l'efficacité, la baisse du recours aux soins, etc. Pourquoi pas, mais une autre possibilité est d'ouvrir le champ des choix possibles, y compris ceux que la



population pourrait privilégier pour son bien-être immédiat sans souci de sa santé 'physique', en privilégiant le court plutôt que le long terme. J'ai parfois l'impression d'une évocation incantatoire de la littératie en santé par certains

technocrates et responsables politiques. Il me semble qu'une approche de promotion de la santé pourrait aussi être de simplifier le système de santé plutôt que de le complexifier à l'excès : pensez à la multiplicité des dispositifs (et à leur

Le point de vue des deux mutualités partenaires de mongeneraliste.be

Le **D^r Alex Peltier**, membre de la Direction médicale de la MC, a souligné lors de la conférence de presse du 17 mars 2016 que « *L'offre d'informations dans le domaine de la santé a explosé avec internet mais elle est loin d'être de qualité. Nous sommes convaincus qu'il faut viser une performance informative qui soit compréhensible (adaptée au niveau d'éducation), pertinente (basée sur l'EBM), accessible à tous et suffisante (adaptée aux besoins de chacun). Le site 'mongeneraliste.be' répond à toutes ces exigences. Le patient peut mieux comprendre sa maladie et ses symptômes, se documenter en toute objectivité, lire des conseils qu'il n'aurait pas mémorisés dans le cabinet de son généraliste, préparer des questions en prévision de la consultation suivante...* » Et d'ajouter : « *Les soins de santé n'interviennent que pour 20 % dans l'état de santé des personnes. La situation socio-économique et le mode de vie sont bien davantage déterminants. Dans ce contexte, aider le patient à repérer, comprendre, évaluer*

et utiliser des informations qui lui permettront de mobiliser ses ressources personnelles et d'agir en faveur de sa santé est dès lors important. »

Quant au **D^r Pierre Baldewijns**, responsable du Service Promotion de la Santé à l'UNMS Solidaris, il a abordé la question suivante : le site contient-il réellement une information scientifiquement fondée, facilement accessible, simple sans être simpliste, et indépendante de tout intérêt commercial ? La conclusion de son analyse est que l'indépendance du site est visible dans la manière de concevoir les textes, tant dans la forme que le fond. Les médicaments sont positionnés à leur juste place, conformément aux recommandations scientifiques de prise en charge. Sur base de l'article consacré à la dépression, il a ainsi montré que la structure et les mots répondaient bien à une approche de promotion de la santé.

Ainsi, le lecteur est invité à « réfléchir » et « comprendre », à « chercher l'issue » (les titres ne parlant pas de « traitement »

ni même de « prise en charge »).

Pour « chercher l'issue », les médicaments sont une des pistes, à la fin, après « la psychothérapie et l'écoute adaptées ». Le rôle du traitement médicamenteux est précisé sans en faire LA solution : « *L'emploi de médicaments spécifiques – comme les antidépresseurs- s'impose parfois. Ils sont alors prescrits pour une durée de 6 mois au moins. Ils contribuent à atténuer les symptômes, à prendre un certain recul pour rendre la situation supportable, mais ils ne règlent pas les problèmes.* » L'approche tente d'être positive, sans minimiser le problème : « *L'entourage joue un rôle crucial... quand il ne minimise pas la maladie...* » : « *Les idées suicidaires... sont à prendre au sérieux...* ». Le message final ouvre une porte vers un avenir meilleur : « *Après avoir traversé la dépression, beaucoup de personnes la considèrent comme le signe d'une réaction saine qui les a amenés à s'interroger sur leur vie et à y apporter des changements positifs.* »

3. Voir 'La littératie en santé : comprendre l'incompréhension', par Pascale Dupuis, Éducation Santé n° 309, mars 2015, <http://educationsante.be/article/la-litteratie-en-sante-comprendre-lincomprehension/>

durée de survie très brève!), par exemple en matière de diabète : passeport diabète, trajet de soins, pré-trajet de soins depuis cette année, etc. Le tout avec des conditions que même les médecins les plus aguerris ont des difficultés à maîtriser. Faut-il condamner la population à intégrer de tels pensums ?

Pour citer un autre exemple, les médecins généralistes, les mutualités et mongeneraliste.be ont consacré du temps et des moyens à faire connaître le Dossier Médical Global+, qui

après 3-4 ans d'existence disparaît purement et simplement en 2016 ! Et je ne parle pas des entraves financières croissantes à l'accessibilité aux soins...

ES : Le site est-il interactif ? Propose-t-il des forums aux usagers ?

PT : Non, aucune possibilité de forums. C'est une question de moyens, mais surtout un choix 'idéologique' : rappelons que le site veut soutenir le dialogue et la relation patient/médecin, pas se substituer à eux !

ES : Comment voyez-vous l'avenir de mongeneraliste.be ?

PT : Je souhaite que le futur comité directeur de la SSMG continue à croire et à soutenir le projet comme l'équipe actuelle. J'espère aussi que progressivement, une équipe de jeunes médecins et journalistes prendra le relais et fera évoluer le site avec son époque. Enfin, il ne serait pas inutile que les pouvoirs publics soutiennent plus efficacement le site.

Le Service Prévention Tabac du FARES renforce sa présence en Wallonie

Propos de **Cédric Migard** recueillis par **Carole Feulien**

Le FARES (Fonds des Affections Respiratoires asbl) est une association sans but lucratif qui se consacre à la prévention du tabagisme, à la lutte contre la tuberculose et à l'information sur d'autres affections respiratoires chroniques. Si elle est présente partout en Belgique francophone depuis de nombreuses années avec ses Unités de secteur pour la tuberculose, le Service Prévention Tabac quant à lui ne disposait que d'une petite équipe bruxelloise très active. Récemment, celle-ci s'est vue renforcée de deux chargés de projets engagés pour mettre sur pied une nouvelle antenne wallonne, située à Namur. Éducation Santé a rencontré Cédric Migard, l'un des deux nouveaux engagés de l'antenne wallonne, pour en savoir plus...

Éducation Santé : Vous avez récemment été engagé pour développer l'antenne wallonne du Service Prévention Tabac du FARES. Quels sont les enjeux de cette nouvelle implantation ?

Cédric Migard, chargé de projets : Cela fait de nombreuses années que le Service Prévention Tabac du FARES est actif sur le territoire wallon, notamment en tant que coordinateur du Plan wallon sans tabac. Cependant, au vu de la récente réforme institutionnelle et du transfert des compétences santé, il est apparu important d'y renforcer sa présence par la mise en place, en juin dernier, d'une nouvelle antenne, située à Namur, au cœur de la région. L'objectif est bien sûr de renforcer l'ancrage du service en Wallonie et, à terme, de pouvoir répondre plus efficacement aux besoins des acteurs des secteurs de la santé, du social et de l'éducation œuvrant sur ce territoire.

ES : Quels types d'activités l'antenne namuroise développe-t-elle ?

CM : La présence de deux chargés de projets en Région wallonne permet de contribuer au développement des activités du service et à la création de nouveaux partenariats

locaux. Concrètement, nous répondons aux interpellations des acteurs de terrain en matière d'animations, d'accompagnements de projets, de concertation, etc. Récemment, par exemple, nous avons reçu une demande émanant d'un internat namurois, lequel souhaitait réaliser un travail de fond sur la problématique du tabagisme avec les 230 jeunes qui y séjournent. Nous avons imaginé un programme phasé sur six mois et permettant aux jeunes d'être eux-mêmes acteurs de la démarche de prévention en matière de tabagisme au travers d'un projet créatif, ludique et didactique.

Pour ce qui est des démarches de sensibilisation auprès du grand public, nous avons tenu un stand aux Fêtes de Wallonie à Namur et au Salon des 1001 familles à Marche-en-Famenne ou encore participé à un événement à Louvain-la-Neuve, en lien avec la santé dentaire, dans le cadre d'une collaboration avec Partenamut et la Société de Médecine Dentaire. Les activités et les sollicitations ne manquent pas au sud du pays ! Par ailleurs, nous continuons à renforcer notre ancrage au sein des secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie. De manière

générale, nous tentons d'atteindre par divers biais les publics fragilisés, et ce en ayant comme impératif la promotion de l'égalité des chances en matière de gestion du tabagisme.

Nous menons également des travaux de recherche, de sensibilisation et d'information que nous diffusons sous la forme d'articles. Nous avons sorti un papier sur la cigarette électronique, sujet hautement d'actualité au regard de la prochaine directive européenne et du dernier avis du Conseil Supérieur de la Santé. C'est aussi un sujet polémique qui se trouve à mon sens au centre de vrais enjeux en termes de santé publique. Plus récemment, nous avons travaillé à l'écriture d'un article d'information ayant pour objectif de proposer quelques clefs aux parents et grands-parents qui désirent aborder la question du tabagisme avec leurs enfants/petits-enfants.

Il y a aussi de nouvelles perspectives qui voient le jour. Nous sommes en train d'œuvrer à l'élaboration de projets avec des acteurs de la promotion de la santé et du secteur assuétudes afin de partager nos expériences et de renforcer les liens et la dynamique partenariale. Nous vous

en reparlerons certainement très bientôt...

Enfin, je dirais que notre présence sur le terrain permet au FARES de participer plus activement aux concertations, réseaux et groupes de travail dans la région, notamment au sein de la Fedito wallonne ou de la Plate-forme wallonne de promotion de la santé. Un effort de communication est en tout cas fait en ce sens.

ES : Des collaborations entre l'équipe de Bruxelles et celle de Namur sont-elles toutefois possibles ?

CM : Oui, il est très fréquent que nous collaborions, ne fût-ce que pour la réflexion de fond sur les projets que nous accompagnons. Ma collègue et moi, nous nous rendons à Bruxelles pour échanger avec nos collègues et profiter de leur expérience. Ensuite, nous rencontrons, parfois sans eux, les structures que nous accompagnons et travaillons à faire vivre le projet dans notre région. Nous sommes en contact permanent avec l'équipe de Bruxelles. En outre, un travail de communication assez conséquent sur les missions et activités du service est en cours et, pour ce faire, une véritable synergie avec l'équipe bruxelloise est nécessaire.



ES : De quel travail de communication s'agit-il ?

CM : Quand nous avons été engagés, nous éprouvons beaucoup de difficultés à cerner les missions du service, tant son champ d'action est large et varié. Nous ne voyions pas très bien comment communiquer vers l'extérieur sur ses actions, sans pouvoir nous-mêmes les décrire. Nous avons donc décidé tous ensemble de réaliser un support de présentation du service qui serait

destiné à la fois au travail de mise en valeur de la nouvelle antenne et à la diffusion d'informations claires sur nos activités lors des événements et actions auxquels nous prenons part.

Ce support reprend l'offre complète du Service Prévention Tabac du FARES, ses missions, ses projets et formations, les réseaux auxquels il est associé et les coordinations qu'il assure. Un focus particulier est également mis sur les

Les activités du Service Prévention Tabac du FARES

- L'appui aux professionnels-relais dans les secteurs de l'éducation, de la santé et du social dans une perspective de promotion de la santé. Le Service Prévention Tabac propose aux professionnels-relais des modules de formation/sensibilisation ainsi que des animations ou un soutien dans la mise en place de projets relatifs à la prévention du tabagisme auprès des jeunes, des familles, des futurs et jeunes parents, des publics fragilisés, etc. Il a aussi choisi d'aborder la question du tabagisme et de la gestion du poids en éditant un journal de bord (également disponible en ligne¹) destiné à accompagner dans leur projet d'arrêt les personnes fumeuses soucieuses de leur équilibre pondéral et de leur prise de poids. Par ailleurs, une formation est dédiée aux diététiciens et futurs diététiciens.
- Le développement de savoirs et

compétences en matière de gestion du tabagisme par les formations continuées à l'entretien motivationnel et en tabacologie à destination des intervenants du secteur de la santé. Le Service Prévention Tabac propose notamment d'informer, de sensibiliser et de former les intervenants du secteur psychiatrique et de la santé mentale, y inclus les équipes 107, par rapport au tabagisme de leurs patients. Ainsi, le service a développé une plateforme d'e-learning² consacrée à la gestion du tabagisme.

- L'orientation des fumeurs qui le souhaitent vers les structures de prise en charge dont il assure la coordination : Centres d'aide aux Fumeurs et réseau de tabacologues.
- La gestion du tabagisme/sensibilisation de publics dans divers lieux de vie : depuis plusieurs années, le service a développé une vaste campagne³ de sensibilisation

auprès du grand public visant à promouvoir l'information relative au remboursement des consultations de tabacologie et aux différentes alternatives d'accompagnement des fumeurs. Cette campagne se traduit par divers dépliants, outils et supports promotionnels, par des séances de sensibilisation et des groupes de parole. Par ailleurs, des supports et outils ont été créés afin de sensibiliser spécifiquement futurs et jeunes parents aux risques du tabagisme passif.

- La coordination de différents réseaux : Hôpitaux sans tabac, Plan wallon sans tabac, etc.
- L'appui documentaire en tabacologie et prévention du tabagisme via son centre de documentation, l'édition de dépliants d'information, de publications, d'articles spécialisés, etc.

1. Voir <http://www.fares.be/fr/brochure-cahier/carnet-de-voyage-tabac-et-poids/>

2. Voir www.elearning.fares.be

3. « Arrêter de fumer, réduire sa consommation, c'est possible pour tous ! ». Voir aussi www.aideauxfumeurs.be

actions de promotion de la santé menées en son sein. Cet outil a demandé une implication active de l'ensemble de l'équipe wallonne et bruxelloise. En effet, un travail particulier de mise en commun des projets du service et un recentrage sur les missions de base de celui-ci ont été nécessaires.

Ce document a été diffusé via un mailing au contenu personnalisé adressé aux acteurs institutionnels et relais de l'éducation, du social et de la santé en Wallonie. Dans la même optique, une adaptation de la partie 'Tabac' du site internet du FARES a été effectuée, afin de mettre en cohérence les différents supports

de communication. Plus concrètement, il s'agit de structurer de manière similaire le site internet et le dépliant de présentation, dans un souci de transparence et de clarté vis-à-vis du public. Nous espérons que tout ce travail permettra à notre public de mieux cerner la large palette d'activités que nous pouvons proposer.

RÉFLEXIONS

Activité physique et longévité

Guy Adant, enseignant honoraire Haute École Condorcet (Tournai)

« *Lo màs importante es vivir* » (Federico Garcia Lorca)

C'est une constante à toutes les époques. L'homme a cherché à se libérer des conséquences inéluctables du vieillissement en essayant de découvrir les clés qui lui permettraient de reculer les frontières de la sénescence, voire de s'en libérer.

On sait grâce à Lalonde (1974) qu'il y a quatre déterminants principaux pour la santé : les habitudes de vie, les facteurs d'environnement, les facteurs biologiques et le système de santé. Dever (1975) a calculé un pourcentage pour chacun de ces facteurs : les habitudes de vie interviennent pour 43 %, l'environnement 19 %, les facteurs biologiques 27 % et le système de santé pour un modeste 11 %.

La prévention primaire est donc essentielle et pourtant elle reste un parent pauvre ; les dépenses annuelles relatives à la prévention en France sont estimées entre 2,3 à 6,4 % des dépenses globales (Chambaud, 2008). Or, comme le souligne le généticien Axel Kahn (2015) : « (...) il y a énormément d'éléments fondamentaux qui font une vie humaine qui ne sont pas inscrits dans nos gènes (...) aujourd'hui, une grande partie des déterminants d'une maladie, c'est le style de vie et les comportements à risque ».

C'est dans les gènes ?

La prévention primaire englobe un ensemble d'éléments non médicaux : principalement socioéconomiques, culturels, écologiques, politiques ; elle n'est pas étroitement liée à l'industrie médico-pharmaceutique, par conséquent elle ne génère pas ou très peu de business ; elle est globale et sa complexité n'entre pas dans les modèles à causalité linéaire classique en vogue dans le modèle médical traditionnel.

Par ailleurs, les mesures de prévention primaire impliquent très souvent une profonde remise en cause des comportements et des modèles socioéconomiques et culturels dominants.

Ce n'est pas le nombre croissant de personnes âgées qui est remarquable, c'est aussi qu'une petite partie d'entre elles est capable de vivre très longtemps en bonne santé.

La longévité humaine résulte de facteurs multiples et intriqués. Le sens commun tend habituellement à donner à la génétique une part dominante. Gierman et al. (2014) ont analysé le séquençage du génome de 17 hypercentenaires et n'ont trouvé aucune caractéristique génétique particulière dans cet échantillon qui pourrait expliquer leur longévité extrême alors que cette étude a détecté que deux des sujets, âgés de 110 ans, étaient porteurs d'une mutation pathogène.

Fort heureusement donc, l'être humain n'est pas déterminé essentiellement par ses gènes comme les plus récents travaux en épigénétique le montrent. Les habitudes de vie, dont l'activité, modulent l'expression des gènes en activant une

enzyme, ce qui allonge les télomères qui ont pour fonction de protéger le matériel génétique. Le raccourcissement des télomères mène à la sénescence, l'apoptose ou à la transformation cellulaire oncogénique (Ornish, 2008 ; Cassidy et al., 2010, Sun et al., 2012). Shamas (2011) citant d'autres travaux, souligne que les athlètes possèdent des leucocytes avec un haut de degré d'activité de télomérase et une réduction réduite de leurs télomères comparés à des sujets non-athlètes.

L'espérance de vie n'est pas tout

« *L'âge de la conquête de l'étendue de la vie* » (Vaupel, 2001) est apparu entre 1950 et 1960 dans les pays développés et se traduit par un nombre toujours plus important de personnes qui atteignent un âge respectable. Ce n'est pas le nombre croissant de personnes âgées qui est remarquable, c'est aussi qu'une petite partie d'entre elles est capable de vivre très longtemps en bonne santé et de vaquer à leurs occupations. Ce sont ces personnes qui nous intéressent ici car elles peuvent servir de modèles. Les centenaires vivent dans des conditions variées. On trouve des personnes très fragiles avec des polyopathologies et d'autres sans maladies particulières ni troubles cognitifs. Selon l'Italian Multicentric Study on Centenarians (IMUSCE), les centenaires peuvent être classés en trois groupes selon leur statut psychologique, physiologique et leur autonomie. Dans le

groupe A qui comprend 20 % des centenaires, on rencontre des personnes en bonne santé ; le groupe B qui représente 34 % d'entre eux a un statut intermédiaire alors que le groupe C soit 46,6 % souffre d'une mauvaise santé (Vacante et al. 2012).

En étant optimiste, on peut dire, à partir de ces chiffres, que plus de la moitié des centenaires dispose d'une relative bonne santé.

Il ressort des observations de centenaires et d'hypercentenaires (> 110 ans) dans plusieurs régions du monde appelées *Blue Zones* qu'un ensemble d'habitudes de vie assez semblables est propice à la santé et à la longévité.

Ces personnes vivent en Sardaigne dans la province de Nuoro, dans l'île d'Ikaria en Grèce, dans l'archipel de Ryukyu (Okinawa) au Japon, dans la presqu'île de Nicoya au Costa-Rica et dans la ville de Loma-Linda en Californie. L'île grecque d'Ikaria n'a-t-elle pas été présentée par le New York Times en 2012 comme « l'île où les gens oublient de mourir » ?

Dans ces *Blue Zones*, ces personnes âgées et très âgées ont en commun la pratique d'une activité régulière modérée à intense tout au long de leur vie, un régime alimentaire à dominante végétale ainsi qu'une vie familiale et communautaire riche.

Activité physique, santé, longévité

L'exercice physique et l'activité physique, bien que très proches, ne répondent pas aux mêmes définitions. On définit l'activité physique comme n'importe quel mouvement physique produit par les muscles squelettiques qui aboutissent à des dépenses énergétiques. L'activité physique concerne les mouvements produits dans le domaine professionnel, les activités de loisirs, les activités instrumentales de la vie quotidienne, les activités quotidiennes et les activités sexuelles. Quelques rares mouvements sont également présents au cours des activités de repos (sommeil, rêveries, méditation, relaxation). L'exercice physique est un sous-ensemble de l'activité physique. L'exercice est planifié, structuré, répété et a pour objectif l'entretien ou l'amélioration de la forme physique (Caspersen et al. 1985).

Chacun sait maintenant ou presque que l'activité physique régulière réduit les risques majeurs de mortalité : hypertension, dyslipidémie, diabète de type 2, maladie coronarienne, accident vasculaire cérébral, cancer dans une proportion



de 30 à 35 % et aussi pour toutes causes de mortalité par rapport à des individus inactifs (Reimers et al. 2012).

Ne pas fumer, avoir un poids normal, disposer d'une bonne condition physique, manger sainement, consommer l'alcool avec modération procurent 14 ans de vie supplémentaire par rapport à des sujets qui ne respectent pas ces habitudes de vie (Khaw et al. 2008).

Dans une étude de cohorte finlandaise, des jumeaux ont été suivis et classés en individus pratiquant peu l'activité physique (sédentaires) et individus physiquement actifs. Les conclusions de cette étude suggèrent que l'activité physique est associée à une réduction de 44 % de la mortalité indépendamment de facteurs génétiques ou confondants (Kokkinos et al. 2011).

Vive le mouvement

Pour être protectrice, l'activité physique doit être modérée durant 2,5 h/semaine et intense durant 1,25 h/semaine. Une activité physique est considérée comme modérée si on est capable de parler, mais pas de chanter ; elle est intense si on peut dire quelques mots sans avoir le souffle coupé. Une activité physique comme la marche rapide 75 min/semaine offre un gain de 1,8 an d'espérance de vie après 40 ans comparée à une absence d'activité. Des gains d'espérance de vie allant jusqu'à 4,2 ans sont obtenus grâce à des activités plus intenses (450 min/semaine de marche rapide) (Moore et al. 2012).

L'étude d'Ikaria a révélé que la population âgée de l'île où la longévité est exceptionnelle, montre une prévalence élevée de facteurs de risques cardiovasculaires, mais que l'activité quotidienne régulière sur cette île montagneuse protège des maladies cardiovasculaires, de l'obésité,

de l'hypertension et du diabète de type 2 (Stefanadis, 2011).

Sur cette île, 9 hommes sur 10 et 7 femmes sur 10 maintiennent quotidiennement des activités occupationnelles ce qui est un niveau d'activité supérieur à une population comparée dans l'étude MEDIS qui a étudié 1500 personnes de plus de 65 ans dans 8 îles grecques et à Chypre (Panagiotakos, et al. 2011).

Bonne pour le mental

L'activité physique possède aussi des effets positifs pour la santé mentale et la qualité de la vie. L'activité physique régulière protège le cerveau au niveau de l'hippocampe, du cortex moteur, du tronc cérébral et du cervelet. Chez l'individu de plus de 65 ans il s'agit toujours d'activités modérées alors que l'activité physique intense non seulement augmente le risque de fracture, le stress oxydatif et est pro-inflammatoire (Dato et al. 2013).

À l'inverse, selon l'étude de Lee et al. (2012), l'inactivité physique est responsable de 6 à 10 % des maladies chroniques (diabète de type 2, cancers du sein et cancer colorectal), des maladies cardiovasculaires et de 9 % de la mortalité précoce dans le monde.

Il a été démontré que l'activité physique réduit le déclin cognitif lié à l'âge : dans les études d'intervention, l'augmentation des capacités cardiorespiratoires (estimées en VO2max) est associée à une réduction de la perte de substances grise et blanche dans le cortex frontal, préfrontal et temporal des sujets âgés étudiés. Les améliorations cognitives sont plus importantes quand l'activité physique sollicite l'attention et les fonctions exécutives, mais, simultanément, les effets



de l'activité physique augmentent également les cognitions indirectement en améliorant l'état de santé général (gestion du stress, sommeil) et en réduisant l'impact des maladies cardiovasculaires (Bherer, 2013). Comme l'indique l'étude de Buchman et al.

(2012), un haut niveau d'activités quotidiennes est associé à un risque réduit de maladie d'Alzheimer. Il s'agit d'une association d'activités physiques, cognitives et sociales. Ce constat est indépendant de l'état moteur fonctionnel, du BMI, de symptômes dépressifs, de maladies

chroniques, des risques vasculaires et du statut de l'allèle APOE4.

Sur 535 individus âgés étudiés de 65 à 100 ans (moyenne d'âge 75 ans) sur l'île d'Ikaria, 472 (88 %) montraient des fonctions cognitives normales. Les habitants de cette île sont très actifs et l'activité physique régulière est associée à un risque diminué de démence à cause de ses effets protecteurs sur les endothéliums vasculaires (Chrysohoou et al. 2012).

Des bienfaits du jardinage et du 'travail à domicile'

Le jardinage ou les activités apparentées sont très présents chez les personnes âgées qui vivent dans les *Blue Zones* et ces activités, exercées à l'extérieur, contribuent à maintenir leur forme physique et mentale. Le jardinage comme activité physique traditionnelle allie l'activité physique modérée à intense à la production de légumes sains. Cette activité apporte aussi des effets intéressants pour la santé mentale, la qualité de la vie et les échanges humains.

La plupart des études se focalisent sur l'activité

Des initiatives concrètes en Fédération Wallonie-Bruxelles

La pratique physique et sportive pour les seniors en Wallonie et à en Région bruxelloise est organisée par divers organismes associatifs ou encore communaux.

Tout d'abord, vous trouvez l'asbl *énéoSport*, association sportive multisports de loisirs pour les seniors, unique association de ce type reconnue par l'Adeps, l'Administration de l'Éducation physique et des Sports.

L'association *énéoSport* regroupe à ce jour 17 500 membres et propose pour la Wallonie et Bruxelles plus de 600 activités sportives dispensées dans près de 550 clubs gérés par et pour les aînés.

L'asbl *énéoSport* est partenaire d'Énéo asbl, mouvement social d'aînés qui organise également une foule d'activités non sportives à destination des plus de 50 ans.

Pour plus d'infos : www.eneosport.be.

Courriel : info@eneosport.be

Tél. : 02 246 46 73

Notez aussi que le pendant néerlandophone d'*énéoSport* est l'asbl *okrasport* qui propose elle aussi une foule d'activités physiques

et sportives pour les plus de 55 ans :

<http://www.okrasport.be>.

Parallèlement à l'asbl *énéoSport*, d'autres associations proposent aussi des activités physiques et sportives en Communauté Française orientées spécifiquement pour les plus de 50 ans comme par exemple *Espace Seniors* : www.espace-seniors.be.
Tél. : 02 515 02 73.

Nous pouvons mentionner également l'asbl *Gymsana* qui développe quant à elle, des activités physiques douces de type gymnastique sur chaises, gymnastique pour prévenir les chutes ainsi que des activités destinées à un public souffrant de la maladie d'Alzheimer. Ces activités se déroulent tant en Wallonie qu'à Bruxelles : www.gymsana.be.

Courriel : info@gymsana.be.

Tél. : 0492 73 05 68.

En région bruxelloise plus spécifiquement, plusieurs communes, services des sports ou seniors proposent des activités physiques et sportives pour les plus de 50 ans, principalement dans les communes

suivantes : Uccle, Koekelberg, Ixelles, Ganshoren, Etterbeek, Berchem-Ste-Agathe ou encore Bruxelles-ville. Pour plus d'infos, contactez votre administration communale.

Par ailleurs, existe également l'asbl *S'Académie*, présente quasiment dans chaque commune de la région bruxelloise.

Courriel : sacademie@fmsb.be.

Tél. : 02 546 14 94.

Nous pouvons encore citer la Fédération indépendante des seniors (FIS), qui organise quelques activités sportives.

Courriel : fedindseniors@skynet.be.

Tél. : 02 223 10 00.

Enfin, l'Adeps organise également elle-même certains stages sportifs destinés aux plus de 50 ans en Belgique ou en France.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur le site de l'Adeps : <http://www.sport-adepts.be/index.php?id=5950>.

Courriel : adepts-info@cfwb.be.

Tél. : 02 413 25 00.

Aurore Devos,

Coordnatrice fédérale *énéoSport*

physique durant les exercices et les activités de loisirs, mais peu sur les activités domestiques qui sont les activités principales des personnes âgées dans une grande partie de la population dans le monde. Les activités domestiques contribuent pour 35,2 % des dépenses énergétiques totales comparées aux 5,2 % des activités physiques des personnes âgées de 65-74 ans aux U.S.A. et en Grande-Bretagne. Elles représentent 4 à 11 fois plus de dépenses que les activités physiques de loisir. Autrement dit, cela constitue 82 % de l'activité quotidienne des femmes. La mesure de ces activités dans une population de 876 personnes de 1996 à 2004 à Taiwan peut être un facteur prédictif de mortalité. Les personnes qui s'y engagent ont un taux de mortalité réduit (Lin et al. 2011).

La réduction de mortalité estimée par Arrieta & Russell (2008) est de l'ordre de 34 à 38 % pour des personnes âgées de 60 à 74 ans.

Rien de tel que la modération

À l'image des individus âgés observés dans les *Blue zones* où quasi personne ne pratique ni exercices physiques ni activités sportives, en termes d'objectifs réalistes de santé publique, il est probablement préférable d'encourager des activités physiques non structurées et simples comme la marche, le vélo, le jardinage et même les activités domestiques qui seront perçues comme des activités physiques à la fois accessibles et modérées et, pour certaines, perçues comme plaisantes ; elles s'inscrivent facilement dans le contexte de vie des gens

surtout pour des personnes sédentaires, obèses ou âgées (Shephard, 1997).

Pour conclure, on peut affirmer que l'activité physique au sens large est une habitude de vie à encourager pour le maintien de la santé globale et de la longévité, même en présence de maladies liées au vieillissement. L'activité physique régulière est un comportement modifiable. Il n'est jamais trop tard pour changer...

Il serait réducteur de penser que l'activité physique peut à elle seule expliquer la longévité. Les facteurs mis en cause sont nombreux et en interaction. Mais bouger au cours d'activités variées est un élément substantiel !

La version longue de cet article et sa bibliographie sont consultables sur le site de la revue.

LOCALE BRUXELLES

Le programme organisé de dépistage du cancer du sein à Bruxelles

Observatoire de la santé et du social Bruxelles

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 69 ans a été mis en place en Région bruxelloise depuis juin 2002 et est mis en œuvre par l'asbl Centre bruxellois de coordination pour le dépistage du cancer du sein *Brumammo*. L'Observatoire a publié fin 2015 un quatrième rapport qui analyse les données du programme entre 2009 et 2013.

Fin 2013, 32 unités radiologiques sont agréées à Bruxelles, dont 30 fonctionnent en numérique et 2 en analogique ; environ 54 radiologues sont actifs dans la lecture des mammotests.

Depuis 2010, *Brumammo* met progressivement en place une gestion numérique globale de l'imagerie médicale, des données administratives et des protocoles de lecture des radiographies. Les délais d'attente pour les femmes désireuses de participer au programme diffèrent selon les unités : il faut entre 2 jours et 6 semaines pour obtenir un rendez-vous.

Depuis 2010, les actions d'information et de sensibilisation ont été très limitées. Au vu de l'évolution du débat sur l'importance d'informer correctement les femmes sur les avantages et inconvénients du dépistage, partant des outils existants, il pourrait être utile de développer

ou de mettre à disposition des outils de communication adaptés aux différents publics cibles bruxellois. Le travail du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) sur le sujet peut servir de base de travail.

Les chiffres du cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme : les 930 tumeurs invasives diagnostiquées chez les Bruxelloises en 2012 représentent plus d'un tiers des cancers féminins. En 2012, le taux d'incidence brut est de 157,8/100 000. Ce taux diminue depuis 2004 et après standardisation pour l'âge, il devient, à partir de 2011, intermédiaire entre l'incidence mesurée en Wallonie et celle en Flandre. L'incidence diffère selon l'âge, 45 % des cancers du sein surviennent entre 50 et 69 ans.

L'incidence est plus élevée dans les communes du sud-est de la région ainsi qu'à Ganshoren et Jette, reflétant en partie la distribution inégale des facteurs de risque et des facteurs protecteurs vis-à-vis du cancer du sein et probablement aussi la meilleure couverture du dépistage.

Le cancer du sein est la première cause de décès par cancer chez la femme et également la première cause de décès prématuré féminin. En 2013, 208 Bruxelloises sont décédées d'un cancer du sein, ce qui représente 18,5 % des décès par cancer et 4,2 % de l'ensemble des décès.

En 2013, le taux de mortalité brut par cancer du sein est de 35/100 000. Depuis le milieu des années 80, ce taux diminue. Le taux de mortalité des Bruxelloises âgées de 25 ans ou plus (67,9/100 000), est supérieur à celui en Flandre (55,2/100 000)¹.

¹ Données standardisées pour 2011.

Le risque de décéder d'un cancer du sein augmente avec l'âge. La mortalité par cancer du sein n'est pas significativement différente entre les clusters socioéconomiques des communes bruxelloises.

Les chiffres du dépistage

En 2012-2013, 107 681 invitations ont été envoyées, ce qui représente 93,9 % des femmes de 50-69 ans inscrites au Registre national et affiliées à un organisme assureur (en 2009-2010, 104 583 invitations avaient été envoyées soit 97,1 % de la population cible) : le taux d'invitation a donc légèrement diminué.

En 2013, 6 034 Bruxelloises ont effectué un mammotest dans une unité radiologique à Bruxelles. Le taux de couverture par mammotest est stable depuis 2009-2010, il varie entre 9,9 et 10,7 %. Même si on ajoute le taux de dépistage par mammographie hors programme organisé (42,7 % en 2011-2012), la proportion de femmes bénéficiant d'un dépistage est d'environ 53 %, ce qui est inférieur au taux de 70 % recommandé au niveau européen.

En 2013, 70,8 % des femmes qui font un mammotest subséquent le font dans les trois ans après le précédent ce qui est le délai recommandé par l'Europe ; 52,9 % le font après 21 à 27 mois (recommandation en Belgique : 24 mois).

Sur dix femmes participantes, environ six femmes adhèrent au programme sur base d'une invitation, trois sur base d'une prescription d'un médecin et une apporte à la fois une invitation et une prescription. Les principales raisons qui poussent les femmes à réaliser une mammographie sont les conseils de leur médecin généraliste ou de leur gynécologue. Le mammotest est plutôt recommandé par le généraliste et la mammographie hors programme par le gynécologue.

En 2012-2013, 75 % des résultats sont envoyés dans les 16 jours, soit deux jours de plus qu'en 2009-2010. Cette augmentation est en partie due à la forte augmentation du nombre de troisième lecture qui atteint 24,6 % des mammotests contre 13 % en 2009-2010 et 3 % en Flandre en 2013.

En 2012-2013, 13,4 % des femmes sont rappelées pour des examens complémentaires que ce soit pour un mammotest positif (11,3 %), pour des seins denses (2,1 %) ou une mammographie ininterprétable. C'est 1 % de moins qu'en 2009-2010, mais ce taux reste loin au-dessus des normes européennes. Le changement d'algorithme décisionnel en 2011 a eu pour conséquence

une diminution du rappel pour échographie pour sein dense, mais, en parallèle, il y a eu une augmentation des mammotests positifs, notamment en raison du passage au numérique (visibilité de petites lésions, absence d'anciens clichés). En 2009-2010, on détecte 6,9 cas de cancer pour 1 000 femmes dépistées lorsqu'il s'agit d'une première participation (mammotest initial) ; 36 % de ces cancers sont des cancers invasifs avec un stade II ou plus. Pour les participations ultérieures (mammotests subséquents), le taux de détection est de 6,0 pour 1 000 ; 34 % de ces cancers sont des cancers invasifs de stade II ou plus (valeurs corrigées pour la population standard mondiale). Les chiffres relatifs au mammotest initial sont influencés par le nombre important de femmes bruxelloises qui ont déjà réalisé une mammographie diagnostique avant de participer au programme organisé. Ce qui veut dire qu'une part significative des mammotests initiaux sont en fait des mammotests subséquents.

Évolution du programme

Ce quatrième rapport fait le point après 11 années de dépistage organisé du programme bruxellois. L'incidence du cancer du sein invasif en Région bruxelloise est stable voire légèrement à la baisse au cours des dix dernières années. Le cancer du sein reste le cancer qui touche le plus de femmes en Belgique et en Région bruxelloise. L'incidence et la mortalité par cancer du sein en Belgique et en Région bruxelloise se situent dans le tiers le plus élevé parmi les pays européens.

Les inégalités entre les communes en termes d'incidence et de mortalité observées dans le précédent rapport s'amenuisent. Cette diminution apparente du gradient social, en termes de mortalité notamment, peut être liée à différents facteurs dont l'évolution du profil de la population bruxelloise dans les communes et à l'absence de données plus fines pour identifier les groupes sociaux à risque.

Depuis le round 2009-2010, quelques changements ont eu lieu.

L'algorithme décisionnel menant au résultat du mammotest a été simplifié et a entraîné une diminution du taux de rappel pour échographie pour sein dense, ce qui était l'effet recherché, au prix cependant d'une augmentation importante du nombre de troisième lectures. Le taux de rappel global du programme est cependant resté stable car le taux de rappel pour résultat positif a, lui, augmenté.

L'analyse des données de diagnostic et de remboursement complète utilement les données

de dépistage. Le couplage des données du programme avec le Registre du cancer a permis de développer les analyses de la performance du programme. Par ailleurs, l'Agence Intermutualiste (IMA) a progressé dans la caractérisation des femmes non-participantes.

Forces et faiblesses du programme

Toute la population cible des femmes de 50 à 69 ans est invitée depuis 2006 et le fichier est mis à jour régulièrement avec les données de la banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS). Depuis le changement de protocole en 2011, moins de femmes sont rappelées pour une échographie, mais en plus grand nombre pour une image douteuse. Le taux de rappel reste très élevé comparativement à la Flandre. La plupart des unités agréées pour le dépistage sont passées aux examens en format numérique et échangent des données par voie électronique avec *Brumammo*. Ce dernier assure un suivi de la qualité technique des examens réalisés. La fiabilité de la connectivité entre les systèmes doit encore s'améliorer et la performance de ce nouveau système ne sera complète que lorsque les clichés antérieurs seront disponibles pour tous les radiologues impliqués. Ce dernier point devrait permettre de diminuer le taux de rappel. Le taux de couverture totale (53 % en 2011-2012) et par mammotest ne s'est pas amélioré. Environ 10 % des femmes invitées participent au programme organisé (réalisent un mammotest). La plupart des Bruxelloises qui participent au dépistage le font toujours via la mammographie dite opportuniste et facturée comme un examen diagnostique. En particulier, les gynécologues consultés par les Bruxelloises réfèrent principalement vers la mammographie. Le nombre de femmes qui pratiquent un surdépistage (plus d'une fois tous les deux ans) n'est pas connu en Région bruxelloise. Le taux de rappel total (examen positif et échographie pour sein dense) des femmes ainsi que le taux de troisième lectures sont élevés et des mesures supplémentaires devraient être mises en œuvre pour les réduire. La proportion de femmes informées de leur résultat dans les 21 jours devrait être améliorée et mieux évaluée.

Perspectives pour le programme

Brumammo compte poursuivre les efforts d'amélioration de la qualité du dépistage

par la mise sur pied d'un feedback aux radiologues deuxièmes/troisièmes lecteurs sur la performance globale et individuelle des examens réalisés grâce au suivi des femmes dépistées. Ce feedback se basera notamment sur le couplage des données du programme avec celles du Registre du cancer.

À l'instar de ce qui se fait en Flandre et en Wallonie, *Brumammo* souhaite la mise sur pied de listes d'exclusion permettant de ne pas inviter les femmes qui ne sont pas éligibles, par exemple lorsqu'elles ont déjà un cancer du sein diagnostiqué.

D'un point de vue technique, les centres de dépistage agréés qui travaillent encore en analogique devraient rapidement passer au numérique et la mise à disposition de manière fluide des nouveaux et des anciens clichés devrait être accélérée.

Le processus d'évaluation du programme bruxellois se doit d'évoluer et certains indicateurs devront probablement être intégrés dans le prochain rapport tel que le surdépistage, le délai entre l'envoi des résultats et la mise au point complémentaire voire la prise en charge.

Le défi d'une politique bruxelloise de prévention

Au vu de la polémique persistante sur la pertinence du dépistage, les professionnels de santé doivent offrir un message clair et équilibré sur les avantages et inconvénients du dépistage. Le dépistage opportuniste en dehors du programme ne doit pas être oublié dans cette discussion. Partant des travaux du KCE, une série d'outils répondant aux besoins du terrain devraient être développés.

La sensibilisation des femmes non-participantes devrait faire l'objet d'un effort actif. Les recherches de l'IMA sur les non-participantes montrent que la première ligne de soins pourrait jouer ici un rôle privilégié. Un projet pilote existe en Flandre et pourrait également être testé en Région bruxelloise.

Les acteurs bruxellois du dépistage du cancer du sein ont élaboré en 2010 un Plan stratégique pour l'information et la sensibilisation au programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise en direction du public cible et des professionnels de santé, plan qui n'a pas été mis en œuvre.

Il est urgent de clarifier la structure qui aura pour mandat d'assurer que tous les Bruxellois puissent

bénéficier des interventions de prévention et de promotion de la santé basées sur les évidences scientifiques (dont le dépistage des cancers du sein et du colon), et de coordonner les actions dans le respect des compétences de chacune des entités fédérées compétentes pour la santé en Région bruxelloise.

Des efforts significatifs ont été faits sur le plan de la numérisation et de la qualité technique depuis 2011. Cependant, en termes de participation et de taux de rappel, peu de progrès ont été enregistrés. La définition claire des responsabilités en termes de politique de prévention en général et de dépistage des cancers en particulier « au service de tous les Bruxellois » reste à ce stade un élément clé nécessitant une action politique forte et cohérente pour faire avancer le programme de dépistage du cancer du sein en particulier et la santé des Bruxellois en général.

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune, avenue Louise 183, 1050 Bruxelles.
Tél. : 02 552 01 89

Courriel : observat@ccc.irisnet.be.
Internet : www.observatbru.be.

OUTILS

La vie c'est trop mortel

Description

Matériel

Guide pédagogique, de 59 pages (PDF).

Concept

Pour familiariser les adolescents au thème de la mort et ainsi leur apporter des compétences qui les aideront à faire face aux deuils qu'ils vivront inévitablement au cours de leur vie, les associations de soins palliatifs ont choisi de donner au monde scolaire la possibilité d'amorcer avec les adolescents une réflexion sur ce sujet délicat.

Fruit d'un travail interdisciplinaire, cet outil donne des repères aux enseignants des étudiants du troisième degré de l'enseignement secondaire pour créer un temps de réflexion sur la mort dans un espace commun de rencontres.



Objectifs

- Prendre du recul par rapport à ce qui arrive ou peut arriver (en situation de crise ou en dehors);
- Soutenir l'esprit critique afin de mieux se situer dans ses conceptions subjectives et aller à la rencontre de celles des autres avec ouverture et respect;
- Stimuler la réflexivité en groupe, pour favoriser le bien vivre ensemble.

Conseils d'utilisation

Les repères sont proposés en quatre parties et un résumé est épinglé au début de chaque chapitre : repères psychologiques, repères culturels, repères législatifs et repères pédagogiques. Dans les repères pédagogiques, des fiches décrivent des activités à organiser en classe. Vous trouverez d'autres activités pédagogiques sur le site www.soinspalliatifs.be.

Une bibliographie ainsi qu'une liste d'associations et des ressources documentaires sont fournies en fin de dossier.

Bon à savoir

Cet outil a été réalisé par la Fédération Wallonne des Soins Palliatifs (FWSP) et la participation des plates-formes de son territoire, avec le soutien de la Wallonie et de la Province de Liège.

Où trouver l'outil

Chez l'éditeur : Plate-forme des Soins Palliatifs en Province de Liège asbl, Bd de l'Ourthe 10-12, 4032 Chênée. Tél. : +32 (0)4 342 35 12.

Courriel : liege@palliatifs.be.

Internet : <http://www.soinspalliatifs.be/>

Dans les centres de prêt des centres locaux de promotion de la santé de Liège, Verviers, Huy-Waremme, Mons-Soignies, Namur, du Brabant wallon, du Hainaut occidental, de la province de Luxembourg, ainsi qu'à Cultures&Santé et au Centre de ressources documentaires provincial de Namur.

L'avis de PIPSa (www.pipsa.be)

La Cellule d'experts de PIPSa a accordé la mention 'coup de cœur' à cet outil en 2015.

Appréciation globale

Ce dossier pédagogique fournit une matière étoffée, diversifiée, pertinente et formatrice pour le lecteur.

Il permet de parler de la mort, à partir des représentations de celle-ci, dans une vision naturelle/normale (vieillesse, accident, maladie...)

comme faisant partie de la vie. On y trouve beaucoup de précautions et de délicatesse, à la fois dans la façon de voir la mort et dans les recommandations pour la mise en place de l'outil. Ainsi, il évite prudemment d'engager le débat sur l'attractivité de la mort pour les adolescents et sur leurs prises de risques.

Les pistes pédagogiques, adaptées aux rythmes, temps et objectifs scolaires, sont simples à mettre en place, variées, attractives et adaptées au monde enseignant. Elles s'utiliseront en prévention, hors situation de crise.

Les supports renseignés nécessaires aux différentes activités ne sont pas fournis (vidéos, chansons, photo-expression...), mais sont soit disponibles en téléchargement gratuit, soit accessibles via des centres de documentation.

Objectifs

- S'interroger sur la mort.
- Donner des repères aux enseignants pour aborder le thème et ouvrir le débat.

Public cible

16-20 ans.

Utilisation conseillée

- Pour les formations des aides-soignantes ;
- En tandem avec le relais PSE/PMS ;
- Le tableau comparatif des cultures et rites funéraires offre une porte d'accès originale pour un projet multiculturel ;
- En cas d'impression du dossier pédagogique, veillez à bien calibrer votre imprimante pour obtenir une dimension de page lisible.

DONNÉES

Sexualité des ados : amour, expérience et assertivité

Julie Luong

Depuis 1997, l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) mène périodiquement une vaste enquête épidémiologique sur la santé des jeunes scolarisés dans la province. Une partie de cette enquête est systématiquement consacrée à une thématique spécifique : comme en 2002-2003, durant l'année scolaire 2009-2010, c'est celle de la sexualité qui a été abordée avec quelque 1200 jeunes de 10 à 17 ans.

Il en ressort un instructif état des lieux qui révèle l'évolution des connaissances, des représentations et des pratiques, mais aussi les lacunes persistantes sur certaines questions de sexualité et de contraception. Autant de constats qui doivent aider les professionnels – et notamment les points appuis EVRAS (Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle) – à orienter leurs actions.

Toute première fois

Les jeunes semblent de plus en plus exposés – y compris involontairement – à la sexualité via internet. 29 % d'entre eux déclarent ainsi avoir déjà reçu des images ou des textes dérangeants à caractère sexuel via leur messagerie

instantanée, leurs e-mails ou spams, les publicités, les pop-up ou les réseaux sociaux. Si l'existence de ces abus via internet influence sans doute leur vision de la sexualité et rend plus que jamais nécessaire le dialogue avec les adultes, l'âge moyen du premier rapport sexuel ne semble pas avoir été avancé de manière significative au cours des dernières années. En 2010, environ 35 % des jeunes de 16 ans déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels. Si beaucoup de garçons estiment qu'il y a un âge idéal pour les premières relations sexuelles (15-16 ans), les filles évoquent aussi bien une situation (« quand on se sent prête » ou « le mariage ») qu'un âge (17-19 ans). Il est par

ailleurs frappant de constater que les raisons sentimentales sont toujours considérées par les jeunes comme la meilleure raison de franchir le pas. Tant dans l'enquête de 2003 que de 2010, « l'amour » est évoqué par 90 % des jeunes comme motif pour une première relation sexuelle. 84 % des jeunes sont par ailleurs d'accord avec l'affirmation « c'est important d'aimer quand on a une relation sexuelle » (94 % des filles contre 76 % des garçons).

53 % des jeunes déclarent aussi que « faire l'amour est une preuve d'amour ». Si la distinction entre sentiments et sexualité semble donc peu présente chez les adolescents, il est néanmoins significatif que chez les filles de 16 ans, le fait

d'être d'accord avec cette dernière affirmation ait nettement diminué de 2003 à 2010, passant de 64 % à 49 %, ce qui rapproche leur perception de celle de leurs homologues masculins.

Neuf jeunes sur dix se disent par ailleurs capables de choisir leur partenaire et d'attendre de se sentir prêts pour avoir une relation sexuelle.

En revanche, seuls sept jeunes sur dix se disent capables de prendre l'initiative d'une relation sexuelle et d'exprimer comment le/la partenaire peut faire plaisir sexuellement (47 % des filles et 62 % des garçons), ce qui ne surprend pas outre mesure : on peut en effet présager que certains jeunes méconnaissent eux-mêmes en partie ces manières et que cette connaissance s'accroît avec l'expérience. On constate d'ailleurs que les jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles éprouvent bien plus de facilités à prendre l'initiative et à exprimer leurs envies. De manière générale, les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles se perçoivent comme davantage capables de contrôler les situations relatives à leur sexualité, que ce soit par rapport aux pratiques elles-mêmes, à la contraception ou encore aux IST. Comme l'ont montré d'autres études sur les pratiques de santé et enquêtes sur la sexualité des jeunes, les croyances d'efficacité semblent donc prédire à la fois les intentions et les comportements.

L'enquête montre par ailleurs que certains préjugés ont la vie dure, y compris parmi les jeunes. Ainsi, en 2010, seuls 70 % des adolescents se disent d'accord avec l'affirmation « les homosexuels doivent être respectés comme les autres ».

Un chiffre qui n'a pas évolué depuis 2003 ! Si les filles sont plus nombreuses à se montrer d'accord, la filière d'enseignement semble être un autre facteur influençant de manière importante cette affirmation. Dans la filière de transition, 73 % des garçons sont d'accord avec la nécessité de respecter les homosexuels contre seulement 48 % dans la filière de qualification. Ce rejet de l'homosexualité peut bien sûr être considéré comme une attitude transitoire liée aux enjeux de la sexualité adolescente. Néanmoins, lorsqu'on connaît les difficultés que rencontrent certains jeunes homosexuels (et homosexuelles) dans leur milieu social et familial, ce chiffre doit également alerter et inciter à renforcer la sensibilisation.

Entre envie et obligation

Mis à part « l'amour », d'autres facteurs comme l'attraction physique ou la curiosité sont également fréquemment évoqués par les jeunes comme motifs d'une première relation sexuelle.



Photo © Fotolia

Beaucoup plus interpellant : certains jeunes citent le fait de « se sentir obligé » comme l'un de ces motifs. Si l'item ne fait pas la différence entre un acte criminel et une pression sociale et affective, il reste significatif qu'une fille sur cinq cite ce critère parmi les « motivations » possibles contre un garçon sur dix. Dans le même ordre d'idées, 20 % des jeunes de 16 ans déclarent qu'ils pourraient accepter une relation sexuelle sans en avoir réellement envie. La proportion de jeunes filles concernées a cependant significativement baissé depuis 2003 et en particulier chez celles qui ont déjà eu des relations sexuelles. Elle est cependant restée comparable – et même en légère augmentation (de 31 à 33 %) – chez les garçons. Parmi les 71 garçons qui déclarent qu'ils pourraient accepter une relation sexuelle sans en avoir réellement envie, 46 estiment qu'ils ont l'âge de le faire, 38 disent qu'ils le feraient « pour essayer », 14 pour éviter d'être abandonnés, 13 pour éviter d'être critiqués, 8 citent comme raison « pourquoi pas ? » et 4 « pour le partenaire ». La norme, la dépendance à l'autre et le désir d'acquiescer de l'expérience s'entremêlent donc souvent, révélant la complexité même de la notion d'« envie », en particulier dans la population adolescente. D'une manière générale, il est intéressant de constater que, si les études peinent à mettre en évidence un lien entre la satisfaction corporelle et les comportements sexuels, les jeunes qui ne sont pas satisfaits de leur apparence citent plus fréquemment l'obligation et le sentiment de « devoir faire comme les autres » comme motif d'un premier rapport sexuel.

La problématique de l'assertivité se traduit aussi dans le fait que 10 % des 13 à 16 ans ne considèrent pas comme un abus le fait d'être obligé

à un acte sexuel. Ce pourcentage atteint 13 % pour le fait d'être filmé ou photographié déshabillé et 24 % pour les caresses non désirées. Et 72 % des jeunes considèrent que le fait d'être obligé d'embrasser quelqu'un sur la bouche n'est pas un abus sexuel. Autant de chiffres qui indiquent que l'abus est souvent apparenté dans l'imaginaire des jeunes à un acte violent et/ou avec pénétration, et qu'ils méconnaissent donc de manière inquiétante les limites qu'ils sont en droit de fixer, tant vis-à-vis des adultes que d'autres jeunes.

Des ambivalences de la contraception

Rappelons que dans le Hainaut, le nombre de mères adolescentes est plus élevé que dans le reste de la Wallonie et de la Belgique, tout comme l'est le taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans cette population.

En 2009-2010, on dénombrait en Hainaut environ 190 naissances contre 208 IVG chez les jeunes filles de 13 à 17 ans.

Ces grossesses adolescentes peuvent, comme le rappelle le rapport de l'OSH, être la résultante d'un réel désir de grossesse, souvent lié à certaines carences affectives dans les relations parentales ou à un désir de valorisation par ce nouveau statut de mère. Néanmoins, seuls 5 % des jeunes sont d'accord avec l'affirmation « avoir un enfant pendant l'adolescence permet de se sentir important ». 75 % des filles et 87 % des garçons considèrent ainsi qu'il n'est pas souhaitable pour une fille d'être enceinte avant l'âge de 18 ans. 50 % des filles citent « 20 ans ou plus » comme le moment idéal pour avoir des enfants alors que les garçons évoquent plus souvent le sentiment d'être prêt (32 % contre 25 % des filles). 17 % des

jeunes considèrent par ailleurs qu'il faut idéalement attendre d'être marié pour avoir des enfants. D'une manière générale, l'information sur l'efficacité des moyens de contraception est meilleure chez les filles que chez les garçons et augmente avec l'âge. Le préservatif reste le moyen de contraception le plus utilisé par les jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels. 92 % des filles disent avoir déjà convaincu leurs partenaires de l'utiliser. Elles sont 77 % à avoir déjà utilisé la pilule et 31 % à avoir utilisé la pilule du lendemain, ce qui témoigne de l'importance prise par cette contraception d'urgence. La plupart des jeunes filles de 16 ans ayant déjà eu des relations sexuelles connaissent ainsi le délai de 72 heures pour prendre cette pilule. Lien

direct ou non avec ce phénomène : beaucoup de peurs et de croyances restent associées au fait d'être sous pilule contraceptive : en 2010, seuls 64 % des jeunes filles de 16 ans savent que prendre la pilule ne les empêchera pas d'avoir des enfants plus tard. 56 % des filles de 16 ans pensent par ailleurs que la pilule fait prendre du poids, ce qui peut conduire certaines à ne pas l'utiliser ou à interrompre leur prise. L'OSH rappelle pourtant dans son rapport qu'il n'existe aucune donnée scientifique mettant en avant ce lien, si ce n'est certains phénomènes de rétention d'eau qui seraient mineurs en regard des prises de poids liées aux modifications physiologiques de la fin de la puberté et aux changements de mode de vie. Dans ce contexte, il est interpellant de constater

que le stérilet reste un moyen de contraception très peu utilisé (4 %), alors qu'il pourrait – comme d'autres moyens de contraceptions (implant, anneau vaginal...) – convenir à de nombreuses jeunes filles. La question du choix de la méthode contraceptive tout comme les ambivalences liées à son utilisation (attirait de la « prise de risque », désir conscient ou non de grossesse, croyances...) doivent donc être considérées si l'on veut mieux comprendre le phénomène des grossesses adolescentes, qui ne sont pas seulement la conséquence d'une mauvaise information ou d'un manque d'accès à la contraception. En matière de sexualité, d'imaginaire du corps et de désir, tout se révèle toujours – et à n'importe quel âge – un peu plus compliqué...

VU POUR VOUS *Huit... et demi ?*

Alain Colman

Les 24, 25 et 26 février dernier, eut lieu le huitième festival *Images mentales* au Delvaux, à Watermael-Boitsfort. Nos fidèles lecteurs auront sans doute (en français de Belgique, « sans doute » signifie « peut-être »...) suivi les précédentes chroniques consacrées dans ces pages à ce passionnant festival organisé par des passionnés autour des questions de santé mentale¹. Cette année, la réforme de la psychiatrie s'est invitée en toile de fond².

Quelques mots sur la programmation.

Trois matinées, trois soirées, deux après-midis. Trente films... D'accord, ceux-ci vont de quelques minutes à 1 h 40. D'accord, la sélection doit être difficile à opérer. Mais les organisateurs pensent-ils au chroniqueur de plus de 50 ans ? Car celui-ci, face à un programme qui enfle au fil des ans, se trouve face à des choix cornéliens. Il y aura donc, dans ce papier, plein de trous (le *trou-plein*, quoi). Le mercredi après-midi est consacré à une réflexion sur les pratiques en psychiatrie, leur évolution, l'histoire, la transmission. Cela commence par un documentaire consacré à **Jean Vermeylen**, fondateur de *L'Équipe* dans les années 1960. *De l'asile à la ville* (**Martine Lombaers**, Psmages, 2014, 35') est concis, intense sans lourdeur et fait revivre non seulement une personnalité, mais une époque pas si lointaine et un idéal que l'on espère toujours vivant.

On enchaîne avec *Conversations obliques* (**Valérie Lebrun**, La Bastide, 2015, 75') consacré à un lieu de vie qui accueille des personnes handicapées sur le site bruxellois de l'UCL. Très intéressant quant au contenu, mais décevant quant à la forme : trop long, statique, décousu malgré le regroupement des séquences en chapitres (annoncés avec une certaine drôlerie) et techniquement laborieux à certains moments. Après la projection, les échanges – au cours desquels il est peut-être assez révélateur que ne soient pas intervenus beaucoup de jeunes – évoquent des questions qui feront écho au-delà du champ de la santé mentale, dans tout le non-marchand³.

La structuration du secteur par les pouvoirs publics entraîne moins de souplesse, moins de marge de manœuvre. Paradoxalement, il est plus difficile d'être créatif aujourd'hui que lorsqu'on traitait le

diable par la queue. Que les institutions soient dirigées davantage par une logique financière, administrative, managériale (voire syndicale) n'est plus un risque, mais une réalité : on vient d'installer une pointeuse pour le personnel dans un service de santé mentale ! « *Les pressions sont de plus en plus grandes pour nous réduire à des travailleurs sans désir* », dira **Jan Weber** (La Bastide). Face aux exigences croissantes et parfois insidieuses (la « démarche d'évaluation qualitative ») des pouvoirs subsidiaires, quelle place reste-t-il pour la parole, pour la qualité des liens interpersonnels, pour l'éthique de la clinique ? Quelle place pour ce qui n'est pas diagnosticable, évaluable, mesurable ? **Pierre Jadot**, 28 ans d'expérience comme vidéaste dans le champ de la santé mentale, est à la veille de la retraite : « *Mon poste ne sera pas reconduit. Tout ce qui est artistique, tout ce qui n'entre pas*

1. Voir 'Images mentales : clap sixième', Alain Colman, Éducation Santé n° 300, mai 2014, <http://educationsante.be/article/images-mentales-clap-sixieme/> et 'Images mentales : à vous de voir', Alain Colman, Éducation Santé n° 311, mai 2015, <http://educationsante.be/article/images-et-sante-mentale-a-vous-de-voir/>

2. Pour plus d'information, voir notamment <http://cbcs.be/DOSSIER-Psy-107-la-reforme-Et-puis>

3. Je précise que ces échanges étaient dépourvus de toute nostalgie sur l'air de « C'était mieux quand j'avais vingt ans ».

dans des critères prédéfinis est négligé. »

Éric Messens (Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale) rappelle que ces institutions qui se sont créées dans les années 1960-70 l'ont fait en marge et en opposition : est-ce encore possible aujourd'hui ? L'image du balancier est évoquée par **Florie Villocel**, suite à l'entretien qu'elle a eu avec **Xavier Renders** (La Bastide). Mais dans quel mouvement du balancier sommes-nous aujourd'hui ? Sommes-nous dans le creux de la vague ou, au contraire, ce qui se jouait il y a quarante ans est-il en train de se rejouer d'une autre façon et dans un autre contexte ?

Jeudi la marelle

Cécile Philippin nous avait déjà offert, lors d'un précédent festival, son très beau *Les voix de ma sœur* (2012, 49', vous le trouverez chez PointCulture sous la cote TN8861). Elle récidive avec *Vivre en ville* (France, 2015, 25'), qui montre les mêmes qualités de sensibilité, de délicatesse et d'intelligence.

Cette fois, elle s'attache à l'insertion sociale des personnes en souffrance psychique. Le regard des autres dans l'espace public : en rue, dans le métro... L'incompréhension et le rejet de la famille – qui souffre aussi. Le chez-soi : « *c'est comme une deuxième peau, ma chambre* » (Yvette); « *rester esseulé face à soi-même, entre quatre murs, comme dans une prison... j'ai préféré revenir à l'hôpital* » (Gianni). Vivre seul, « *c'est pas que ça me fait peur, ça m'angoisse* » (Abdel Karim). Le soutien des soignants : « *J'ai mis tous les médicaments en tas et j'ai appelé mon docteur. Si vous ne faites pas quelque chose, j'avale tout. Elle est restée deux heures à parler avec moi* » (Nicole). Un film qui vibre et fait vibrer. Gros contraste avec *Ilé fait son cinéma* (**Jean-François Castell**, 2014, 53') qui, lui, a créé un certain malaise. Sylvain, le père d'Ilé Ménard, a déménagé et cessé de travailler – il doit avoir un revenu confortable, mais ce n'est pas abordé dans le film... – pour s'occuper de son fils autiste avec une demi-douzaine de soignants et d'aidants qu'il a choisis. Ilé, enfant aussi insupportable qu'attachant, est passionné de films d'animation depuis sa petite enfance et se rêve réalisateur. Les adultes s'appuient sur ce désir pour le faire bouger sur tous les plans. Le malaise : Ilé est « *un enfant-roi qui peut tout se permettre et n'accepte aucune frustration* » (Mathieu Pinède); les adultes semblent former une cour autour de lui, tolérant son agressivité verbale et parfois physique. Un psy dans la salle



exprimera son désaccord sur un autre plan : pour lui, ce n'est pas un film qui « *explore le sujet de l'autisme* » contrairement à ce qui figure dans le programme. L'autisme, il est vrai, est un sujet hautement controversé.

S'ensuit un débat sur le rôle thérapeutique d'une pratique artistique. **Jean Florence**, auteur de *Art et thérapie : liaison dangereuse ?* (FUSL, 1997), était sur le plateau. Joute à fleurets mouchetés avec **Mathieu Pinède**, graffeur et vidéaste marseillais, qui n'a pas la langue en poche. Quel est le boulot de l'animateur d'un atelier créatif avec un tel public ? Pour Jean Florence, une expérience réelle est possible pour l'apprenant si l'animateur est exigeant dans l'apprentissage d'une technique artistique et s'il est lui-même passé par l'expérience de ce que coûte cet apprentissage (en termes d'échecs, notamment). Pour Mathieu Pinède, on peut aussi dire : fais ce que tu veux, vas-y, prends un crayon et un carnet de croquis ! Les deux tomberont d'accord sur l'importance d'un cadre posé par l'animateur. Mais, au-delà, on voit bien que la question n'est pas tranchée. Ce qui n'est pas plus mal.

Court toujours, tu m'intéresses

Dans ce festival, une grande place (pas loin de sept heures au total cette année) est toujours accordée aux courts voire très courts métrages. Ce sont des films que l'on n'a aucune chance de voir ailleurs. J'épinglé quelques-uns de ceux que j'ai vus.

Dans *Sur ma peau* (Arts Convergences, France, 2014, 3'), **Ambre G. Klein** offre de très belles images en noir et blanc sur fond de musique piano-batterie, sans voix off. Mais ce n'est pas un film muet : les mots sont écrits sur le corps, qui

est aussi peint, recouvert d'une sorte d'écorce. Il se fait végétal, voire animal : à un moment, on croit voir l'œil d'un oiseau entouré de plumes. *Et maintenant comment on fait ?* (**Atelier Cinéma Sans Souci**, Bruxelles, 22') est tourné par/avec des patients et des soignants d'un hôpital psychiatrique. Les histoires de plusieurs personnages s'entrecroisent, évoquant la maladie, la maltraitance des enfants, le divorce, la solidarité, l'homosexualité, le statut des étrangers... À la fin, tous ces personnages se retrouvent dans une petite salle pour assister à un spectacle donné par des enfants. On découvre alors que la conclusion est dans le titre : et maintenant, comment on fait avec tout ça ? « *Ça suffit* » et « *J'en ai marre* » sont les phrases le plus souvent prononcées dans *Maintenant ça suffit!* (**La Petite Maison**, Chastre, 12').

Ça commence dans une famille de sorcières et sorciers : Amalinda en a marre d'être différente des autres ados, elle plaque tout et va se heurter successivement à l'univers de l'école, à celui de l'Olympe puis à celui du Moyen Âge, avant de revenir, « *pleine d'usage et raison* », dans son petit monde bizarre. C'est un peu foutraque, mais drôle, et la méthode de travail est intéressante : on est parti des idées de tous les participants puis on s'est demandé comment mettre tout ça ensemble ! Vingt-huit minutes... C'est un court ou un moyen métrage ? Je n'en sais rien. Ce que je sais, c'est que *Folie ordinaire* (**Coup2pouce**, Bruxelles) constituerait une excellente base pour une discussion en groupe sur la santé mentale. Le documentaire démarre sur le parcours de deux jeunes adultes – l'un a été victime d'un accident de la route, l'autre a perdu son emploi – qui ont fait un séjour à la Clinique Fond'Roy. Ce ne sont pas des « patients à diagnostic », chacun a vécu quelque chose qui pourrait arriver à n'importe qui. Mais il a fait une tentative de suicide, elle a agressé physiquement quelqu'un et saccagé une bagnole.

Ce film ouvre aussi, en douce, des pistes de réflexion sur les médicaments, la norme et la normalité, la psychiatrie et les pys, l'accueil des personnes en souffrance...

En plus, il me donne une bonne chute. Car il nous rappelle qu'il n'y a pas « *les malades mentaux* » d'un côté et « *les sains d'esprit* » de l'autre et que, si on déraile, c'est qu'on est un être humain tout simplement.

Sans aucun doute, ce festival est bon pour la santé mentale : chaque année, il me fait un bien fou !



ÉDUCATION SANTÉ

UN MENSUEL AU SERVICE
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

Sommaire

INITIATIVES

- 'Mon généraliste' a le vent en poupe, propos du Dr Patrick Trefois recueillis par Christian De Bock
- Le Service Prévention Tabac du FARES renforce sa présence en Wallonie, propos de Cédric Migard recueillis par Carole Feulien

RÉFLEXIONS

- Activité physique et longévité, par Guy Adant

LOCALE BRUXELLES

- Le programme organisé de dépistage du cancer du sein à Bruxelles, par l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles

OUTILS

- La vie ? c'est trop mortel!

DONNÉES

- Sexualité des ados: amour, expérience et assertivité, par Julie Luong

VU POUR VOUS

- Huit... et demi ?, par Alain Colman

Sur notre site www.educationsante.be

Chaque mois, Éducation Santé vous propose des articles inédits, disponibles uniquement sur son site internet. Ce mois-ci :

- Les urgences accueillent chaque semaine 20 jeunes de 12 à 17 ans sous l'emprise de l'alcool, par *Christian De Bock*
- Maladies à dépister chez le nouveau-né : comment les sélectionner ?, par le *KCE*
- Lutte contre la tuberculose : une coordination très attendue !, par le *Conseil Supérieur de la Santé*
- Plan transversal autisme, par *les ministres francophones compétents*
- UNGASS 2016 : l'opportunité d'en finir avec la guerre aux drogues, par la *Fédito bruxelloise*
- 28 mesures et 42 millions pour promouvoir la santé à Bruxelles, par le *Gouvernement francophone bruxellois*
- Santé des patients ou santé financière des firmes ? par la *Revue Prescrire*

Surfez donc sans plus attendre sur

www.educationsante.be pour en prendre connaissance !

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux sociaux. Vous pouvez y suivre toutes les actualités du secteur, que ce soit sur Facebook ou sur Twitter :

www.facebook.com/revueeducationsante
ou www.twitter.com/EducationSante

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

Ont collaboré ce mois-ci : Guy Adant, Alain Colman, Conseil Supérieur de la Santé, Fédito bruxelloise, Gouvernement francophone bruxellois, KCE, Julie Luong, Cédric Migard, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Revue Prescrire, Patrick Trefois.

Rédacteur en chef : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Secrétariat de rédaction : Christian De Bock

Journaliste : Carole Feulien (carolefeulien@gmail.com).

Relectures : Danielle Beeldens, Carole Feulien.

Recherches iconographiques : Danielle Beeldens.

Site internet : Octopus et Unboxed-Logic (design et développement), Carole Feulien (animation).

Réseaux sociaux : Carole Feulien.

Lettre d'information : Carole Feulien.

Contact abonnés : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Hervé Avalosse, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Émilie Delferrière, Martin de Duve, Damien Favresse, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Christian De Bock, Carole Feulien, Julien Nève, Anne-Sophie Poncelet, Thierry Poucet.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Tirage : 1 350 exemplaires. **Diffusion :** 1 250 exemplaires.

Diffusion électronique : 1 600 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Éducation 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 *Éducation Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles ou Éducation Santé, c/o Centre d'Éducation du Patient, rue du Lombard 8, 5000 Namur.

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : www.pipsa.be

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be.

Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net.



Wallonie

Avec le soutien financier de la Wallonie



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

